



FACULTE DE MEDECINE ET PHARMACIE

Centre de Formation Universitaire d'Orthophonie

Année 2020- 2021

MEMOIRE

en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie

présenté par

CLAIRE GRANCIER

Apports des vidéos de scénarii sociaux dans le
développement des habiletés sociales chez les patients avec
un TSA ayant entre 6 et 15 ans.

Directrices du mémoire : Madame Hélène DUPIN, Orthophoniste

Madame Caroline TEXIER, Psychologue

Autres membres du jury : Madame Christel BIDET-ILDEI, Maître de Conférences

Madame Hélène BLANQUART-BARBIER, Orthophoniste



FACULTE DE MEDECINE ET PHARMACIE

Centre de Formation Universitaire d'Orthophonie

Année 2020- 2021

MEMOIRE

en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie

présenté par

CLAIRE GRANCIER

Apports des vidéos de scénarii sociaux dans le
développement des habiletés sociales chez les patients avec
un TSA ayant entre 6 et 15 ans.

Directrices du mémoire : Madame Hélène DUPIN, Orthophoniste

Madame Caroline TEXIER, Psychologue

Autres membres du jury : Madame Christel BIDET-ILDEI, Maître de Conférences

Madame Hélène BLANQUART-BARBIER, Orthophoniste

REMERCIEMENTS

J'adresse tout d'abord mes remerciements à Mme Dupin et Mme Texier, mes directrices de mémoire, pour leur accompagnement si bienveillant, pour le temps précieux qu'elles m'ont consacré et la confiance qu'elles m'ont portée. Merci également pour leurs conseils qui m'ont permis d'avancer sereinement.

Je remercie aussi Mme Bernard-Jaumot, pour m'avoir mise sur la piste de ce si beau projet et pour sa précieuse contribution lors de l'élaboration du matériel et de la relecture.

Je remercie tout spécialement et très chaleureusement l'ensemble des personnes qui ont participé à la naissance de ces vidéos. Merci à Mme Aude P., qui m'a tant aidée et encouragée lors de la rédaction des scénarii sociaux de ces vidéos. Merci également à tous les petits et grands acteurs des saynètes pour leur confiance, leur patience et leur bonne humeur. Ils m'ont donné la force de croire en ce projet. Merci aussi à Fabrice et Florian, pour leurs conseils techniques.

Je remercie vivement tous les professionnels qui ont accepté de répondre au questionnaire préalable et plus particulièrement les professionnels et leurs patients qui ont visionné et évalué les vidéos. Le temps qu'ils ont consacré à la passation, les nombreux encouragements et les critiques constructives qu'ils m'ont prodiguées ont été un atout dans ce travail.

Merci également à Mr Vincent, bibliothécaire au CRA de Poitiers, pour le prêt des documents et la mise à disposition de la bibliothèque lors des tournages.

Merci encore aux membres de l'équipe pédagogique de l'université de Poitiers qui m'ont apporté leur expertise dans différents domaines.

Je tiens aussi à remercier Virginie pour le temps précieux qu'elle a accordé à la relecture de ce mémoire.

Je réserve enfin une pensée sincère à mes proches qui sont mes plus fidèles conseillers. A ma famille et mes amies de promotion qui, par leur soutien, ont contribué à la réussite de ce mémoire.

« Tout seul, on va plus vite. Ensemble on va plus loin. » Proverbe Africain.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	1
INTRODUCTION	2
INTRODUCTION THEORIQUE	3
I. TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME	3
1. Généralités.....	3
1.1. Historique	3
1.2. Diagnostic	3
1.3. Dynamique d'évolution des sujets	4
1.4. Origines du trouble	4
2. Fonctionnement cognitif	4
2.1. Cognition sociale	4
2.2. Fonctions exécutives	6
2.3. Cohérence centrale	7
3. Traitement de l'information	8
3.1. Informations sensorielles	8
3.2. Informations dynamiques	9
4. De la communication à la conversation	9
4.1. Communication	9
4.2. Conversation	10
II. HABILETES SOCIALES	11
1. Définition	11
2. Classifications	12
2.1. Taxonomies conçues à partir du niveau scolaire ou âge du sujet	13
2.2. Taxonomies conçues à partir des thématiques	13
3. Intérêts des habiletés sociales dans la vie quotidienne	13
4. Altération des habiletés sociales dans l'autisme.....	14
4.1. Les causes	14
4.2. Les quatre profils d'interactions sociales chez les autistes	14
4.3. Conséquences sociales et psychologiques	15
III. INTERVENTION DES PROFESSIONNELS	16
1. Développement des habiletés sociales.....	16
1.1. Recommandations issues de la littérature	16
1.2. Axes et enjeux de l'intervention	17
1.3. Méthodes d'enseignement et principes éducatifs	18

1.4. Intervention en individuel ou en groupe	19
2. Supports rééducatifs actuels	20
2.1. Supports interactifs	20
2.2. Supports visuels.....	21
2.3. Contribution des technologies numériques	23
IV. PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	24
1. Problématique	24
2. Hypothèses	25
MATERIEL ET METHODE.....	26
I. POPULATION	26
1. Population actrice des vidéos.....	26
2. Population destinataire des vidéos	26
II. MATERIEL	27
1. Tournage des vidéos.....	27
2. Montage des vidéos	27
III. PROCEDURE	28
1. Développement d'un support vidéographique numérique	28
1.1. Questionnaire préalable à visée exploratoire	28
1.2. Description des scénarii	29
1.3. Schéma d'une séquence filmée	30
2. Utilisation expérimentale du support.....	31
3. Évaluation du support.....	33
3.1. Grille d'évaluation des réponses	33
3.2. Questionnaire de satisfaction.....	35
RESULTATS.....	36
I. RESULTATS DU QUESTIONNAIRE PREALABLE A VISEE EXPLORATOIRE.....	36
1. Contexte d'intervention.....	36
2. Âge des patients	36
3. Thèmes privilégiés selon les âges.....	37
3.1. Classement des habiletés conversationnelles chez les enfants (moins de 10 ans).....	37
3.2. Classement des habiletés conversationnelles chez les collégiens (11 à 15 ans).....	38
II. RESULTATS DES GRILLES D'EVALUATION DES REPONSES.....	39
1. Généralisation de la situation problème (hypothèse n°1).....	39

1.1. Enfants	40
1.2. Collégiens	40
2. Généralisation de la réponse sociale (hypothèse n°2)	40
2.1. Enfants	40
2.2. Collégiens	41
3. QCM et compréhension de la situation sociale (hypothèse n°3)	41
3.1. Enfants	41
3.2. Collégiens	42
4. QCM et résolution de la situation sociale (hypothèse n°4)	42
4.1. Enfants	42
4.2. Collégiens	43
III. RESULTATS DU QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION	43
1. Contexte d'intervention	43
2. Satisfaction des participants	44
3. Qualité de l'outil selon les professionnels	44
3.1. Caractéristiques générales	44
3.2. Pertinence (hypothèse n°5)	45
3.3. Ergonomie (hypothèse n°6)	45
3.4. Efficacité (hypothèse n°7)	45
DISCUSSION	47
I. RECONTEXTUALISATION	47
1. Rappel des objectifs	47
2. Rappel des principaux résultats	47
2.1. Création du matériel	47
2.2. Diffusion du matériel	47
2.3. Qualités du matériel	48
II. RETOUR SUR NOS HYPOTHESES	48
1. Hypothèse n°1	48
2. Hypothèse n°2	49
3. Hypothèse n° 3	49
4. Hypothèse n°4	50
5. Hypothèse n°5	50
6. Hypothèse n°6	51
7. Hypothèse n°7	51
III. REGARD CRITIQUE SUR L'ETUDE	52

1. Questionnaire préalable à visée exploratoire.....	52
2. Matériel vidéographique	52
3. Utilisation expérimentale des vidéos	54
4. Evaluation des vidéos	55
4.1. Grille d'évaluation.....	55
4.2. Questionnaire de satisfaction.....	56
IV. PERSPECTIVES	57
1. Apports pour l'orthophonie	57
2. Apports personnels	58
3. Prolongements possibles	59
CONCLUSION	60
BIBLIOGRAPHIE.....	61
ANNEXES.....	66
RESUME.....	108

LISTE DES ABREVIATIONS

ABA : Applied Behavior Analysis

CIM : Classification Internationale des Maladies

CRA : Centre Ressource Autisme

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux

FAQ : Foire Aux Questions

GACS : Groupes d'Apprentissages à la Communication et à la Socialisation

GECOs : Groupe d'entraînement à la Communication sociale

HAS : Haute Autorité de Santé

QCM : Questionnaire à Choix Multiples

MIA : Module d'Intervention appliqué à l'Autisme

TEACCH : Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren (Traitement et éducation des enfants autistes ou atteints de troubles de la communication associés).

TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale

TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme

INTRODUCTION

« *Vous n'avez pas besoin d'être handicapé pour être différent, car nous sommes tous différents* » nous dit Kim Peek (Tammet, 2009, p. 211). Une personne ne peut donc être handicapée au vu de sa différence, elle le devient parce qu'elle vit en société, et qu'elle s'écarte des normes fixées par le monde social. C'est le cas notamment des personnes ayant un Trouble du Spectre de l'Autisme, aussi appelé TSA. Ce handicap concerne une personne de moins de vingt-sept ans sur cent trente-deux dans le monde (HAS, 2018a). Et, même si le handicap tend à être invisible, les autistes ayant un fonctionnement cognitif et langagier dans la norme sont aussi concernés (Attwood, 2018) car tous connaissent des difficultés sur le plan de la compréhension sociale, et notamment des interactions invisibles qui circulent entre les individus. C'est ce qu'on appelle plus communément les habiletés sociales. Développer les habiletés sociales devient dès lors un enjeu de taille pour les professionnels, d'autant que ce déficit a des répercussions sociales et psychologiques majeures qui freinent l'épanouissement des sujets concernés. Les orthophonistes ont notamment un rôle à jouer au niveau des habiletés conversationnelles puisqu'elles sont intrinsèquement liées à la pragmatique, un de nos champs de compétences.

De nombreuses techniques et supports soutiennent actuellement le développement des habiletés sociales. Mais, à l'heure où le numérique est en plein essor, peu de supports existent pour présenter des scénarii sociaux en vidéos.

Notre étude a donc pour objectifs d'enrichir le matériel à destination des professionnels pour développer les habiletés conversationnelles et d'encourager la création et l'utilisation de ces vidéos en y exposant notamment leurs apports.

Dans un premier temps, nous vous présenterons les connaissances actuelles sur le fonctionnement cognitif et les difficultés rencontrées par les sujets avec un TSA, principalement dans le domaine des habiletés sociales. Nous reviendrons également sur le rôle que jouent les professionnels du secteur psycho-médico-pédagogique dans le développement des habiletés sociales et les techniques et supports rééducatifs à leur disposition.

Dans une seconde partie, nous détaillerons l'ensemble des démarches qui ont abouti à la création de notre matériel, puis nous présenterons le protocole et les outils qui nous ont permis de l'évaluer.

Les deux dernières parties seront consacrées à la présentation et à la discussion de nos résultats. Nous y trouverons aussi les apports pour l'orthophonie et nous donnerons quelques conseils d'utilisation des vidéos.

INTRODUCTION THEORIQUE

I. TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

1. Généralités

1.1. Historique

Les premières descriptions modernes de l'autisme datent du XXe siècle et sont attribuées à deux psychiatres. L'américain Léo Kanner définit, en 1943, le trouble autistique comme une incapacité très précoce à rentrer en relation avec autrui au quotidien et une volonté de conserver des routines (Kanner, 1992). C'est ce qu'il qualifia de « psychose infantile précoce ». Puis, l'autrichien Hans Asperger repéra en 1944 une importante maladresse relationnelle malgré une intelligence dans la norme qu'il nomma « psychopathie autistique ». Ce dernier trouble fut rebaptisé « Syndrome d'Asperger » en 1981 par la pédopsychiatre britannique Lorna Wing (Baghdadli & Brisot-Dubois, 2011; Gillet, 2015).

L'apparition du « Trouble Global du Développement » dans le DSM-III¹ (1980, révisé en 1987), révolutionna le monde de la psychiatrie et permit les premiers diagnostics. La reconnaissance du « Syndrome d'Asperger » est quant à elle arrivée avec le DSM-IV (1994, révisé en 2000). Ce syndrome était alors considéré, au même titre que le trouble autistique, comme un « Trouble Envahissant du Développement ». Alors que la CIM-10² (1992, révisée en 2000) conserve ces termes diagnostiques, le DSM-5 (2013) a regroupé plus récemment les manifestations hétérogènes de l'autisme dans un continuum appelé « Trouble du Spectre de l'Autisme ». Les difficultés rencontrées par le sujet sont ainsi définies par leur niveau de sévérité. Cette classification voit disparaître la notion de Syndrome d'Asperger au profit d'un « trouble du spectre de l'autisme sans déficit intellectuel et sans altération du langage ».

1.2. Diagnostic

Le DSM-5 définit le trouble du spectre de l'autisme par l'association de deux critères diagnostiques :

- des troubles de la communication et des interactions sociales retrouvés dans des contextes variés. Ils se manifestent par un manque de réciprocité sociale ou émotionnelle, une pauvreté des comportements non verbaux de communication, pourtant utilisés au cours des interactions sociales, et une entrave au développement, au maintien et à la compréhension des relations sociales ;
- des comportements, intérêts ou activités restreints et répétitifs. Ce second critère, parfois compensé avec le temps, inclut les stéréotypies, les comportements ritualisés, les intérêts

¹ Troisième édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders publié par l'American Psychiatric Association.

² Dixième édition de la Classification Internationale des Maladies publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé. Une nouvelle version, publiée en 2018, entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

restreints et fixes, ainsi que les particularités sensorielles. Sans ces derniers symptômes, un trouble de la communication sociale sera préférentiellement identifié (American Psychiatric Association, 2015).

Aujourd'hui, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande d'utiliser le DSM-5 pour poser un diagnostic. Dès 18 mois, des signes autistiques peuvent être identifiés (HAS, 2018b). Toutefois, en l'absence d'altération du langage et de déficit intellectuel, le diagnostic est rendu difficile, voire retardé, car les sujets camouflent leurs difficultés. Ce phénomène est encore plus présent chez les filles (Attwood, 2018).

1.3. Dynamique d'évolution des sujets

Les progrès des sujets dépendront de la présence d'autres pathologies, de la précocité du diagnostic, de la précocité et de l'intensivité des programmes d'intervention ainsi que de l'apparition et l'utilisation du langage oral (Baghdadli & Brisot-Dubois, 2011) avant 5 ans (American Psychiatric Association, 2015). Les sujets peuvent espérer une amélioration et un développement des capacités cognitives grâce à la plasticité cérébrale, s'ils suivent une éducation structurée très précoce (Motet-Fevre et al., 2017). Dans le domaine des interactions sociales, ce serait l'intellectualisation qui déterminerait l'intégration dans la société (Attwood, 2018).

1.4. Origines du trouble

Désormais, le TSA est vu comme un trouble neurodéveloppemental. C'est donc un trouble lié à des anomalies structurelles du cerveau (Attwood, 2018) survenant précocement au cours du développement. Ce trouble a pour particularité d'altérer le fonctionnement personnel, social, scolaire et/ou professionnel (American Psychiatric Association, 2015).

Outre l'origine neurodéveloppementale, l'origine cognitive des altérations est suspectée dans les domaines de la cognition sociale, des fonctions exécutives et de la cohérence centrale.

2. Fonctionnement cognitif

Le fonctionnement autistique et ses répercussions quotidiennes sont décrits par trois grands modèles neurocognitifs : la cognition sociale, le fonctionnement exécutif et la cohérence centrale.

2.1. Cognition sociale

La cognition sociale renvoie aux processus par lesquels les individus se comprennent eux-mêmes et donnent du sens à autrui et au monde qui les entoure (Ric & Muller, 2017). Elle joue un rôle important dans la vie en société et dans l'insertion professionnelle (Bizet et al., 2018).

La cognition sociale nécessite la mise en place de deux mécanismes complémentaires, l'un cognitif et l'autre perceptif :

- **Le mécanisme cognitif : théorie de l'esprit et prise de perspective**

La théorie de l'esprit est la capacité à élaborer une représentation des états mentaux (e.g. intention, désir, croyance, connaissance) des autres et à se servir de cette représentation pour comprendre, prédire et juger leurs comportements et énoncés (Premack & Woodruff, 1978). La prise de perspective, quant à elle, est une action cognitive « *online*³ » (Crick & Dodge, 1999, p. 129). Cette dernière combine deux composantes : l'une visuelle et l'autre conceptuelle, qui consistent respectivement à comprendre que les personnes peuvent voir ou penser des choses différentes (Howlin et al., 2017).

Sans ces deux aptitudes, les sujets demeurent aveugles à la lecture de l'esprit, ce que Baron-Cohen nomma en 1995 la « *cécité mentale* » (Attwood, 2018, p. 125). Les sujets avec un TSA ont ainsi du mal à vivre des interactions sociales efficaces, efficientes et épanouissantes. Cela explique notamment l'incapacité à lire l'intérêt de l'auditeur pour leur discours, à détecter les intentions du locuteur et à comprendre les règles non écrites ou les conventions (Howlin et al., 2017).

Même les sujets situés sur le pôle le plus efficient du spectre de l'autisme, qui réussissent en général les tests de théorie de l'esprit (Thommen et al., 2017) ne font pas exception. Au quotidien, ils doivent mettre en place des stratégies compensatoires, et passer par des raisonnements mentaux conscients plutôt que par l'intuition, ce qui est intellectuellement épuisant et débouche sur une lenteur de traitement (Attwood, 2018).

- **Le mécanisme perceptif : perception et attribution de sens aux émotions**

Une interaction sociale efficace requiert également une perception correcte de l'état émotionnel des partenaires (Bizet et al., 2018) au travers de leurs expressions faciales et corporelles.

Les expressions du visage sont semblables à un code qui nous permet de déchiffrer les sentiments profonds des autres et plus particulièrement les émotions cachées (Ekman, 2003 cité par Vermeulen et al., 2019). À ce niveau, les études d'Eye-tracking révèlent une diminution de l'attention visuelle aux visages pour les situations sociales complexes chez les sujets avec un TSA. D'autre part, elles ont montré qu'ils ont des difficultés à interpréter les signaux du regard (Guillon et al., 2014).

³ en ligne

Les expressions du corps dépeignent également notre état émotionnel. Or, les sujets autistes présentent un défaut de traitement des mouvements biologiques émotionnels (Hubert et al., 2007).

L'interprétation des signaux faciaux et corporels et la reconnaissance des émotions sont aussi influencées par le contexte de l'interaction. Malheureusement, il semble que même les enfants et adolescents autistes verbaux sans déficit intellectuel utilisent très peu d'éléments contextuels pour reconnaître des émotions (Da Fonseca et al., 2009).

L'ensemble de ces difficultés en cognition sociale entre particulièrement bien dans le cadre du premier critère diagnostique du DSM-5 qui a trait à la communication et aux interactions sociales. Le second critère diagnostique, quant à lui, a trait au caractère restreint et répétitif des comportements, intérêts ou activités et relève davantage du déficit des fonctions exécutives.

2.2. Fonctions exécutives

Les fonctions exécutives comprennent usuellement la flexibilité mentale, la planification, l'inhibition et la mémoire de travail (Thommen et al., 2017). Ces processus cognitifs sont mobilisés au cours de la réalisation d'une action pour diriger notre comportement vers un but précis, le réguler et l'adapter à une situation nouvelle ou évolutive.

La flexibilité mentale équivaut à alterner entre différentes stratégies de résolution et modifier celle qui mène à une solution incorrecte (Gillet, 2015). Un manque de flexibilité mentale explique les persévérations anormales, les stéréotypies verbales ou comportementales (Hill, 2004), l'attachement aux rituels (Gillet, 2015), la rigidité de la pensée, la difficulté à changer de stratégies pour résoudre un problème, et la difficulté à changer les règles sociales en fonction du contexte (Bizet et al., 2018).

La planification permet l'élaboration mentale d'un plan d'action ainsi que son contrôle, sa réévaluation et sa mise à jour (Hill, 2004). Un défaut de planification entraverait l'élaboration d'un planning (Vermeulen, 2018), la gestion du temps (Attwood, 2018) et le séquençage des activités quotidiennes limitant ainsi l'autonomie (Bizet et al., 2018).

L'inhibition, composante de l'attention sélective, vise à empêcher l'apparition d'un comportement prédominant et non pertinent pour la situation. Bien qu'il n'y ait pas de consensus dans la littérature concernant l'absence de cette fonction chez la personne avec un TSA (Thommen et al., 2017), les conséquences méritent d'être abordées. Une impulsivité (Attwood, 2018) pourrait alors survenir au même titre que des stéréotypies (Gillet, 2015) et un défaut d'inhibition des informations distractives (Bizet et al., 2018).

La mémoire de travail donne lieu au stockage temporaire et à la manipulation des informations (visuo-spatiales ou verbales) conservées (Gillet, 2015). À l'instar de l'inhibition, il n'y a pas de consensus sur la préservation ou non de cette fonction dans l'autisme. Toutefois, elle permettrait de prédire les compétences communicatives et les habiletés quotidiennes (Pugliese et al., 2015).

Il est intéressant de souligner que l'atteinte des fonctions exécutives est moindre chez un sujet avec un TSA sans déficience intellectuelle, tout au moins concernant la flexibilité mentale et la planification (Thommen et al., 2017).

In fine, le dysfonctionnement exécutif a un impact direct sur la communication et l'établissement d'un lien social avec autrui, mais aussi sur le comportement et la participation à des jeux. Il influe également sur la capacité de résolution de problème, capacité qui devrait permettre à l'individu d'ajuster son comportement et ses actions aux changements de l'environnement (Bizet et al., 2018). Une difficulté à résoudre des problèmes s'explique alors par : un défaut de planification d'actions et de conceptualisation des conséquences à long terme, une inaptitude à inhiber l'action inappropriée et une incapacité de rechercher des alternatives pour résoudre des tâches nouvelles et complexes (Gillet, 2015).

2.3. Cohérence centrale

Afin de dresser un profil complet des atteintes autistiques, les chercheurs se sont également penchés sur le concept de cohérence centrale, formalisé en 1989 par Uta Frith.

La cohérence centrale consiste à fusionner l'ensemble des détails d'une même situation pour en faire un tout cohérent. Par ce biais, l'individu donne du sens au monde qui l'entoure. Au-delà de la capacité de percevoir l'ensemble ou les détails, il serait plus essentiel encore de filtrer les informations pour retenir les plus pertinentes. Cette compétence est nécessaire pour résoudre les problèmes rencontrés au quotidien (Vermeulen, 2019).

Les sujets avec un TSA présenteraient une faible capacité de cohérence centrale se traduisant au quotidien par des difficultés à voir la situation dans son ensemble. Bien que cette fonction soit présente chez ces personnes, elle n'est simplement pas assez développée. De ce fait, les sujets avec un TSA « *se noient* » dans les multiples stimuli (Vroon, 1992 cité par Vermeulen, 2019, p. 101).

Cette impuissance à extraire l'essentiel est aussi à l'origine du défaut de généralisation. En effet, la conception fragmentée de la situation d'apprentissage rend difficile l'acquisition de la compétence enseignée, car la personne reste fixée sur les détails non pertinents (Bizet et al., 2018). Du point de vue du sujet qui a un TSA, si un détail de la situation sociale change, c'est la situation elle-même qui change. Cela rend difficile le transfert de la compétence acquise.

Ainsi, en l'absence d'un détail, le comportement potentiellement approprié ne se manifestera pas (Vermeulen, 2019) et les interprétations erronées de la situation peuvent entraîner des maladroites sociales (Bizet et al., 2018).

Une autre conséquence de ce manque de cohérence sociale se voit au travers de la communication verbale : le sujet avec un TSA a du mal à extraire l'idée principale d'un flot de paroles. Cette fragilité à percevoir le thème de la conversation altère la compréhension de l'interlocuteur et l'ajustement à l'autre (Bizet et al., 2018). De façon générale, le manque de cohérence centrale empêche de percevoir l'aspect social d'une situation (Motet-Fevre et al., 2017).

Enfin, ce manque de sensibilité au contexte, appelé « *cécité contextuelle* » par Vermeulen, expliquerait la résistance au changement dont font preuve les autistes. En un sens, si un détail change, le sujet se retrouve nécessairement face à l'inconnu. Pour éviter l'angoisse de l'imprévu, les autistes ont donc besoin de prévisibilité (Vermeulen, 2018, p. 279). C'est leur manière de prévoir l'imprévu.

Paradoxalement, le traitement des détails leur offre des avantages tels qu'une grande capacité de mémorisation, et une faculté à donner des solutions logiques et raisonnées sans être influencé par le contexte (Vermeulen, 2018).

À ce profil cognitif particulier, s'ajoutent les atypies du traitement des informations sensorielles et dynamiques.

3. Traitement de l'information

Le traitement de l'information regroupe le traitement sensoriel des informations et le traitement de la vitesse des informations. Il nous permet de percevoir et comprendre notre environnement. Cette qualité est souvent altérée dans la pathologie autistique, à des degrés variables selon les moments de la journée et au cours de la vie. Certes, cette fonction est peu rééducable, mais elle mérite d'être prise en compte par l'entourage professionnel et familial afin de limiter les conséquences dans les relations sociales.

3.1. Informations sensorielles

L'environnement offre une multitude de stimuli qui sont captés par nos sens. L'altération de leur perception chez l'autiste se traduit soit par une hypersensibilité sensorielle, soit par une hyposensibilité sensorielle (Stanciu & Delvenne, 2016), mais entraîne également un défaut d'intégration sensorielle. Ce dernier se traduit par des difficultés à traiter simultanément les informations provenant de différents canaux sensoriels. Les sujets, saturés en informations, peuvent, de ce fait, se désinvestir des situations ou présenter des troubles du comportement (Motet-Fevre et al., 2017).

Ces particularités sensorielles sont retrouvées dans l'ensemble du spectre de l'autisme, même si l'efficacité cognitive et langagière est dans la norme (Hazen et al., 2014).

3.2. Informations dynamiques

Les situations quotidiennes nous amènent à analyser les informations en mouvement, qu'elles soient visuelles (e.g mimiques faciales) ou sonores (e.g parole). Or, les sujets ayant un TSA ne suivent pas le tempo, car ils présentent un défaut de traitement rapide de ces éléments, c'est-à-dire de codage temporel (Gepner et al., 2002). Cette lenteur d'analyse engendre une « *malvoyance* » pour les mouvements (Gepner, 2001), un allongement des temps de réponse (Delage & Durrleman, 2015) et pénalise la compréhension des messages dans leur intégralité, car des informations précieuses sont perdues (Motet-Fevre et al., 2017).

Comme nous ne pouvons ralentir le monde social, il est nécessaire d'accorder aux autistes un délai supplémentaire pour leur permettre de déchiffrer les indices sociaux (Attwood, 2018). Sans cet aménagement, les conséquences langagières et sociales seraient notables.

4. De la communication à la conversation

4.1. Communication

La communication peut se définir comme la circulation inter-humaine de significations (Vermeulen, 2019). Elle joue un rôle crucial dans la cohésion sociale entre les citoyens et dans le partage de nos émotions et de nos intentions (Baghdadli & Brisot-Dubois, 2011).

C'est une activité complexe mettant en jeu quatre capacités :

- la « *construction et l'activation appropriée des connaissances sociales* » (routines d'échanges, conventions sociales, interprétation des attitudes mentales des autres) ;
- l'« *intégration très rapide d'une multitude d'informations* » de bas et haut niveaux (sensorielles, contextuelles, inférentielles ...) ;
- la « *régulation temporelle d'une activité séquentielle* » (contrôle, sélection, ajustement des moyens comportementaux pour atteindre un but) ;
- l'« *adaptation dynamique réciproque en temps réel* » avec les partenaires (Bizet et al., 2018, p. 107).

Il y a deux modes de communication : le verbal (contenu de la communication) et le non verbal qui affine la compréhension (langage corporel,...) (Vermeulen, 2009).

Communication verbale

Les altérations de communication verbale chez le sujet ayant un TSA se manifestent par des difficultés d'expression et de compréhension du langage.

Sur le versant expressif du langage, toutes les situations peuvent se rencontrer : de l'absence de langage ou d'un langage écholalique à un relativement bon niveau langagier voire un

langage adultomorphe. Si les structures langagières sont touchées, les sujets souffrent particulièrement d'anomalies au niveau lexical (idiosyncrasie lexicale, ...) et morpho-syntaxique (inversion pronominale, agrammatisme, ...) (Motet-Fevre et al., 2017).

Sur le versant réceptif du langage, ils ont des difficultés pour comprendre le langage abstrait et élaboré. Cela se traduit en l'occurrence par une incompréhension de la polysémie et du second degré (expressions imagées, humour, figures rhétoriques telles que la métaphore et l'ironie) (Bizet et al., 2018).

Notons que le niveau de compréhension est souvent inférieur au niveau d'expression du langage (Motet-Fevre et al., 2017). D'autre part, même si chez les sujets sans déficience intellectuelle, la structure du langage n'est pas systématiquement atteinte, le trouble de la communication est constant, au moins au niveau non verbal et social. En effet, « *ils ont plus de difficultés avec « l'art » de la communication plus qu'avec sa « technique »* » (Vermeulen, 2009, p. 40).

Communication non verbale

Les altérations de la communication non verbale se traduisent par des difficultés d'expression et de compréhension, entre autres, des mécanismes pré-linguistiques (imitation, pointage, tour de rôle), de la gestuelle (symbolique, expressive, conventionnelle), de la micro-gestuelle (mimiques faciales), de la posture corporelle et des indices paraverbaux (prosodie, intonation, débit de la parole) (Bizet et al., 2018; Motet-Fevre et al., 2017).

Les difficultés pragmatiques, communes aux deux modes de communication, entraînent notamment une traduction littérale des énoncés et une incompréhension des sous-entendus (Vermeulen, 2019). Ces difficultés pragmatiques peuvent s'expliquer par le fonctionnement cognitif particulier au niveau de la théorie de l'esprit, des fonctions exécutives et de la cohérence centrale (Ancona, 2016). Elles sont renforcées par le manque d'expérience résultant de l'atteinte précoce de la communication (Motet-Fevre et al., 2017).

Les difficultés pragmatiques à minima, et les troubles de la communication en général, expliquent pourquoi les personnes avec un TSA ont du mal à participer à une conversation.

4.2. Conversation

La conversation se définit comme un échange naturel et spontané entre individus qui prend en compte l'aspect oral, mais aussi non verbal de la communication. Elle va bien au-delà d'une simple transmission d'informations puisqu'elle intègre des éléments de gestion de la relation inter-personnelle (Hupet & Chantraine, 1992).

Cet acte nécessite bien d'écouter la parole de l'autre et de comprendre ce qui a été dit pour élaborer une réponse (analyse, adaptation rapide, décentration), car tenir une conversation relève d'un doux mélange entre l'écoute et la parole. Toutefois, la conversation nécessite

également de prendre en compte les connaissances de l'autre pour aborder tel ou tel sujet d'une façon appropriée (Delage & Durreleman, 2015), mobilise les capacités pragmatiques telles que le regard, le décodage des mimiques et les capacités cognitives, principalement la théorie de l'esprit (Cassé & Garin, 2016).

Selon Kerbrat-Orecchioni (1996), l'ensemble des règles sous-jacentes à la conversation ne nécessitent pas un apprentissage systématique, puisqu'elles sont, pour la plupart, inconscientes (Lesur, 2016).

Chez les sujets avec un TSA, les difficultés à converser s'expliquent, en plus des difficultés de communication, par une incapacité à respecter les règles de la conversation. Cela peut donner lieu à :

- un défaut d'initiation, de maintien et de clôture de la conversation ;
- une prolixité dès que le sujet les intéresse, mais une réticence si le sujet n'a qu'un faible intérêt personnel ;
- un défaut d'ajustement à l'autre selon ses connaissances et les signaux qu'il renvoie ;
- des changements abrupts de sujet (Attwood, 2018).

Ce déficit des habiletés conversationnelles est présent même malgré un langage de bonne qualité sur le plan formel (bonne mobilité du stock lexical, construction syntaxique élaborée) (Baghdadli & Brisot-Dubois, 2011). De ce fait, leur conversation paraît souvent naïve, limitée, répétitive et avec peu de contenu émotionnel (Courtois-du-Passage & Galloux, 2004).

Après cette présentation théorique du fonctionnement cognitif de l'autisme et de leur mode de communication, qui participent à être habile socialement, nous allons nous étendre sur le domaine des habiletés sociales.

II. HABILITES SOCIALES

1. Définition

Selon Baghdadli et Brisot-Dubois (2011), les habiletés sociales rassemblent les capacités qui nous aident à percevoir et comprendre les messages communiqués par les autres, à choisir une réponse aux messages reçus et à en émettre un en retour par des moyens verbaux et non verbaux, de façon appropriée à une situation sociale. En un mot, ce sont les aptitudes requises pour s'ajuster au milieu de vie et pour interagir avec autrui (Mehdi Liratni & Blanchet, 2019).

Les habiletés sociales font appel à une intelligence pratique et une intelligence sociale (Baghdadli & Brisot-Dubois, 2011). La première permet d'acquérir les comportements socialement valorisés afin de se conformer socialement, alors que la seconde permet de

s'ajuster au partenaire de communication, de construire et partager des significations avec lui. Ces deux aspects de l'intelligence sont la base sociocognitive du développement adaptatif (Guillain & Pry, 2012).

En pratique, les habiletés sociales se manifestent par des savoir-faire (comportements à appliquer) et des savoir-être (attitudes) (Mehdi Liratni & Blanchet, 2019). Ces savoirs ont trait aux normes, aux conventions et aux scripts qui gouvernent la vie sociale, et portent également sur les processus d'ajustement, de ruse et d'évitement nécessaires pour atteindre un but (Beaudichon & Plumet, 1998 cités par Guillain & Pry, 2012).

Toutefois, avoir un comportement adapté ne suffit pas puisqu'il faut savoir à quel moment il est adapté. Ainsi, la connaissance des règles ne suffit pas, il faut également savoir appréhender le contexte (Vermeulen, 2018).

M.Liratni et C.Blanchet ont recensé les six grandes aptitudes pour parfaire la maîtrise des habiletés sociales :

- la compréhension du discours (verbal et non verbal) et de l'intention de l'interlocuteur ;
- l'expression des besoins et des pensées ;
- l'identification des émotions ;
- la connaissance des règles de vie en société ;
- la socialisation et l'épanouissement avec ses pairs ;
- l'autonomisation dans la vie domestique et sociale (Mehdi Liratni & Blanchet, 2019).

Wallace et al. (1980), classent quant à eux les habiletés sociales dans trois ensembles : les habiletés réceptives qui permettent de comprendre les situations sociales, les habiletés comportementales qui recouvrent les réponses verbales et non verbales et les habiletés décisionnelles pour choisir la réponse appropriée à la situation sociale (Bizet et al., 2018).

Les habiletés sociales se développent par observation, imitation et modelage (Michelson, Suguai, Wood & Kadzin, 1983 cités par Cuny, 2012), elles sont apprises par le sujet sans même qu'il en ait conscience (Cuny, 2012). Elles se développent avant l'entrée dans le langage oral et l'entrée à l'école (Granit, 2016). De ce fait, même les enfants en bas âge sont socialement compétents (Guillain & Pry, 2012).

Des chercheurs ont tenté de répertorier les vastes domaines recouverts par les habiletés sociales au sein de classifications.

2. Classifications

Il n'existe pas aujourd'hui de consensus pour définir et ordonner les diverses manifestations des habiletés sociales. Globalement, il existe des classifications établies en

fonction du niveau scolaire ou de l'âge du sujet et des classifications organisées selon les thématiques. Les premières ont l'avantage de se baser sur les attentes de la société en fonction des stades du développement et conviennent mieux à un public dont les compétences cognitives et langagières se rapprochent de la norme. Les secondes méritent de s'adapter à tout type de profil, avec ou sans déficience intellectuelle (Granit, 2016).

2.1. Taxonomies conçues à partir du niveau scolaire ou âge du sujet

Parmi les classifications conçues à partir de l'âge du sujet, se trouvent :

- La grille des habiletés de 12 mois à 48 mois (Roger, Dawson, 2010 cités par Granit, 2016) ;
- L'inventaire des habiletés de trois à quatorze ans (Baker, s. d.) ;
- L'inventaire de quatorze ans à l'âge adulte (Baker, 2020).

Parmi les classifications constituées à partir du niveau scolaire, on retrouve :

- La classification des habiletés sociales pour le primaire, issue de l'ouvrage de L. Massé, N. Desbiens et C. Lanaris paru en 2006 (Centre de services scolaire de Samarès, s. d.) ;
- La liste des cinquante habiletés sociales pour le secondaire telle que proposée par Goldstein en 1999 (Centre de services scolaire de Samarès, s. d.).

2.2. Taxonomies conçues à partir des thématiques

Parmi les classifications agencées selon les thématiques se trouvent :

- La taxonomie de Elksnin et Elksnin (1998). Ces chercheurs ont défini cinq catégories d'habiletés sociales : capacités intrapersonnelles, capacités interpersonnelles, capacités de communication, capacités d'adaptation et les capacités d'adaptation collective (Fallourd & Madiou, 2017) ;
- La grille d'observation issue de *Social Skills Solutions: a Hands-on Manual for Teaching Social Skills to Children With Autism* de McKinnon et Krempa (2002), traduite en 2005 par Hamel. Les habiletés sont réparties dans six modules et hiérarchisées selon 3 niveaux de difficulté.

3. Intérêts des habiletés sociales dans la vie quotidienne

Les habiletés sociales sont les vecteurs de l'inclusion d'un individu dans la société. Elles nous permettent de nous comporter de manière socialement appropriée dans divers contextes (Schneider, 1993 cité par Guillain & Pry, 2012).

Avoir de bonnes habiletés sociales est un facteur de performance dans le milieu scolaire et dans le milieu du travail (Centre for Innovations in Education - CISE, 2005 cité par Leclair Arvisais, s. d.).

C'est aussi le moteur essentiel dans la création d'amitiés. Ce lien de sympathie a le mérite de prévenir entre autres les troubles de l'humeur, l'anxiété et la dépression, faciliter la résolution de problèmes, protéger du harcèlement, accroître la confiance en soi.

Posséder des habiletés sociales de qualité apporte aussi un bénéfice personnel. Cet ajustement à l'autre, à l'environnement est à l'origine d'une satisfaction des besoins instrumentaux (bien-être physique, matériel, financier) et socio affectifs (accomplissement de la relation sociale) (Granit, 2016).

Enfin, les habiletés sociales sont source d'une meilleure autonomie dans la vie quotidienne pour répondre aux attentes sociales. C'est la part de l'autonomie que l'on peut qualifier de sociale comme elle nécessite une interaction entre plusieurs locuteurs.

4. Altération des habiletés sociales dans l'autisme

4.1. Les causes

Le déficit des habiletés peut être expliqué par un défaut de cohérence centrale, de théorie de l'esprit et des fonctions exécutives, mais aussi par une impossibilité à apprendre implicitement les choses, une difficulté à généraliser et à percevoir les modifications d'une situation, une restriction des centres d'intérêt, un manque d'intérêt pour les récompenses purement sociales, une difficulté à se décentrer, un manque d'expériences (lié à un défaut d'initiatives), et une anxiété sociale (résultant bien souvent de la prise de conscience des difficultés) (Bizet et al., 2018; Cuny, 2012).

4.2. Les quatre profils d'interactions sociales chez les autistes

Quel que soit leur profil intellectuel, le monde social est source d'incompréhension chez les personnes autistes. Quatre profils d'interactions sociales, dont trois initialement décrits par L. Wing en 1979, se distinguent :

- Le « *groupe retiré* » dans lequel les sujets semblent indifférents aux personnes environnantes. La plupart des sujets ne parlent pas et se complaisent dans des activités routinières. Ce groupe nourrit la perception stéréotypée de l'autisme dans l'opinion publique ;
- Le « *groupe passif* » dans lequel se trouvent les sujets qui acceptent passivement le contact avec autrui et ne prennent pas l'initiative du contact ;
- Le « *groupe actif, mais bizarre* » où sont représentés les sujets qui cherchent activement le contact de manière inadaptée ;
- Le « *groupe pompeux* » semble se détacher des autres et comprend les personnes surdouées. Les problèmes d'interactions sociales des individus de ce groupe sont bien plus subtils, car ils les compensent avec leurs grandes capacités intellectuelles au travers de l'apprentissage des règles sociales. Toutefois, l'intuition pour comprendre les subtilités

des interactions humaines leur fait défaut, ils manquent d'empathie, ils sont naïfs socialement et peuvent être perçus comme excentriques (Vermeulen, 2009, p. 54-59).

4.3. Conséquences sociales et psychologiques

Marc Fleisher, en 2003, illustre parfaitement les problèmes rencontrés par les personnes autistes en société : « *Être en société est pour moi plus difficile que les équations. Ce qui marche avec une personne ne marche pas avec une autre.* » (Attwood, 2018, p. 136). À l'inverse des problèmes mathématiques, les problèmes sociaux sont incalculables et imprévisibles. En plus d'être mouvantes, les règles entre les hommes ont le don d'être invisibles. Or, même si nous ne pouvons les voir, il faut pouvoir les comprendre. C'est habituellement le contexte interne (ce qui est appris) et externe (ce qui gravite autour de nous) qui nous aide à extraire le sens des codes sociaux. Malgré tout, comme les sujets avec un TSA perçoivent peu le contexte et s'y adaptent peu, ils peinent à déchiffrer les codes et ne savent dans quelle situation les appliquer (Vermeulen, 2018, 2019). S'ensuivent des maladresses relationnelles (Mehdi Liratni & Blanchet, 2019), des désobéissances ou provocations (Attwood, 2018) et des difficultés à gérer les conflits (Baghdadli & Brisot-Dubois, 2011). L'altération des habiletés sociales impacte également le cours de la conversation, car l'individu concerné ne prend pas en compte l'autre (Bizet et al., 2018). Tisser des liens amicaux devient également un challenge, car les sujets concernés tendent à ne pas se conformer aux règles habituelles de l'amitié, n'ont pas nécessairement les mêmes intérêts et peuvent devenir tyranniques s'ils veulent les imposer, ou ont des propos peu délicats du fait d'un excès d'honnêteté. Ces comportements incitent leurs pairs aux brimades, au mépris, voire au harcèlement moral et/ou physique (Attwood et al., 2018). En plus de l'épreuve engendrée par la création des relations, les personnes qui ont un TSA sont mises à mal pour les garder à long terme (Attwood, 2018). In fine, les difficultés ressenties à l'école par le manque d'habiletés sociales se répercutent sur la profession (Attwood, 2018).

Cette difficulté à s'intégrer dans la vie sociale impacte nécessairement le fonctionnement psychologique du sujet. La prise de conscience de leur différence et des obstacles qu'ils rencontrent en société peut mener à une baisse d'estime personnelle, mais aussi à de l'anxiété voire de la phobie sociale (Attwood, 2018). Cette prise de conscience, qui relève du développement de la métacognition, est aussi source de stress, car elle incite le sujet à s'adapter (Bizet et al., 2018). Associées à leur immaturité émotionnelle, ces difficultés sociales les rendent vulnérables, en proie à la dépression, et risquent d'entraîner automutilation voire suicide (Attwood, 2018). Le retentissement émotionnel altère lui-même les relations, car il renforce l'isolement social (Mehdi Liratni & Blanchet, 2019).

Pour limiter les conséquences sociales et psychologiques, qui altèrent considérablement leur qualité de vie et leur épanouissement, une solution s'offre à eux : développer leurs habiletés sociales. Pour cela, ils peuvent compter sur les professionnels du secteur psycho-médico-pédagogique.

III. INTERVENTION DES PROFESSIONNELS

Alors que les enfants neurotypiques acquièrent intuitivement les usages sociaux, par observation, imitation et modelage au gré de leurs expériences (Fallourd & Madiou, 2017), les sujets avec un TSA apprennent consciemment à se former une bibliothèque mentalisée des expériences et des règles sociales. Aussi, l'adaptation sociale passe-t-elle par l'intellect (Attwood, 2018). L'auteur du « Guide de survie à l'intention des personnes autistes », Marc Segar, nous apprend en 1978 que « *tout ce que les autres apprennent de manière intuitive, moi je dois l'apprendre de manière scientifique* » (Fallourd & Madiou, 2017, p. 28). Pour ce faire, un accompagnement spécifique est à envisager. Il ne s'agit pas de les robotiser, mais de leur fournir « *des clés de compréhension d'un monde dont les codes sociaux sont complexes* » (Baghdadli & Brisot-Dubois, 2011, p. 2).

1. Développement des habiletés sociales

Accompagner l'autisme c'est éduquer pour étayer le développement et prévenir les problèmes d'adaptation (Yvon, 2014). Les professionnels tentent donc, pour répondre aux troubles socio-communicatifs, de développer les compétences sociales de leurs patients. À noter qu'il est possible d'améliorer et de stimuler ces compétences tout au long de la vie (Mehdi Liratni & Blanchet, 2019). Ce type d'accompagnement est mis en place à titre préventif ou thérapeutique (Ouellet & L'abbé, 1986 cités par Fallourd et al., 2017).

1.1. Recommandations issues de la littérature

Les directives nationales sont édictées par les hommes politiques dans des « plans autisme ». Depuis 2005, quatre plans se sont succédé pour répondre à ce problème de santé publique. Le dernier, toujours en vigueur, renforce l'idée d'intervenir précocement, d'assurer une scolarisation des plus inclusive et, a posteriori, de soutenir l'inclusion des adultes (Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées, 2018).

Ces mesures sont soutenues par les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles élaborées par la HAS :

- Pour les enfants et adolescents autistes, deux documents ont vu le jour. Le premier, édité en 2012, mentionne les recommandations de l'intervention qui vise à développer les habiletés sociales (HAS, 2012). Le second, paru en 2018, s'intéresse à l'évaluation de la

communication et du langage, et à celle de la pragmatique et des habiletés sociales (HAS, 2018b).

- Pour les adultes, ce sont les directives de 2017 qui défendent l'évaluation et l'intervention dans le domaine des habiletés et interactions sociales (HAS, 2017).

1.2. Axes et enjeux de l'intervention

Les programmes d'entraînement aux habiletés sociales revendiquent un apport de connaissances en termes de socialisation, de communication et de discernement des émotions. Ils offrent également une multitude d'outils pour analyser des situations sociales et résoudre des problèmes socio-émotionnels. En ce sens, ils favorisent la participation sociale des sujets qui ont un TSA (Bizet et al., 2018) et l'autonomie sociale. Ils visent également à atténuer les symptômes autistiques et leur retentissement (Mehdi Liratni & Blanchet, 2019).

Les programmes se déclinent en plusieurs modules, illustrant eux-mêmes les divers axes d'intervention. Bien que la répartition des modules varie d'un programme à l'autre, les objectifs en faveur de la théorie de l'esprit, de la cognition socio-émotionnelle, des habiletés conversationnelles, de la résolution de problèmes sociaux et de l'affirmation de soi sont cités dans les trois principaux programmes que nous avons étudiés. Il s'agit du programme MIA (Module d'Intervention appliqué à l'Autisme), du programme GECOs (Groupe d'entraînement à la Communication sociale) et de la méthode GACS (Groupes d'Apprentissages à la Communication et à la Socialisation).

L'ultime enjeu d'un tel entraînement n'est pas de se limiter à un entraînement des compétences dans un milieu facilitateur ou avec une aide humaine, mais, à terme, que les patients puissent se servir des compétences, de façon autonome et dans des situations réelles (Mehdi Liratni & Blanchet, 2019). On parle alors de généralisation à la vie quotidienne, c'est-à-dire de l'adaptation des acquis à tous les lieux de vie. Pour relever ce défi, tous les moyens sont bons : mobilisation des compétences métacognitives, jeux de rôles, séances en milieu naturel, missions à effectuer à domicile, participation des familles au travers de réunions, échanges téléphoniques ou e-mails (Bizet et al., 2018), constitution d'un porte-vues (Mehdi Liratni & Blanchet, 2019) ou encore une multiplication des exemples (Howlin et al., 2017).

Généraliser c'est aussi pouvoir s'adapter au contexte. De ce fait, lors de l'entraînement aux habiletés sociales, il ne suffit pas d'envisager de nombreuses solutions en répondant à la question du « comment faire ». Il faut également se poser la question du « pourquoi » tel ou tel comportement est souhaitable en prenant en compte le contexte. Encore faut-il savoir décoder le contexte. Au besoin, l'accompagnateur peut « *pousser le bouton du contexte* », c'est-à-dire, poser les bonnes questions pour le clarifier et éviter les mauvaises interprétations (Vermeulen, 2018, p. 300).

Au-delà de la généralisation, le maintien de ces habiletés dans le temps doit également être recherché. Il peut être favorisé par une stimulation à long-terme (Mehdi Liratni & Blanchet, 2019).

1.3. Méthodes d'enseignement et principes éducatifs

Méthodes d'enseignement

Les programmes d'entraînement aux habiletés sociales s'appuient sur diverses méthodes d'enseignement :

- L'inspiration de l'éducation structurée, aussi appelée Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (TEACCH) s'exprime au travers d'aides visuelles pour structurer le temps, des repères pour structurer l'espace, d'un environnement épuré pour minimiser les stimulations sensorielles et d'un déroulement de séance ritualisé pour permettre la prévisibilité.
- L'inspiration de l'Applied Behavior Analysis (ABA) se voit au travers du modeling, de la répétition, de la guidance et de l'utilisation du renforcement positif (Mehdi Liratni & Blanchet, 2019). Si les participants présentent une déficience intellectuelle, l'approche comportementaliste est préférée (Bizet et al., 2018).
- La Thérapie Cognitive et Comportementale (TCC) revendique l'analyse, la compréhension et la confrontation aux situations dites difficiles à gérer. Elle promeut également l'appel à l'imagination, expose le sujet à des photographies, vidéographies, des épreuves de réalité pour se défaire de son trouble.
- L'entraînement métacognitif vise à identifier un problème posé et à trouver les stratégies adéquates pour y répondre (Baghdadli & Brisot-Dubois, 2011).
- La psycho-éducation, ou éducation thérapeutique, favorise quant à elle la compréhension et la maîtrise de son trouble par le patient.

Principes éducatifs

Pour construire des séances d'habiletés sociales, il est bon de respecter aussi plusieurs principes de l'éducation dont la recherche de la motivation, de la concentration, de la compréhension du message et l'accentuation de la valorisation.

Ces principes doivent prendre en compte les particularités autistiques. En ce sens, il convient de respecter leur besoin de prévisibilité en ritualisant les rencontres et de veiller à leur compréhension en utilisant le canal sensoriel le plus adéquat, souvent visuel ou en proposant les informations sous des modalités sensorielles combinées (Bizet et al., 2018). Il faut toutefois doser la présentation des stimuli, car une surstimulation de l'environnement n'aide pas les patients autistes à canaliser leur attention (Fallourd & Madieu, 2017). De plus, pour maintenir la motivation, il est bon de s'appuyer sur les intérêts spécifiques des patients (Bizet et al., 2018).

En plus des particularités autistiques, il faut prendre en compte les particularités liées à l'âge. Si l'on reprend l'exemple de la motivation, il est préférable d'espacer les séances et d'augmenter leur durée à une heure trente chez les adolescents, pour ne pas risquer un déclin de motivation. De même, chez les patients plus âgés, il faut veiller à ce qu'ils prennent conscience de leurs difficultés, car cela leur permettra davantage de moduler leurs comportements (Bizet et al., 2018).

1.4. Intervention en individuel ou en groupe

L'entraînement aux habiletés sociales peut se concevoir seul ou en groupe.

Dans le premier cas, les objectifs fixés visent à répondre aux besoins spécifiques du patient. Ce coaching social est plus adapté aux sujets pour lesquels le groupe serait trop stimulant et trop rapide (Bizet et al., 2018). Il peut se produire en amont, en parallèle ou suite aux séances groupées (Lesur, 2016).

Dans le second cas, les séances sont plus écologiques et offrent des situations relationnelles variées. De ces rencontres peuvent naître des amitiés entre les partenaires et entre les parents lors d'échanges informels. Les participants témoignent également d'une meilleure estime de soi, car ils peuvent exploiter leurs forces respectives (Fallourd & Madieu, 2017), et « *vivre des expériences positives avec leurs pairs* » (Bizet et al., 2018, p. 208). Le collectif leur permet de s'impliquer davantage par la correction du travail des autres, de prendre goût aux échanges sociaux et de motiver les prises d'autonomie (Bizet et al., 2018).

Pour qu'un groupe soit assorti et que la progression soit adaptée à tous, le niveau intellectuel, le niveau verbal, l'âge (Mehdi Liratni & Blanchet, 2019) ou le niveau scolaire et les diagnostics (Baghdadli & Brisot-Dubois, 2011) doivent être pris en compte. Concernant les pathologies, il semblerait que l'homogénéité des diagnostics entre les participants favorise une dynamique et soit propice à adopter des techniques thérapeutiques cohérentes avec la pathologie. Toutefois, l'hétérogénéité des diagnostics au sein d'un groupe peut se voir et se défendre puisque dans ce cas le contexte relationnel se rapproche plus de la réalité. En outre, le modelage et la valorisation sont d'autant plus présents (Fallourd & Madieu, 2017).

Il est souhaitable que la constitution du groupe reste la même afin de préserver les liens d'amitié entre les participants (Mehdi Liratni & Blanchet, 2019).

En ce qui concerne les groupes, voici un aperçu des éléments mis en jeu dans le programme MIA (Baghdadli & Brisot-Dubois, 2011), dans le programme GECOs (Fallourd & Madieu, 2017) et dans la méthode GACS (Mehdi Liratni & Blanchet, 2019) :

	Programme MIA	Programme GECOs	Méthode GACS
Caractéristiques des patients	Enfants et adolescents avec un Trouble Envahissant du Développement sans retard mental	Enfants et adolescents avec troubles relationnels	Enfants avec TSA ayant un niveau intellectuel et verbal d'au moins 6 ans
Effectif de patients	5 minimum et 7 maximum	4 minimum et 6 maximum	5 maximum
	Le nombre de patients doit être suffisant pour impulser une dynamique mais limité pour laisser le temps à chacun de s'exprimer.		
Effectif d'encadrants	2 professionnels : 1 animateur, pour apporter les enseignements, et 1 régulateur, pour calmer et inciter au bon comportement.		
Durée du programme	1 année scolaire		3 ans
Nombre de séances	21 séances	25 à 35 séances	90 séances (30 par année)
Fréquence	Hebdomadaire	-	Hebdomadaire
	Il est préférable que le créneau de rencontre soit fixe et s'adapte aux contraintes scolaires des participants, hors vacances scolaires.		
Durée des séances	1 heure 15 minutes		45 minutes à 1 heure 30 minutes
Déroulement d'une séance type	Globalement, la séance est rythmée par quatre temps, c'est-à-dire un temps d'accueil, un temps d'enseignement théorique et de mise en pratique et un temps pour clôturer.		

Tableau 1: Caractéristiques générales des programmes MIA, GECOs et de la méthode GACS

2. Supports rééducatifs actuels

De nombreux supports soutiennent le développement des habiletés sociales et nourrissent les dyades thérapeute-patient ou les groupes d'entraînement aux habiletés sociales.

2.1. Supports interactifs

Les supports interactifs assurent la motivation des sujets et leur permettent de se confronter activement aux erreurs sans enjeu. De ces supports découle le plaisir d'apprendre et d'être en relation. C'est le cas des jeux de société et des jeux de rôle.

Jeux de société

Parmi l'ensemble des supports interactifs, certains jeux de société abordent concrètement les habiletés sociales. C'est le cas de *À vos chaudrons*⁴, conçu par S. Mali, M. Moulin et K. Ropele (2011), qui décrit des situations de vie quotidienne et incite les participants à y trouver une solution au travers d'un jeu de rôle. Le jeu *Sociab' Quizz* créé par F. Pourre et E. Aubert (2014), quant à lui, reprend ce même schéma en y insérant également des situations fictives et va un peu plus loin en incitant les participants à parler de leurs problématiques sociales.

Jeux de rôle

Le jeu de rôle est sûrement l'un des supports privilégiés pour développer les habiletés sociales (Bizet et al., 2018). Ce format de médiation demande aux participants d'accéder à la capacité de faire semblant et de savoir se mettre en scène (Lesur, 2016).

2.2. Supports visuels

Les supports visuels, adaptés aux problématiques autistiques, sont fréquemment proposés aux personnes qui ont un TSA. Contrairement à l'information auditive, l'information visuelle est permanente et pourra être analysée à plusieurs reprises. Ce type de support favorise la mémoire visuelle, dominante des sujets avec un TSA, plutôt que leur mémoire auditive, qui est déficitaire chez ces derniers (Roby & Goupil, 2004). De plus, le support visuel limite les incompréhensions et facilite l'apprentissage.

Scénarii sociaux

Carol Gray fut la première à introduire les Social Stories™ qui décrivent de façon séquencée les scènes de la vie quotidienne abstruses pour les sujets autistes. Ces courtes histoires écrites à caractère social mettent en exergue les indices sociaux pertinents et proposent les réponses ou comportements attendus dans lesdites situations. Ainsi, les histoires sociales sont des outils appropriés pour rendre visible une règle sociale invisible, pour communiquer le plus clairement possible les informations nécessaires à la vie en société (Gray, 1996b), pour mettre en valeur les connaissances et succès sociaux (Attwood, 2018) et pour résoudre des problèmes sociaux (Bizet et al., 2018).

À l'origine conçus pour répondre aux problématiques individuelles des sujets, les histoires sociales sont adaptables aux groupes s'ils cernent une problématique commune. Ce support s'adresse aux sujets sans déficience intellectuelle ou alors avec une déficience légère à moyenne. De plus, il est accessible aux sujets avec un TSA lecteurs et non-lecteurs, car, outre l'aspect écrit, les histoires sociales peuvent se décliner sous forme imagée ou audio- visuelle (Gray, 1996b).

⁴ Les références des supports de rééducation cités sont précisées en fin de bibliographie.

Pour être plus interactifs, des scénarii sociaux peuvent aussi s'envisager sous forme de Questionnaire à Choix Multiples (QCM), où le sujet pourrait, selon la demande, choisir le bon comportement parmi plusieurs proposés, trouver les erreurs d'une scène erronée, imaginer la suite adéquate de la situation en jeu (Cassé & Garin, 2016).

Livrets de conversation

Les livrets de conversation sont des outils personnalisés à chaque sujet pour favoriser et enrichir leurs discussions. Avec un livret, le sujet sera moins contraint de décoder le langage non verbal des conversations, en particulier l'ennui de l'interlocuteur. Le sujet pourra d'un coup d'œil choisir le sujet de conversation le plus adapté à son interlocuteur et alimenter la discussion plus aisément (Roby & Goupil, 2004). D'autre part, ce support ne se limite pas aux enfants lecteurs, car, outre la forme écrite, le livret peut se composer d'images.

Conversations en bandes dessinées

Une conversation en bande dessinée est un outil de communication entre deux ou plusieurs personnes, étayée par des dessins simples. Une image valant mille mots, ces dessins illustrent une conversation, aident à comprendre le sens des propos échangés et à trouver des solutions aux problèmes rencontrés. Ce travail de visualisation de la discussion améliore la compréhension d'une conversation, notamment en illustrant l'imperceptible. Grâce aux phylactères, aux couleurs et aux symboles employés, les sujets qui ont un TSA saisissent plus particulièrement les pensées, les sentiments de l'interlocuteur et les habiletés de base de la conversation. Dans ce travail, la personne autiste dirige la conversation et l'intervenant a pour mission de guider sans diriger. Ce support est donc un excellent moyen pour l'accompagnateur de cerner la perception qu'a l'enfant d'une situation et transmettre son propre point de vue. Cet outil peut se concevoir en amont de la rédaction d'une histoire sociale ou de la réalisation d'une carte mentale avec les diverses solutions envisagées (Gray, 1996a).

Cercles concentriques des connaissances

À travers les cercles concentriques, la hiérarchie et les conventions sociales apparaissent. Il s'agit pour le patient, situé dans le cercle central, de placer ses connaissances dans un des cercles imbriqués, les plus proches de lui étant réservés aux contacts familiaux et les plus éloignés aux contacts étrangers. Selon la proximité à l'interlocuteur, le sujet avec un TSA pourra alors aborder correctement autrui, choisir des sujets de conversation appropriés en y ajoutant ou non un trait humoristique, ajuster la distance corporelle et les gestes d'affection pour respecter l'espace privé de chacun (Attwood, 2018).

Livres

De nombreux guides sont adressés aux accompagnateurs des personnes autistes (parents, professionnels para-médicaux, enseignants, ...). Certains ouvrages sont quant à eux

directement adressés aux sujets présentant un TSA. Les livres de J. Shaul (2016) *Le train de la conversation* et *La zone verte* en sont l'illustration. Le premier livre s'empare de la métaphore du train pour enseigner les habiletés conversationnelles alors que le second s'inspire du mélange des couleurs primaires en secondaires pour établir un terrain d'entente au sein de la conversation.

2.3. Contribution des technologies numériques

Avec le développement des nouvelles technologies, des outils sont apparus sur de nouvelles interfaces comme les tablettes tactiles, les films et les vidéographies.

Tablettes tactiles

Parmi l'ensemble des applications recensées, certaines proposent une banque de situations en images telle que *Social Story Creator & Library* de Touch Autism (2012-2020). Ce type d'application, conçu en anglais, propose de créer des histoires sociales personnalisées en langue française au moyen de photographies, de textes et d'audio.

D'autres applications telles que *Social Handy™* de Auticiel (2015) proposent, au travers de quizz ludiques, de déterminer les comportements adéquats face à des situations-problèmes sur des photographies.

Courts métrages, émissions et films d'animation

Le cinéma offre une nouvelle perspective pour expliquer les comportements sociaux. À travers les courts métrages et les extraits d'émissions populaires, films et films d'animation, les sujets apprennent à détecter les pensées, les intentions et les émotions des interlocuteurs ou encore détecter les sous-entendus et décoder les expressions faciales. Ce support peut se concevoir avec ou sans son selon les objectifs travaillés. Dans le second cas, les participants pourront imaginer les dialogues à partir de tous les indices extralinguistiques transmis par les acteurs (Ancona, 2016).

Vidéos

Le domaine vidéographique offre une nouvelle perspective de transmission du savoir. Les vidéos peuvent s'adresser aux aidants, comme c'est le cas du premier jeu vidéo pédagogique *Tsara* qui facilite l'appropriation des Recommandations de Bonnes Pratiques. De plus, le support vidéographique peut également convenir aux sujets qui ont un TSA eux-mêmes voire dépasser les limites des supports visuels communément proposés.

Les supports visuels offrent de nombreux intérêts pour le sujet avec un TSA, cependant, la prévalence d'images statiques les rend peu écologiques. Être capable d'analyser une photo ne peut se substituer à la capacité d'analyser une situation réelle, où de nombreux indices sociaux circulent constamment (Vermeulen, 2018). L'outil vidéographique tend à combattre cette limite, car il ouvre le champ de la visualisation aux images dynamiques. Certes, les sujets

avec un TSA sont pour beaucoup en difficultés lorsqu'il s'agit d'analyser des informations dynamiques. Toutefois, la vidéo contourne ce déficit puisqu'elle offre la possibilité de revenir sur une expression du visage, sur une parole échangée, de ralentir au besoin les séquences visuelles afin de mieux les étudier (Baghdadli & Brisot-Dubois, 2011). C'est donc un moyen pour chacun d'apprendre à son rythme, plus proche de la réalité, sans risque d'être critiqué par autrui et sans fournir des efforts colossaux de la vie sociale (Attwood, 2018).

La technique de modelage s'est alors emparée de ce support pour promouvoir l'apprentissage par imitation. Dans ce cas de figure, les bons comportements d'un pair, ou de l'observateur de la vidéo lui-même, sont enregistrés étape par étape. Ils sont alors visionnés autant de fois que nécessaire par la personne avec un TSA. Quelques scénarii sociaux sont également parus sous cette forme à l'adresse des sujets qui ont un TSA comme sur la plateforme interactive *A pour autre* et sur le site du CRA du Languedoc-Roussillon (Baghdadli & Pernon, s. d.). Des situations sociales erronées y sont alors représentées et demandent à l'observateur d'identifier le comportement problème et de le remplacer par un comportement plus adéquat.

Malheureusement, les ressources vidéographiques de résolution de problèmes sont encore peu disponibles pour les praticiens qui œuvrent au bon développement des habiletés sociales malgré les résultats prometteurs (Garnier et al., 2019).

IV. PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

1. Problématique

Les réflexions émergent de la littérature laissent entendre que le matériel vidéographique conviendrait à la prise en charge des personnes ayant un TSA (Garnier et al., 2019). Un des objectifs de l'accompagnement consisterait à développer les habiletés conversationnelles, en jeu dans les relations interpersonnelles.

En effet, le déficit des interactions sociales est au cœur de la problématique autistique. En grandissant, à l'instar de tout individu, les enfants avec un TSA sont amenés à participer à de nouvelles situations sociales, toujours plus nombreuses. La méconnaissance des codes sociaux et la difficulté à percevoir les règles implicites de ce type de situation impactent nécessairement le quotidien.

Pour y remédier, plusieurs professionnels psycho-médico-pédagogiques se sont regroupés autour d'une même thématique, celle du développement des habiletés sociales. Une des pratiques les plus populaires consiste à rédiger des histoires sociales pour chaque situation problème, afin de transmettre les comportements socialement attendus dans lesdites situations. Les scénarii sociaux ont été détournés et réinvestis au travers de photographies. Suite à celles-ci, un questionnaire interactif pouvait être proposé pour identifier les erreurs

commises dans la scène de vie quotidienne représentée et pour envisager les comportements adéquats. Ce support a le mérite de s'appuyer sur les aptitudes visuelles bien développées chez ces sujets. Malgré tout, ce matériel est peu représentatif de la vie quotidienne, car en réalité les informations sociales sont transmises rapidement et simultanément. Le support vidéo se trouve être une alternative à ce phénomène, car il mettrait en avant des situations de façon plus écologique. Cependant, à l'inverse des États-Unis et du Canada, ce matériel est assez peu présent en France.

Par la création d'une banque de vidéos des scénarii sociaux, et par l'étude de l'analyse des patients au cours des rééducations, le travail mené dans ce mémoire tente donc d'atténuer cette lacune. Par extension, il nous permettra de définir si l'investigation du support numérique est pertinente pour présenter les scénarii sociaux. Cette question devrait nous permettre d'en juger :

Quels sont les apports des vidéos pour présenter les scénarii sociaux suivis d'un QCM lors des prises en soin dédiées au développement des habiletés sociales des patients qui ont un TSA ?

2. Hypothèses

Hypothèse n°1 : Nous supposons que les enfants et collégiens avec un TSA pourront généraliser le problème entre deux vidéos présentant des scénarii sociaux similaires.

Hypothèse n°2 : Nous supposons que les enfants et collégiens avec un TSA pourront généraliser la solution entre deux vidéos présentant des scénarii sociaux similaires.

Hypothèse n°3 : Nous supposons que le QCM aide à la compréhension de la situation sociale.

Hypothèse n°4 : Nous supposons que le QCM aide à la résolution de la situation sociale.

Hypothèse n°5 : Nous supposons que les professionnels de l'étude trouveront le support vidéo pertinent pour développer les habiletés sociales.

Hypothèse n°6 : Nous supposons que les professionnels de l'étude trouveront le support vidéo ergonomique.

Hypothèse n°7 : Nous supposons que les professionnels de l'étude trouveront le support vidéo efficace chez leurs patients.

MATERIEL ET METHODE

Le projet de conception de ces outils vidéographiques est né des constatations d'une orthophoniste travaillant en libéral avec des enfants qui ont un TSA. Il était question d'un manque de scénarii sociaux vidéographiques pour développer les habiletés sociales des patients, à l'instar des formats photographiques papier plus couramment utilisés. Les données cliniques et théoriques ont ensuite achevé de nous inciter à créer un matériel vidéographique exposant des scènes de la vie quotidienne, comme support à la rééducation des habiletés sociales pour les enfants et collégiens avec un TSA. Notre conscience professionnelle et notre souci de transparence nous ont également conduit à vérifier la pertinence de l'utilisation de cet outil en condition réelle, c'est-à-dire auprès des patients eux-mêmes. In fine, des pistes d'utilisation, et, au besoin, d'amélioration des vidéos pourront être fournies. Dans un premier temps, nous présenterons donc les populations recueillies pour élaborer et pour tester le matériel. Puis, nous détaillerons le matériel utilisé pour le tournage des vidéos. Enfin, nous développerons la procédure mise au point pour réaliser l'expérimentation.

I. POPULATION

1. Population actrice des vidéos

Afin de favoriser l'identification des patients aux personnages des vidéos, nous avons à cœur de choisir des acteurs issus de la même tranche d'âge que les patients. Initialement, nous avons alors pour projet de recruter uniquement des enfants tout-venant de 7 ans à 10 ans pour réaliser l'ensemble des vidéos, auprès d'écoles ou d'associations théâtrales, car le matériel créé aurait dû s'adresser uniquement aux enfants présentant un TSA. Toutefois, la situation sanitaire nous a invité à revoir nos ambitions et nous tourner vers des acteurs tout-venant issus de notre environnement personnel. Ayant peu d'enfants dans notre entourage, nous avons décidé d'élargir les vidéos aux collégiens avec un TSA, population la plus concernée par la rééducation des habiletés sociales, après les enfants, selon notre questionnaire initial. Dans ce projet modifié, nous avons donc recruté des enfants tout-venant de 7 ans à 12 ans et, à défaut d'avoir des collégiens, des étudiants âgés de 19 ans et 24 ans. Chaque acteur, qu'il soit mineur ou majeur, a pu alors donner son consentement en signant une autorisation de captation de voix et d'images vidéos (annexe I et annexe II).

2. Population destinataire des vidéos

Face à l'hétérogénéité des profils autistiques, ressortie de nos recherches dans la littérature, il nous a semblé important de fixer des critères d'inclusion. De ce fait, nous pouvions comparer des sujets aux profils assez similaires. Il nous fallait alors sélectionner les critères

les plus judicieux et veiller tout de même à ne pas faire des choix trop restrictifs. Nous avons alors retenu les critères liés à l'âge, au niveau scolaire, à l'efficacité intellectuelle, à la maîtrise des habiletés présentées par les vidéos et à la pathologie. Les compétences langagières, aussi bien réceptives qu'expressives, n'ont pas été sélectionnées comme critères d'inclusion. Malgré tout, les professionnels ont été priés d'indiquer les compétences langagières de chacun des patients inclus, car cela pouvait nécessairement influencer les résultats de l'étude. En outre, nous avons sélectionné des enfants qui étaient suivis pour le développement des habiletés sociales, en groupe ou en individuel, avec une orthophoniste ou un autre professionnel compétent.

Les patients inclus devaient alors présenter les critères suivants :

- Âge : entre six ans et quinze ans inclus
- Classe : entre le CP et la troisième incluse
- Efficacité intellectuelle : sans déficit intellectuel
- Pathologie : trouble du spectre de l'autisme
- Maîtrise des habiletés présentées par les vidéos : ne pas maîtriser au moins trois ou quatre habiletés présentées dans les vidéos.

Une fois ces critères définis, nous nous sommes concentrée sur la recherche du matériel propre au tournage et au montage des vidéos. Cette étape a été mûrement réfléchi afin de permettre une bonne utilisation de l'outil par les professionnels et leurs patients.

II. MATERIEL

1. Tournage des vidéos

Les vidéos se présentent sous la forme de petites saynètes de la vie quotidienne. Les personnages devaient être expressifs et limiter autant que possible leurs déplacements. Les décors étaient naturels, soit en intérieur, soit en extérieur, afin d'être réalistes. Pour ne pas surcharger ces saynètes en informations, les décors étaient malgré tout assez épurés et le cadrage était contrôlé. De ce fait, nous avons stabilisé nos appareils de captation vidéo pour éviter les mouvements de l'image, nous avons opté pour un cadrage horizontal pour être à hauteur des acteurs et nous avons filmé les scènes dans un plan demi-ensemble pour voir à la fois les personnages et une partie de l'environnement.

2. Montage des vidéos

Le montage des vidéos a été réalisé avec deux logiciels :

- Adobe audition CC 2014, nous a permis de réduire, autant que faire se peut, les bruits de fond des scènes tournées pour faciliter l'écoute des sujets avec une hypersensibilité auditive.

- L'éditeur de vidéo proposé par défaut dans les applications de Windows nous a quant à lui permis de couper les séquences tournées et de les assembler entre elles.

Après cet aspect technique, nous allons présenter la procédure que nous avons suivie pour développer, utiliser et évaluer le support vidéographique.

III. PROCEDURE

1. Développement d'un support vidéographique numérique

Le développement du support vidéographique numérique a succédé à la diffusion d'un questionnaire adressé aux professionnels concernés par le développement des habiletés sociales. Nous détaillerons donc ce questionnaire en premier lieu avant de nous attarder sur le contenu et la constitution même des scénarii.

1.1. Questionnaire préalable à visée exploratoire

But et objectifs

Avant de nous lancer dans la conception d'un outil vidéographique, nous avons proposé un questionnaire. Celui-ci avait pour objectif de mieux connaître les pratiques et requérir l'avis des professionnels concernés par les habiletés sociales. Ainsi, nous avons mêlé nos connaissances théoriques avec les attentes pratiques pour créer un outil au plus proche des besoins des patients. Notre questionnaire devait nous amener à définir trois critères :

- Le contexte de l'intervention, individuelle ou collective, le plus répandu afin de réfléchir aux modalités d'utilisation de l'outil vidéographique ;
- L'âge du public visé par les vidéos : pour cela nous avons étudié le profil de la patientèle accueillie par les professionnels questionnés ;
- Les thèmes des vidéos les plus adaptées : de ce fait, nous avons demandé aux professionnels de choisir, parmi une liste fermée, les habiletés sociales les plus rencontrées dans leur pratique.

Enfin, et pour enrichir notre travail de recherche, nous avons questionné les professionnels sur la nature des ouvrages et supports utilisés au cours de leur pratique clinique.

Qualité de l'échantillon

Notre questionnaire s'adressait à un vaste ensemble de professionnels (e.g. orthophonistes, psychologues, éducateurs spécialisés), exerçant en territoire français, en structure ou en libéral, et œuvrant pour le développement des habiletés sociales chez les patients avec un TSA. Pour participer, nous avons toutefois précisé aux professionnels qu'ils devaient accueillir des patients avec un TSA et œuvrer pour le développement de leurs habiletés sociales.

Nous avons finalement retenu et analysé vingt-neuf réponses complètes sur les cinquante-sept reçues puisque vingt-six étaient incomplètes et deux faisaient allusion à des patients avec déficience intellectuelle.

Conception

Le questionnaire a été conçu avec le logiciel d'enquête statistique en ligne LimeSurvey est en conformité avec la CNIL pour respecter le droit des participants. Il présentait huit questions, dont quatre obligatoires, réparties dans quatre rubriques (annexe III). Trois des questions majeures et obligatoires étaient suivies d'un QCM. L'objectif étant de privilégier les réponses rapides. Les autres questions étaient suivies d'un cadre libre. De ce fait, chaque participant pouvait y inscrire les remarques et commentaires nécessaires. À noter que les réponses étaient anonymes. L'ensemble des questions pouvait alors être traité en cinq à dix minutes.

Le questionnaire a d'abord été testé par quatre étudiantes orthophonistes et un lecteur non expert du sujet afin d'adapter la formulation des questions à la compréhension de tous.

Mode de diffusion

Le questionnaire a été diffusé pour la première fois le 24 février 2020. Il était alors adressé aux professionnels pour qui nous connaissions l'intérêt et qui participaient au développement des habiletés sociales. Nous leur avons alors adressé un lien d'accès par mail.

Une seconde diffusion a été accordée à compter du 9 avril 2020 à l'ensemble des CRA du territoire français et aux orthophonistes membres du groupe Facebook « Autisme, TED et orthophonie » en raison du peu de réponses reçues à cette date.

Enfin, les professionnels étaient invités à nous envoyer leur mail en dehors du questionnaire, pour garantir l'anonymat, s'ils voulaient participer à la seconde étape du projet, c'est-à-dire à l'évaluation des vidéos.

1.2. Description des scénarii

L'analyse du questionnaire préalable nous a permis de définir les tranches d'âge qui bénéficiaient le plus fréquemment d'une prise en soin axée sur le développement des habiletés sociales. Il nous a également permis de définir les thèmes prioritaires pour ces tranches d'âge, parmi la multitude d'habiletés communicationnelles existantes. Nous avons ainsi créé dix-huit vidéos, réparties en neuf thèmes, pour les enfants de six à dix ans (annexe IV) et vingt-deux vidéos, réparties en onze thèmes, pour les collégiens de onze à quinze ans (annexe V).

Lors de l'élaboration des scénarii, nous avons étudié les remarques émises par les professionnels au questionnaire préalable puis, nous sommes rentrée en contact avec une orthophoniste-formatrice dans ce domaine et un parent d'adolescent qui a un syndrome d'Asperger. Ainsi, nous avons pu imaginer des scénarii inspirés de scènes déjà vécues.

Dans chaque séquence vidéo ressortait un quiproquo, une maladresse ou une incompréhension entre les deux ou trois interlocuteurs présents. Les questions et QCM successifs incitaient alors à trouver le problème de la situation et la solution à y apporter.

Pour concorder à la réalité, nous avons donc respecté la vitesse de déroulement des actions et des conversations, sans chercher à les ralentir. Cependant, il était possible pour les professionnels de les répéter, pour que tout un chacun puisse y prendre les informations nécessaires afin d'y réagir au mieux.

Progression

Nous avons décliné chaque thème en deux vidéos dans lesquelles le problème et la solution étaient assez similaires, mais le contexte bien différent. De ce fait, nous souhaitions inciter les patients à ne pas figer une réponse à un contexte particulier, mais à une interaction sociale. Les deux scénarii d'un même thème se différenciaient alors par un changement d'acteur, un changement d'environnement et un changement de sujet de conversation.

Pour ordonner les vidéos, nous avons également créé deux niveaux de complexité. Dans les premières, le jeu d'acteur pouvait être plus exagéré, donc les réponses plus évidentes contrairement aux secondes vidéos. De plus, le QCM était plus allégé dans les premières vidéos contrairement aux secondes vidéos où cela nécessitait davantage de réflexion pour trouver la réponse. Ainsi, dans les vidéos n°1 adressées aux enfants, il y avait deux propositions de réponses contre trois dans les vidéos n°2 visionnées un mois après. Et dans les vidéos n°1 adressées aux collégiens, il y avait trois propositions de réponses contre quatre dans les vidéos n°2 visionnées un mois après.

1.3. Schéma d'une séquence filmée

Les séquences vidéographiques, qu'elles soient adressées aux enfants ou aux collégiens, sont construites sur le même modèle. En voici l'architecture :

- Séquence vidéo illustrant une situation problème (durée : entre dix et cinquante-six secondes pour les enfants et entre dix et soixante-dix-huit secondes pour les collégiens),
- Question « quel est le problème dans cette situation ? » écrite à la fin de la séquence vidéo (durée : huit secondes),
- QCM écrits (durée : quinze secondes),
- Réponse correcte du QCM écrite (durée : huit secondes),
- Question « qu'aurait pu faire ce personnage pour que la situation se passe mieux ? » écrite sur la photo du personnage en question (durée : huit secondes),
- QCM écrits (durée : quinze secondes),
- Réponse correcte du QCM écrite (durée : huit secondes),

- Séquence vidéo illustrant la réponse (durée : entre trois et soixante-deux secondes pour les enfants et entre six et quarante-trois secondes pour les collégiens),
- Signature « Tournage et montage réalisés par Claire Grancier dans le cadre de son mémoire d'orthophonie 2020- 2021 » (durée : trois secondes).

Nous avons choisi de filmer des scènes de courtes durées, c'est-à-dire de moins d'une minute trente, afin de maintenir l'état attentionnel des participants, de ne pas donner trop d'informations superflues et de s'adapter à la pratique libérale pour laquelle les séances ne vont généralement pas au-delà de trente minutes.

2. Utilisation expérimentale du support

Nous avons à cœur de proposer les vidéos à différents professionnels impliqués dans le développement des habiletés sociales, afin qu'ils les testent auprès de leurs patients. Nous avons proposé nos vidéos aux enfants de plus de six ans et aux collégiens jusqu'à quinze ans inclus, comme ces deux tranches d'âge étaient les plus côtoyées par les professionnels ayant répondu au questionnaire préalable. Nous souhaitons alors vérifier si le support était pertinent et satisfaisant pour ce type de pratique avec ces populations.

Qualité de l'échantillon

Avant d'envoyer nos vidéos, nous avons envoyé un mail d'invitation, assorti d'une lettre d'invitation présentant les étapes de ce projet (annexe VI), aux professionnels qui s'étaient manifestés après le questionnaire préalable. À ce mail était jointe la liste des habiletés conversationnelles sélectionnées (annexe VII). Notre but était de vérifier si les praticiens étaient toujours enclins à participer à cette nouvelle étape. Nous avons également sollicité les orthophonistes des groupes Facebook « Autisme, TED et orthophonie » et « Formation Karine Bernard Jaumot ». Bien que nous ne souhaitons pas nécessairement limiter l'étude aux orthophonistes, nous avons trouvé dans cette interface de communication l'opportunité de contacter des professionnels accompagnant le public que nous recherchions.

Nous avons donc inclus dans notre étude vingt et un professionnels, dont une psychologue, une infirmière et dix-neuf orthophonistes. Pour être inclus, chaque professionnel devait respecter les critères d'inclusion définis précédemment. Puis, s'ils acceptaient le protocole, nous demandions aux professionnels de signer un coupon d'engagement de respect du droit d'auteur et de non-divulgence des vidéos (annexe VIII) avant l'envoi ultime des vidéos. Ce document a, au préalable, été vérifié par un membre compétent de la faculté de droit de Poitiers afin de s'assurer de sa légitimité.

Préparation des séances

Nous avons invité les professionnels à choisir seulement trois ou quatre habiletés sociales encore non acquises par les patients, parmi le panel d'habiletés traitées dans les vidéos. Cela leur permettait alors d'utiliser les vidéos comme un moyen d'accomplir les objectifs thérapeutiques. De ce fait, c'était le patient et non la vidéo qui était au cœur de ce projet.

Nous avons également demandé aux professionnels d'imprimer la grille d'évaluation qui concernait la tranche d'âge de leurs patients afin d'en prendre connaissance et d'y inscrire les informations nécessaires à la présentation du ou des patient(s).

Les professionnels pouvaient également, en amont du visionnage des vidéos, transmettre une lettre aux parents de leur patient, afin de leur présenter le projet vidéo et de solliciter leur accord (annexe IX).

Organisation d'une séance de visionnage des vidéos

La séance de visionnage de chaque vidéo s'est effectuée en deux temps. Dans un premier temps, l'objectif était que le patient découvre le problème de la vidéo et, dans un second temps, qu'il trouve la meilleure solution pour le résoudre. Durant ces deux temps, et à la demande du patient, le professionnel avait la liberté de présenter une deuxième fois les saynètes ou de dévoiler l'outil QCM disponible dans les vidéos. Chaque proposition du QCM pouvait au besoin être lue et reformulée par le praticien. Et, à la fin de ces deux temps, le professionnel pouvait montrer à son patient une vidéo illustrant la solution attendue pour résoudre le problème.

Déroulement dans le temps

Nous avons demandé aux professionnels de présenter trois ou quatre vidéos n°1 durant une séance de trente minutes, et de faire de même avec les vidéos n°2 correspondantes, un mois plus tard. Ce temps de participation était donc volontairement restreint. Ainsi, les professionnels qui participaient à l'étude ne modifiaient pas outre mesure le cours de leurs prises en soin. Lors de ces deux séances, les professionnels avaient pour mission de remplir la grille d'évaluation correspondant à la tranche d'âge de l'enfant.

Une fois ces deux étapes passées, il leur était demandé de nous envoyer, avant le 14 février 2021, les grilles d'évaluation complétées et de répondre au questionnaire de satisfaction en ligne avant le 28 février 2021.

Les étapes successives sont rapportées dans le schéma ci-dessous.



Figure 1 : Frise chronologique retraçant le déroulement du protocole aux professionnels inclus dans l'étude

Prise en main

Nous avons envoyé aux professionnels un guideline, nommé « guide de poche » (annexe X), pour que chaque intervenant prenne connaissance des étapes requises dans l'étude. À cela s'ajoutait un document Foire Aux Questions, appelé FAQ (annexe XI) que nous tenions à actualiser si les demandes que nous recevions par mail pouvaient intéresser l'ensemble des professionnels. Enfin, les professionnels pouvaient nous joindre afin de nous transmettre leurs interrogations en lien avec des cas particuliers.

Mode de diffusion

Les vidéos réalisées, ainsi que les grilles d'évaluation, la lettre destinée aux parents, le guide de poche et le document FAQ ont été déposés sur un lien Dropbox. Ce lien a ensuite été communiqué à tous les professionnels participants par le biais d'un mail.

3. Évaluation du support

Nous avons soumis l'outil vidéographique à deux évaluations, l'une étant objective et l'autre étant subjective.

3.1. Grille d'évaluation des réponses

But et objectifs

La grille d'évaluation des réponses était un document objectif sur lequel les professionnels pouvaient reporter les réponses des patients aux questions « quel est le problème dans cette situation ? » et « qu'aurait pu faire ce personnage pour que cette situation se passe mieux ? » posées dans chaque vidéo. Les ultimes objectifs étaient de définir s'il y avait une généralisation entre les vidéos n°1 et n°2 et si le QCM aidait à la compréhension et la résolution du problème.

Qualité de l'échantillon

Nous avons adressé cette grille d'évaluation des réponses aux vingt et un professionnels inclus dans l'étude.

Seize professionnels, parmi les vingt et un, nous ont transmis leurs grilles d'évaluation complétées. Parmi les cinq abandons, trois n'ont pu participer à cause d'un changement de patientèle, d'une incompatibilité des patients ou des difficultés d'exercice engendrées par les conditions sanitaires, et deux ont omis de nous transmettre leur grille dans les temps malgré nos relances. Grâce aux retours des seize professionnels, nous avons pu recueillir les réponses de vingt-neuf enfants et vingt-quatre collégiens, ayant tous un TSA.

Parmi ces vingt-neuf enfants, nous en avons éliminé seize car trois ne respectaient pas l'âge d'admission et/ou la classe d'admission, deux avaient une déficience intellectuelle, et pour onze participants, les réponses étaient incomplètes. Nous avons donc finalement retenu treize participants enfants, dont douze en séance individuelle et un en groupe.

Parmi ces vingt-quatre collégiens, nous en avons éliminé onze car trois présentaient une déficience intellectuelle, un ne respectait pas la classe d'admission, deux n'avaient ni diagnostic de TSA ni suspicion d'un TSA, et pour les cinq autres participants les réponses étaient incomplètes. Nous avons donc finalement retenu treize participants collégiens, dont huit en séance individuelle et cinq en groupe.

Conception

Nous avons établi deux grilles d'évaluation, l'une s'adressant aux patients ayant vu les vidéos « enfants », l'autre étant faite pour les patients ayant vu les vidéos « collégiens ». Les deux documents se différenciaient par l'intitulé des habiletés sociales évaluées, mais recouvraient nécessairement les mêmes structures (annexe XII et annexe XIII). Ils se composaient tous deux de trois parties : - la première était attribuée à la présentation du patient,

- la deuxième était réservée aux réponses des participants,
- la dernière partie était destinée aux commentaires des professionnels.

À l'intérieur de la partie dévolue aux réponses des participants, se trouvaient deux sous-rubriques : - la première était réservée aux réponses en première intention (sans QCM) à la question posée

- la seconde était vouée aux réponses en seconde intention (avec QCM).

Pour chaque thème, il était demandé d'inscrire dans les cases correspondantes la notion « oui » si la réponse était correcte, « non » si la réponse donnée par le patient n'était pas correcte et « NSP » si le patient ne savait pas répondre. Les consignes de remplissage des différentes rubriques étaient écrites et illustrées sur la grille d'évaluation elle-même.

Au préalable, les professionnels devaient indiquer le mode de présentation des vidéos, c'est-à-dire si elles étaient présentées en individuel ou en groupe.

Mode de diffusion

Les deux grilles d'évaluation étaient déposées sur le lien Dropbox, au même titre que les vidéos. Ainsi, elles étaient visibles et disponibles pour tous les professionnels ayant accès au lien. Il était demandé de les renvoyer par mail avant le 14 février 2021.

3.2. Questionnaire de satisfaction

But et objectifs

Nous avons envoyé un questionnaire de satisfaction aux professionnels, à la suite des quatre mois pendant lesquels ils avaient visionné les vidéos avec leurs patients. Ils pouvaient ainsi donner leurs avis et recommandations sur ce matériel. Cette évaluation, plutôt subjective, nous a semblé importante pour mesurer le degré de satisfaction des professionnels et des patients, mais également pour qu'ils nous apportent leur regard sur la prise en main, la pertinence et l'efficacité du support. Leur expérience nous a permis d'étudier les points forts et les points faibles de notre support, mais aussi d'entrevoir des pistes d'amélioration.

Qualité de l'échantillon

Ce questionnaire de satisfaction s'adressait aux seize professionnels inclus dans l'étude ayant envoyé la grille d'évaluation. Nous avons finalement reçu treize avis et recommandations.

Conception

Nous avons réalisé le questionnaire de satisfaction avec l'outil d'enquête statistique en ligne LimeSurvey en conformité avec la CNIL afin de respecter les droits des participants. Il se composait de huit questions, dont la plupart étaient suivies d'un QCM (annexe XIV). Cette modalité avait l'avantage de limiter le temps de passation et de faciliter l'analyse des résultats. Nous avons tout de même proposé quelques questions en champ libre pour que les professionnels puissent s'exprimer à leur aise. À noter que l'anonymat des réponses permettait à chacun de s'exprimer en toute objectivité.

Le questionnaire a été lu par un sujet non-orthophoniste non expert afin de vérifier si les questions étaient compréhensibles par tous.

Mode de diffusion

Le lien du questionnaire de satisfaction fut envoyé aux professionnels, par le biais d'un mail, à partir du mois de février 2021, dès réception de la grille d'évaluation complétée. Il était demandé de remplir ce questionnaire avant le 28 février 2021.

RESULTATS

I. RESULTATS DU QUESTIONNAIRE PREALABLE A VISEE EXPLORATOIRE

Nous avons établi un questionnaire, en amont de la création des vidéos, afin de recenser les avis des professionnels concernés par le développement des habiletés sociales. Cela nous a permis de définir les contextes d'intervention auxquels les vidéos devaient s'adapter, les âges des patients pour lesquels elles devaient être conçues, mais également les types d'habiletés qu'elles allaient illustrer. Nous souhaitons retenir uniquement les modalités les plus fréquentes pour chacune de ces trois variables qualitatives nominales, c'est pourquoi nous avons réalisé des calculs de fréquence, en pourcentage (%).

Notre analyse porte sur les vingt-neuf réponses complètes de ce questionnaire préalable.

Les données et graphiques ont été obtenus avec le logiciel Excel.

1. Contexte d'intervention

Dans notre questionnaire, nous avons demandé aux professionnels d'indiquer le(s) contexte(s) de leur intervention en cochant une des trois modalités proposées. Les résultats sont exposés dans la figure ci-dessous.

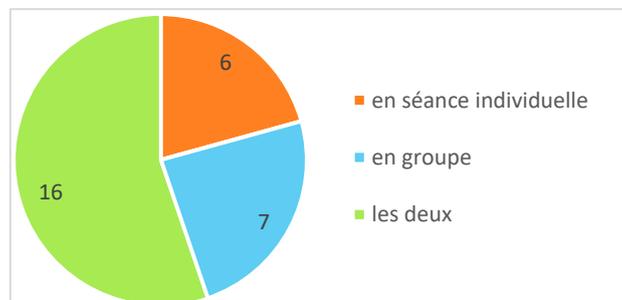


Figure 2 : Répartition des professionnels selon leurs contextes d'intervention

Ainsi, 55.17% des professionnels admettaient accueillir des patients en séance individuelle et en groupe (cf. modalité « les deux »), 20.99% proposaient uniquement des séances individuelles et 24.14% organisaient uniquement des groupes.

2. Âge des patients

Un item de notre questionnaire incitait également les professionnels à nous transmettre la ou les tranches d'âge de leurs patients parmi les cinq définies. En voici les résultats :

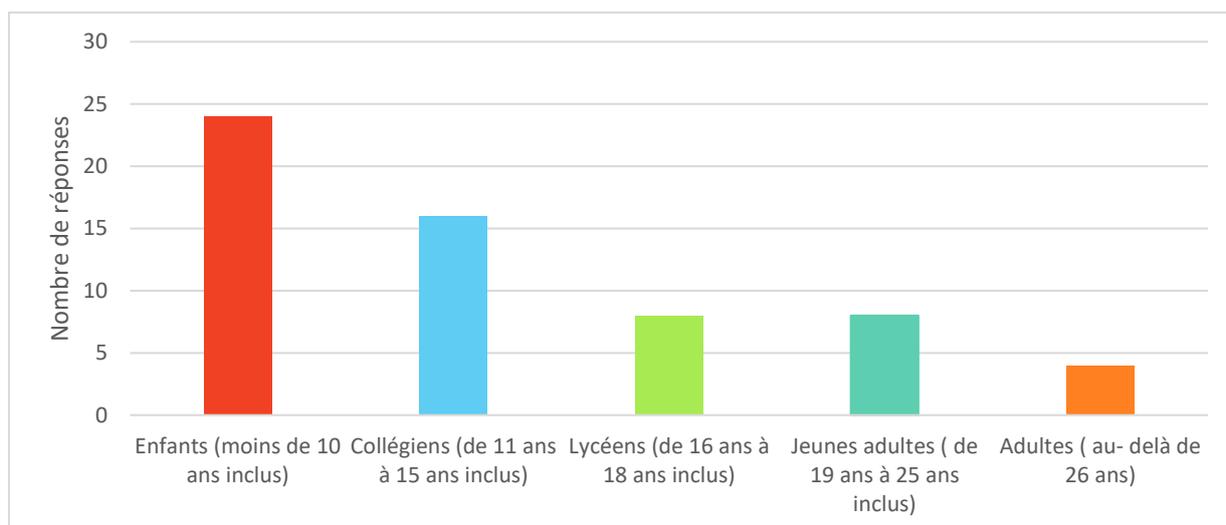


Figure 3 : Répartition des tranches d'âge des patients rencontrés par les professionnels

De ce fait, 82.76% des professionnels prennent donc en soin des enfants, 55.17% accueillent des collégiens, 27.59% des lycéens et 27,59% des jeunes adultes. Seuls 13.79% accueillent des adultes.

3. Thèmes privilégiés selon les âges

Nous avons enfin demandé aux professionnels de choisir entre dix et quinze thèmes parmi une liste prédéfinie de trente-quatre modalités, chaque modalité représentant une habileté conversationnelle.

Pour notre analyse, nous avons recoupé les réponses des professionnels, en fonction des âges des patients qu'ils recevaient, car un classement général intégrant toutes les tranches d'âge nous semblait moins pertinent. Nous présenterons donc un classement des habiletés conversationnelles pour les enfants et un classement pour les collégiens.

Enfin, nous avons uniquement gardé les modalités votées strictement à plus de 50% pour chaque tranche d'âge, car nous nous sommes focalisée sur les habiletés conversationnelles les plus demandées par les professionnels questionnés.

3.1. Classement des habiletés conversationnelles chez les enfants (moins de 10 ans)

Nous avons recueilli les voix des vingt-quatre professionnels accueillant des enfants. Le tableau suivant présente les pourcentages et nombres de votes alloués aux habiletés choisies strictement à plus de 50% :

Pourcentage des votes	Nombres de votes	Intitulé de l'habileté conversationnelle
75%	18/24	S'intéresser au discours de l'autre et demander des informations, poser des questions sur les intérêts de l'autre (d'où ça vient ?)
66.67%	16/24	Savoir initier maintenir et clore une conversation
62.50%	15/24	Arrêter le comportement en cours selon la réaction émotionnelle de l'autre (triste, ennuyé, lassé)

		Formuler une demande ou un refus
		Différencier les actes gentils des actes méchants et réagir à la taquinerie
58.33%	14/24	Détecter le niveau d'intérêt des autres pour le sujet de conversation
		Maintenir le regard pendant la salutation
54.17%	13/24	Comprendre l'humour, l'ironie, les expressions idiomatiques
		Demander des explications quand on ne comprend pas

Tableau 2: Classement par ordre croissant des habiletés conversationnelles les plus développées chez les enfants
Les vingt-cinq autres habiletés non retenues dans notre étude sont classées et visibles en annexes (annexe XV).

3.2. Classement des habiletés conversationnelles chez les collégiens (11 à 15 ans)
Nous avons recueilli les voix des seize professionnels accueillant des collégiens. Le tableau suivant présente les pourcentages et nombres de votes alloués aux habiletés choisies strictement à plus de 50% :

Pourcentage des votes	Nombre de votes	Intitulé de l'habileté conversationnelle
87.50%	14/16	S'intéresser au discours de l'autre et demander des informations, poser des questions sur les intérêts de l'autre (d'où ça vient ?)
81.25%	13/16	Détecter le niveau d'intérêt des autres pour le sujet de conversation
75%	12/16	Différencier les actes gentils des actes méchants et réagir à la taquinerie
68.75%	11/16	Arrêter le comportement en cours selon la réaction émotionnelle de l'autre (triste, ennuyé, lassé)
		Savoir initier maintenir et clore une conversation
		Discuter d'intérêts communs (j'aime ça, et toi ?)
56.25%	9/16	Utiliser un volume de voix adapté
		Demander des explications quand on ne comprend pas
		Adapter le contenu de la conversation à l'interlocuteur
		Comprendre la prosodie émotionnelle de l'interlocuteur
		Comprendre l'humour, l'ironie, les expressions idiomatiques

Tableau 3: Classement par ordre croissant des habiletés conversationnelles les plus développées chez les collégiens
Les vingt-trois autres habiletés non retenues dans notre étude sont classées et visibles en annexes (annexe XVI).

II. RESULTATS DES GRILLES D'EVALUATION DES REPONSES

Nous avons établi une grille d'évaluation des réponses afin que les professionnels consignent les réponses des participants au fur et à mesure du visionnage des vidéos n°1 puis des vidéos n°2, vues un mois après. Cette évaluation nous a permis de définir objectivement le taux de réponses correctes (notées « oui » sur la grille d'évaluation) et de réponses incorrectes (notées « non » et « NSP » sur la grille d'évaluation) des participants aux questions « quel est le problème dans cette situation ? » et « qu'aurait pu faire ce personnage pour que la situation se passe mieux ? ». Les participants étaient d'abord invités à répondre librement aux questions, et, s'ils ne répondaient pas ou de façon incorrecte, ils devaient choisir une proposition du QCM. Nous avons respectivement appelé ces réponses « réponses en première intention » et « réponses en seconde intention ».

Nos analyses statistiques portent sur les quarante et une vidéos visionnées par les participants enfants, et sur les quarante-neuf vidéos visionnées par les participants collégiens. Nous avons regroupé les patients vus en individuel et en groupe. Et, au vu du faible effectif, nous avons regroupé l'ensemble des vidéos, quelles que soient leurs thématiques.

Les données et graphiques ont été obtenus avec Excel.

1. Généralisation de la situation problème (hypothèse n°1)

Pour vérifier si les participants pouvaient généraliser le problème entre deux vidéos présentant des situations similaires, nous avons réalisé le test de Mac Nemar. Ce test est non paramétrique, c'est-à-dire qu'il est réalisé sur de petits échantillons. Il est aussi un cas particulier du test d'indépendance du Khi-deux. Il s'applique lorsque les données sont pairées. Ce test tend à montrer statistiquement soit un changement significatif de comportement des individus, soit un non-changement de leurs comportements « avant » et « après » une période.

Pour ce faire, nous avons combiné les réponses des participants en première intention (sans QCM) des vidéos n°1 avec celles en première intention (sans QCM) des vidéos n°2 vues un mois plus tard. Nous considérerons que les patients ayant une réponse incorrecte à la vidéo n°1 mais correcte à la deuxième vidéo savent généraliser le problème d'une situation à une autre. A partir des valeurs du tableau de contingence, nous avons effectué un calcul simple à l'issue duquel nous avons obtenu une valeur T^5 . Nous avons ensuite comparé cette valeur à une valeur seuil⁶ (3.841). Une valeur T supérieure à la valeur seuil signifiait un changement

⁵ $T = (|B-C|-1)^2/(B+C)$ avec B correspondant au couple « oui » en vidéo n°1 et « non » en vidéo n°2 et C correspondant au couple « non » en vidéo n°1 et « oui » en vidéo n°2.

⁶ Valeur seuil = $\text{khideux.inverse}(\alpha;ddl)$ avec la valeur α égale à 5% et la valeur ddl égale à 1 (cf. $ddl = (\text{nombre de lignes} - 1) * (\text{nombre de colonnes} - 1)$).

de comportements alors qu'une valeur T inférieure à la valeur seuil attestait d'un non-changement des comportements.

1.1. Enfants

		Vidéos n°2	
		Oui	Non
Vidéos n°1	Oui	10	3
	Non	14	14

Tableau 4: Croisement des réponses des enfants, allouées à l'identification du problème des saynètes, obtenues aux vidéos n° 1 et 2

Le test de Mac Nemar ($T= 5,882$) a mis en évidence un changement statistiquement significatif (niveau de signification à 5%) de comportement des participants entre les vidéos n°1 et les vidéos n°2. Il y a donc eu généralisation du problème de la vidéo n°1 à la vidéo n°2.

1.2. Collégiens

		Vidéos n°2	
		Oui	Non
Vidéos n°1	Oui	16	7
	Non	10	16

Tableau 5: Croisement des réponses des collégiens, allouées à l'identification du problème des saynètes, obtenues aux vidéos n°1 et 2

Le test de Mac Nemar ($T= 0,235$, niveau de signification du test à 5%) a objectivé un non-changement des comportements des participants entre les vidéos n°1 et les vidéos n°2. Il n'y a donc pas eu généralisation du problème de la vidéo n°1 à la vidéo n°2.

2. Généralisation de la réponse sociale (hypothèse n°2)

Pour voir si les participants pouvaient généraliser la solution entre deux vidéos présentant des situations sociales similaires, nous avons cette fois réalisé le test de Mac Nemar sur les réponses attribuées aux solutions du problème et non plus sur l'identification du problème lui-même.

2.1. Enfants

		Vidéos n°2	
		Oui	Non
Vidéos n°1	Oui	14	6
	Non	7	14

Tableau 6: Croisement des réponses des enfants, allouées à la recherche de la solution des saynètes, obtenues aux vidéos n°1 et 2

Le test de Mac Nemar ($T= 0$, niveau de signification du test à 5%) a mis en évidence un non-changement des comportements entre les vidéos n°1 et les vidéos n°2. Il n'y a donc pas eu de généralisation de la solution de la vidéo n°1 à la vidéo n°2.

2.2. Collégiens

		Vidéos n°2	
		Oui	Non
Vidéos n°1	Oui	24	4
	Non	8	13

Tableau 7: Croisement des réponses des collégiens, allouées à la recherche de la solution des saynètes, obtenues aux vidéos n°1 et 2

Le test de Mac Nemar ($T= 0.75$, niveau de signification du test à 5%) a mis en évidence un non-changement des comportements entre les vidéos n°1 et les vidéos n°2. Il n'y a donc pas eu de généralisation de la solution de la vidéo n°1 à la vidéo n°2.

En plus du visionnage des vidéos, nous avons ajouté un QCM pour aider les patients n'ayant pas correctement répondu aux questions spontanément. Nous allons donc observer l'intérêt de cet outil pour les patients.

3. QCM et compréhension de la situation sociale (hypothèse n°3)

Pour savoir si le QCM aidait à la compréhension de la situation sociale, nous avons comparé le pourcentage de réponses correctes initiales (sans QCM), alloué à l'identification du problème, au pourcentage de réponses correctes globales après l'introduction du QCM.

Nous avons conduit cette analyse à deux reprises pour étudier séparément les résultats des vidéos n°1 et ceux des vidéos n°2, vues un mois après.

3.1. Enfants

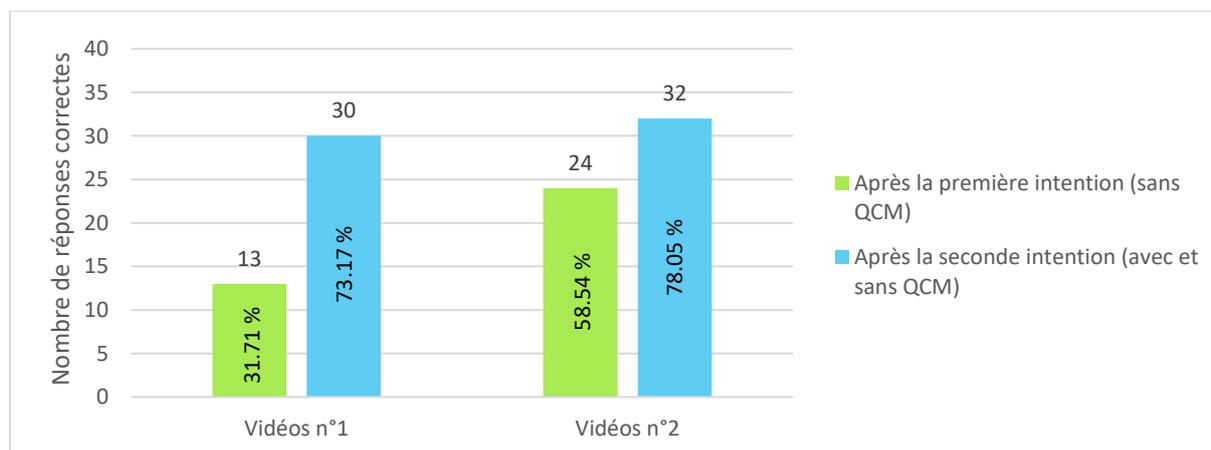


Figure 4: Comparaison des réponses correctes des enfants, allouées à l'identification du problème des saynètes dans les vidéos n°1 et 2, avant et après lecture du QCM

Grâce au QCM, nous avons enregistré une augmentation de 41.46% des réponses correctes dans les vidéos n°1 et une augmentation de 19.51% des réponses correctes dans les vidéos n°2 visionnées un mois après.

3.2. Collégiens

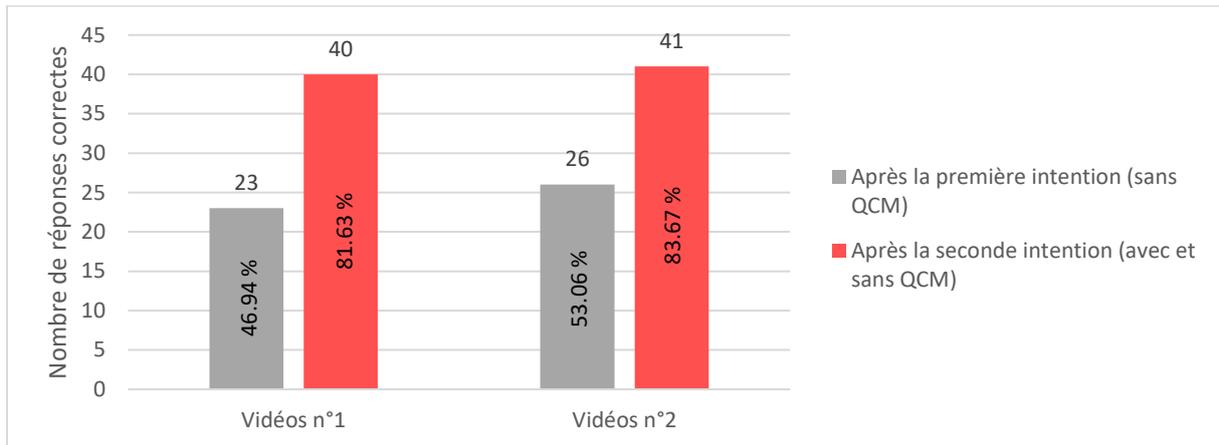


Figure 5: Comparaison des réponses correctes des collégiens, allouées à l'identification du problème des saynètes dans les vidéos n°1 et 2, avant et après lecture du QCM

Grâce au QCM, nous avons enregistré une augmentation de 34.69% des réponses correctes dans les vidéos n°1 et une augmentation de 30.61% des réponses correctes dans les vidéos n°2 visionnées un mois après.

4. QCM et résolution de la situation sociale (hypothèse n°4)

Pour vérifier que le QCM aidait à la résolution de la situation sociale, nous avons comparé le pourcentage de réponses correctes initiales (sans QCM), alloué à l'identification de la solution, au pourcentage de réponses correctes globales après l'introduction du QCM.

4.1. Enfants

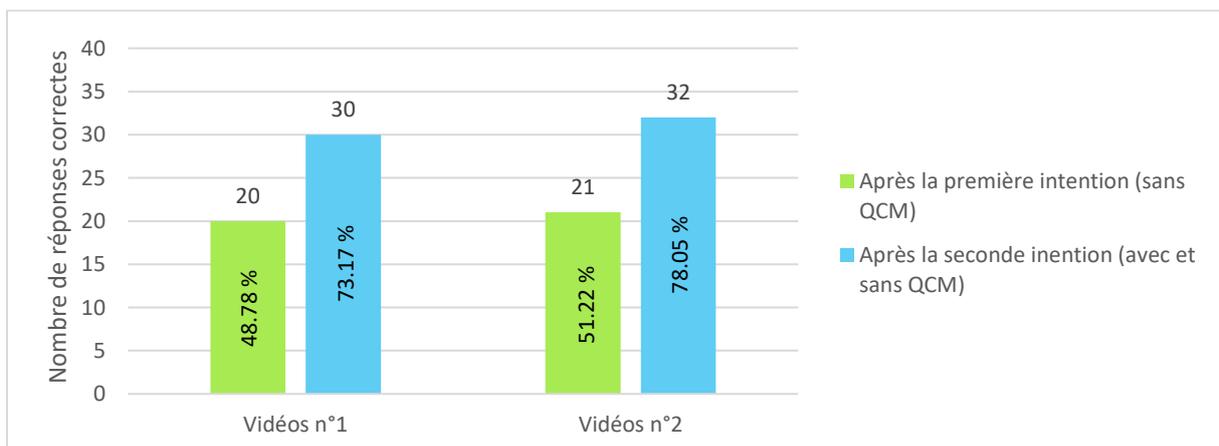


Figure 6: Comparaison des réponses correctes des enfants, allouées à la recherche de la solution des saynètes dans les vidéos n°1 et 2, avant et après lecture du QCM

Grâce au QCM, nous avons enregistré une augmentation de 24.39% des réponses correctes dans les vidéos n°1 et une augmentation de 26.83% des réponses correctes dans les vidéos n°2 visionnées un mois après.

4.2. Collégiens

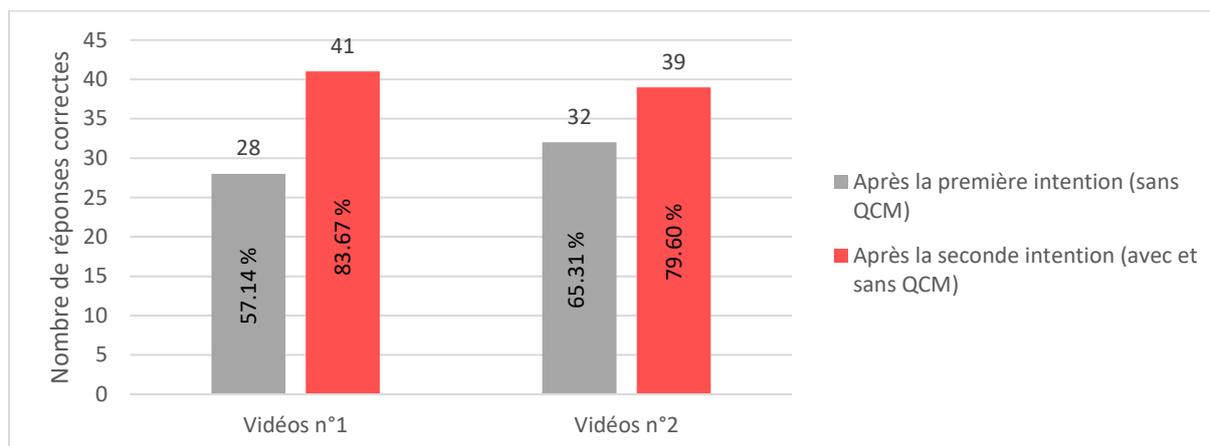


Figure 7: Comparaison des réponses correctes des collégiens, allouées à la recherche de la solution des saynètes dans les vidéos n°1 et 2, avant et après lecture du QCM

Grâce au QCM, nous avons enregistré une augmentation de 26.53% des réponses correctes dans les vidéos n°1 et une augmentation de 14.29% des réponses correctes dans les vidéos n°2 visionnées un mois après.

III. RESULTATS DU QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Nous avons créé un questionnaire de satisfaction pour que les professionnels nous confient leur avis et recommandations sur le matériel vidéographique. Cette évaluation subjective nous a permis, d'une part, de mesurer le degré de satisfaction des professionnels et de leurs patients, d'autre part, de recueillir l'avis clinique des praticiens sur la qualité de l'outil.

Pour mesurer le niveau de satisfaction des participants et répondre à nos trois dernières hypothèses, nous souhaitons connaître les taux de réponses prédominants, c'est pourquoi nous avons réalisé des calculs de fréquence, en pourcentage (%).

Notre analyse porte sur les treize réponses obtenues au questionnaire de satisfaction.

Les données et graphiques ont été obtenus avec Excel.

1. Contexte d'intervention

Les professionnels ont indiqué le contexte de leur intervention en choisissant la ou les deux modalités proposées. À la lecture de ce questionnaire, douze professionnels proposaient des séances individuelles et deux menaient un groupe. Ces deux professionnels ont répondu conjointement. Il nous manquait donc la réponse des deux autres professionnels menant un groupe.

2. Satisfaction des participants

Les professionnels nous ont exprimé leur niveau de satisfaction en choisissant une des quatre modalités proposées. À l'unanimité, les professionnels ont signalé être tout à fait satisfaits. Aucune réponse n'a été attribuée aux modalités « partiellement satisfait », « non, pas du tout satisfait » et « sans avis ».

Les professionnels ont également estimé le degré de satisfaction de leurs patients en choisissant une des quatre modalités proposées. 61.54% des patients semblaient tout à fait satisfaits et 23.08% étaient partiellement satisfaits. Deux professionnels étaient sans avis car les difficultés de compréhension et de gestion des émotions de leurs patients ne permettaient pas de juger de leur état de satisfaction. Aucune réponse n'a été attribuée à la modalité « non, pas du tout satisfait ».

3. Qualité de l'outil selon les professionnels

3.1. Caractéristiques générales

Nous avons demandé aux professionnels de choisir la ou les caractéristiques générales de l'outil vidéographique parmi les onze modalités proposées. En voici les résultats :

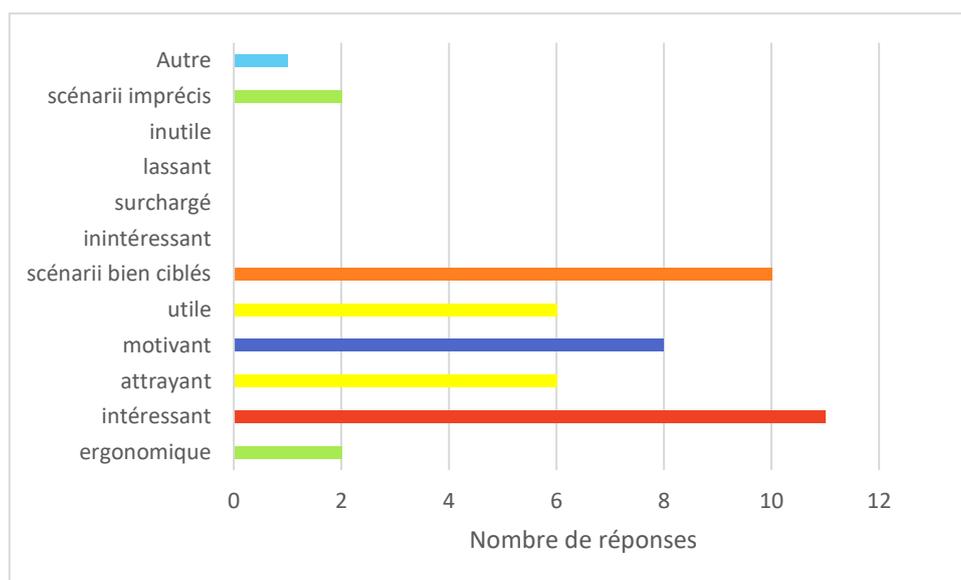


Figure 8 : Avis des professionnels sur les caractéristiques générales de l'outil vidéographique

Ainsi, 84.62% des professionnels ont trouvé l'outil intéressant. Pour 76.92%, les scénarii étaient bien ciblés et 61.54% des thérapeutes ont admis que l'outil était motivant. 46.15% des praticiens ont également trouvé ce matériel attrayant et utile. Enfin, à moindre mesure, 15.38% des intervenants ont trouvé le support ergonomique et avec quelques scénarii imprécis. Le vote pour la modalité « autre(s) » quant à lui précisait que les questions étaient difficiles pour certains patients.

3.2. Pertinence (hypothèse n°5)

Dans ce questionnaire nous avons aussi demandé aux professionnels de l'étude de juger la pertinence du support vidéo pour développer les habiletés sociales, en choisissant une des cinq modalités proposées. Les résultats sont présentés dans la figure ci-dessous.

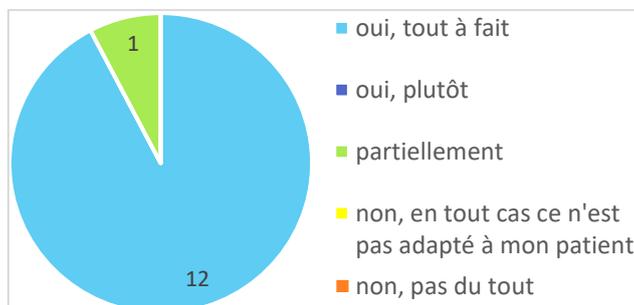


Figure 9 : Répartition des professionnels selon leur avis sur la pertinence de l'outil vidéographique

De ce fait, 92.31% des professionnels ont trouvé l'outil tout à fait pertinent. Seul un professionnel l'a trouvé partiellement pertinent.

3.3. Ergonomie (hypothèse n°6)

Dans ce questionnaire, les professionnels de l'étude ont également jugé l'ergonomie de nos outils, en choisissant une des quatre modalités proposées. En voici les résultats :

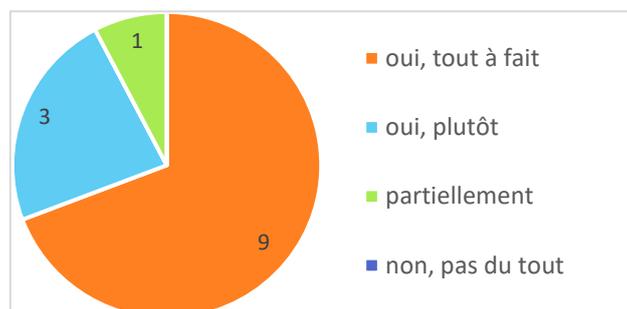


Figure 10 : Répartition des professionnels selon leur avis sur l'ergonomie de l'outil vidéographique

92.31% des professionnels ont donc trouvé notre outil ergonomique. Parmi ces professionnels, 69.23% l'ont trouvé tout à fait ergonomique et 23.08% l'ont trouvé plutôt ergonomique. Seul un professionnel l'a trouvé partiellement ergonomique.

3.4. Efficacité (hypothèse n°7)

Enfin, dans ce questionnaire, les professionnels de l'étude nous ont transmis leur avis sur l'efficacité des outils, en choisissant une des quatre modalités proposées. Les résultats sont exposés dans la figure ci-dessous.

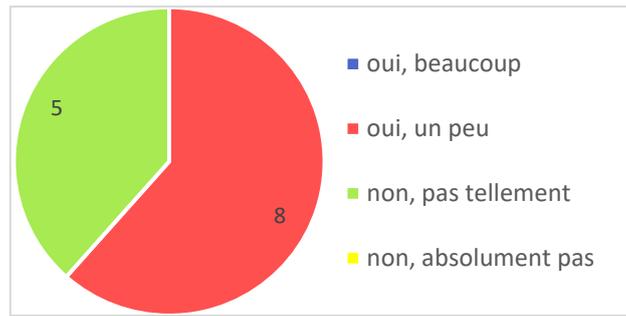


Figure 11 : Répartition des professionnels selon leur avis sur l'efficacité de l'outil vidéographique

Aussi, 61.54% des professionnels ont trouvé les vidéos un peu efficaces pour leurs patients et 38.46% ne les ont pas trouvées tellement efficaces.

Nous nous sommes de plus assurée que le sentiment d'efficacité n'était pas lié au travail des thèmes des vidéos, pendant le mois d'intervalle prédéfini entre les vidéos n°1 et les vidéos n°2, par deux des treize professionnels de l'étude. Nous avons donc appliqué le test exact de Fisher⁷. Celui-ci a révélé une absence d'influence de ces interventions supplémentaires sur le sentiment d'efficacité.

⁷ La valeur p de notre test sous R, est égale à 0.4872. Cette valeur étant supérieure à la valeur alpha (0.05) implique que les professionnels qui ont un sentiment d'efficacité et ceux qui n'en ont pas ont répondu dans les mêmes proportions avoir travaillé les thèmes en-dehors des vidéos.

DISCUSSION

I. RECONTEXTUALISATION

1. Rappel des objectifs

Notre étude consistait, d'une part, à créer une banque de vidéos de scénarii sociaux à partir des besoins des professionnels concernés, et d'autre part, à analyser l'intérêt de ce type de support durant les prises en soin dédiées au développement des habiletés sociales de patients avec un TSA sans déficit intellectuel. En outre, cette étude nous a permis de préciser si l'investigation du support numérique était pertinente pour présenter les scénarii sociaux.

2. Rappel des principaux résultats

2.1. Création du matériel

Pour parvenir à créer un matériel en conformité avec les attentes des professionnels concernés par le développement des habiletés sociales de patients avec un TSA, nous avons réservé un temps à la recherche de données dans la littérature et un autre au recueil des avis et recommandations des professionnels eux-mêmes.

Ce premier temps nous a permis d'étudier plusieurs ouvrages et taxonomies sur les habiletés sociales et de sélectionner trente-huit habiletés dites conversationnelles. À ce premier recueil, nous avons retiré quatre habiletés déjà présentes en vidéo sur le site du CRA du Languedoc-Roussillon. Au total nous avons donc défini trente-quatre habiletés conversationnelles.

Le second temps nous a permis de cibler le public destinataire de nos vidéos, d'affiner les thèmes de ces outils, et d'adapter le matériel aux contextes d'intervention des professionnels. Nous avons alors destiné ce matériel au public le plus rencontré par les professionnels questionnés, c'est-à-dire les enfants et les collégiens. Ainsi, et puisque la socialisation est le principal vecteur d'inclusion scolaire (Jones & Frederickson, 2010), notre matériel participait à la dynamique actuelle d'inclusion. De plus, nous avons développé les thèmes strictement votés à plus de cinquante pour cent par les professionnels questionnés, soit neuf habiletés pour les enfants et onze habiletés pour les collégiens. Enfin, nous avons adapté ce matériel aux deux contextes d'intervention les plus répandus chez les professionnels questionnés, c'est-à-dire les prises en soin individuelles et collectives. Ces deux contextes d'intervention sont d'ailleurs tout autant recommandés pour la pratique clinique (HAS, 2012).

2.2. Diffusion du matériel

Nous avons invité vingt et un professionnels à utiliser nos vidéos avec leurs patients présentant un TSA sans déficience intellectuelle. Leur retour d'expérience nous a permis de définir les apports pour les cliniciens, pour les patients et l'intérêt thérapeutique.

Notre matériel vidéographique a été bien reçu et validé socialement par les professionnels et les patients de l'étude. Les professionnels ont globalement été satisfaits par l'adhésion de leurs patients aux supports proposés, certains patients étant même davantage investis lors des séances. Ce phénomène peut s'expliquer par l'attrait des patients pour les vidéos et par l'aspect novateur du support, qui évitait de ce fait un sentiment de lassitude chez les patients. La richesse offerte par le support numérique a également été source de satisfaction. Enfin, ce matériel leur est paru agréable et plus concret, d'autant qu'il existe peu d'outils pour travailler de cette façon. Les patients quant à eux ont trouvé ce matériel attractif et motivant et ont pour certains demandé de visionner davantage de vidéos. Un nombre plus minoritaire n'a en revanche pas été attiré par les sujets des vidéos ou a moins adhéré, car les questions leur paraissaient trop simples. Nous estimons que ces patients maîtrisaient, au moins partiellement, l'habileté illustrée avant même de regarder les vidéos.

2.3. Qualités du matériel

Globalement, les professionnels ont admis que notre matériel était intéressant, motivant et qu'il présentait des scénarii sociaux bien ciblés. Ces trois qualités majeures sont suivies de deux autres, à savoir l'utilité et l'attractivité.

Dans le chapitre suivant nous exposerons les apports thérapeutiques du matériel vidéographique en termes de compréhension des situations ainsi que de généralisation des problèmes et des solutions entre deux situations similaires. Nous aborderons également les apports en termes d'efficacité, de pertinence et d'ergonomie.

II. RETOUR SUR NOS HYPOTHESES

1. Hypothèse n°1

Nous supposons que les enfants et collégiens avec un TSA pourraient généraliser le problème entre deux vidéos présentant des scénarii sociaux similaires.

Cette hypothèse est partiellement validée. En effet, seuls les enfants ont montré un comportement significatif de généralisation des problèmes des saynètes entre les vidéos n°1 et les vidéos n°2.

Par généralisation nous parlons de « *la tendance des effets de l'apprentissage à être transférée ou déployée* » comme le décrivait Rivière en 2006 (Bourguet, 2017). C'est pourquoi nous avons observé le comportement des individus ayant une réponse incorrecte aux premières vidéos et correctes aux secondes vidéos.

Le non-changement du comportement des collégiens a quant à lui plusieurs explications. Il peut être dû :

-au contenu du support vidéographique, qui pouvait être plus complexe pour les collégiens que pour les enfants,
-au protocole, qui n'incluait pas une période d'entraînement favorable à l'apprentissage,
-aux caractéristiques des participants, qui pouvaient présenter des difficultés attentionnelles d'une séance sur l'autre ou, comme nous pouvions l'attendre, des difficultés à généraliser les problèmes à différentes situations. Cette difficulté s'expliquerait selon Bizet (2018) par une incapacité à extraire l'essentiel d'une situation. Comme les sujets TSA se focaliseraient sur les détails non pertinents ils passeraient à côté des détails pertinents et auraient du mal à appliquer une compétence à des situations nouvelles.

2. Hypothèse n°2

Nous supposons que les enfants et collégiens avec un TSA pourraient généraliser la solution entre deux vidéos présentant des scénarii sociaux similaires.

Cette hypothèse est invalidée puisque ni les enfants, ni les collégiens n'ont montré un comportement significatif de généralisation des solutions des saynètes des vidéos n°1 aux saynètes des vidéos n°2.

Une fois de plus, ce non-changement des comportements peut s'expliquer par le contenu du support vidéographique, la durée du protocole ou les caractéristiques des participants.

Les difficultés à résoudre des problèmes sont quant à elles sous-tendues par un dysfonctionnement exécutif affectant en particulier la flexibilité mentale. Cela implique des difficultés à changer de stratégies pour résoudre un problème (Bizet et al., 2018). Notons que cette particularité cognitive explique également pourquoi les patients sont moins susceptibles d'apprendre de leurs erreurs et continuent d'utiliser des stratégies incorrectes (Shu et al., 2001 cité par Attwood, 2018).

3. Hypothèse n° 3

Dans cette hypothèse, nous supposons que le QCM aiderait à la compréhension de la situation sociale.

Cette hypothèse est validée autant chez les enfants que chez les collégiens. En effet, le QCM a constamment permis d'augmenter le pourcentage total de réponses correctes.

Si le QCM est un outil d'étayage, il offre également une part de hasard. Nous ne pouvons donc exclure que l'amélioration de certains patients soit en fait due au hasard.

Associer un QCM aux scénarii sociaux est une méthode satisfaisante, mais non suffisante, puisque cela ne permet pas de corriger toutes les réponses spontanées incorrectes en réponses correctes. Ces erreurs au QCM ne devraient pas s'expliquer par un défaut de lecture

ou de compréhension des patients, puisque les professionnels pouvaient intervenir lors de la passation, ni par un défaut d'impulsivité des patients, puisqu'il n'y avait pas d'enregistrement automatique des réponses. Elles devraient plutôt s'expliquer par un réel déficit dans les habiletés sociales, ou alors par des difficultés attentionnelles difficilement contrôlables. Nous n'incitons donc pas les patients à utiliser ce support seul, mais avec le praticien. Le tutorat par un adulte est d'ailleurs revendiqué dans la littérature (Ramdoss et al., 2012). En plus du feedback correctif intégré au QCM, qui a trait à la connaissance de la réponse correcte, le tuteur pourrait fournir un feedback plus élaboré en signalant les raisons pour lesquelles les réponses sont correctes ou non (Shute, 2008). Le QCM n'a donc pas vocation à se substituer à l'étayage offert par le professionnel, mais donne une occasion supplémentaire d'affiner la compréhension de situations sociales.

En outre, cet outil nous semble plus adapté pour donner des réponses en groupe puisque, au moyen d'outils simples, il permet à chaque participant de donner sa propre réponse sans se faire influencer par ses pairs.

4. Hypothèse n°4

Nous supposons également que le QCM aiderait à la résolution de la situation sociale.

Cette hypothèse est validée autant chez les enfants que chez les collégiens. En effet, le QCM a constamment permis d'augmenter le nombre total de réponses correctes. Une fois de plus, nous ne pouvons exclure que l'amélioration de certains patients soit due au hasard.

Au-delà de rendre les scénarii sociaux plus interactifs, comme nous le soutenions en introduction théorique, le QCM nous semble encore une fois plus adapté pour donner des réponses en groupe, apporte une aide concrète aux patients pour résoudre les situations sociales, mais ne se suppléait pas à la présence et l'étayage du thérapeute.

5. Hypothèse n°5

Nous supposons que les professionnels de l'étude trouveraient le support vidéo pertinent pour développer les habiletés sociales.

Cette hypothèse est validée. En effet, une grande majorité de professionnels a donné un avis très favorable dans ce sens. Ils défendaient notamment le fait que les situations soient concrètes et plus naturelles pour parler des sujets sociaux. Les vidéos permettaient d'autant plus aux patients de s'identifier aux personnages par rapport à ceux des courts-métrages de dessins animés. Enfin, ce support répondait au besoin des patients avec un TSA, souhaitant revoir les situations à plusieurs reprises pour se les approprier, comme le disaient A. Baghdadli et J. Brisot-Dubois (2011). Toutefois, nous noterons également l'avis plus mitigé d'un praticien nous expliquant que toutes les vidéos n'avaient pas eu le même impact.

Certaines étaient perçues comme trop longues et d'autres comme présentant des sujets assez éloignés de ce que vivaient ses patients adolescents au quotidien.

6. Hypothèse n°6

Nous supposons que les professionnels de l'étude trouveraient le support vidéo ergonomique.

Cette hypothèse est validée. En effet, une majorité de professionnels a trouvé notre support tout à fait facile d'utilisation, et a minima plutôt facile à utiliser. Notons quand même qu'un professionnel a trouvé l'outil partiellement ergonomique, peut-être en raison des contraintes techniques. En effet, il était préférable de brancher le matériel à une enceinte.

Le numérique, actuellement en plein essor, contribue à bien des progrès dans le domaine de la santé. Mais, pour que les bénéfices attendus soient effectifs, nous devons faciliter l'appropriation des outils numériques par les acteurs. Les politiques en santé numérique œuvrent actuellement en ce sens et sensibilisent les professionnels à l'usage des nouvelles technologies (HAS, 2019). Le retour des professionnels questionnés dans notre étude est donc en faveur d'une utilisation effective des vidéos sur le terrain.

7. Hypothèse n°7

Nous supposons que les professionnels de l'étude trouveraient le support vidéo efficace chez leurs patients.

Cette hypothèse est partiellement validée. En effet, une faible majorité de praticiens a trouvé le support légèrement bénéfique pour leur patient. Même si le sentiment d'efficacité n'est pas lié au fait d'avoir travaillé ou non les thèmes des vidéos entre les deux séquences des visionnages, les réponses des quelques professionnels n'ayant pas tellement vu de bénéfices nuancent ce ressenti majoritaire. Ces professionnels imputaient le manque de bénéfices à la faible répétition des visionnages avec les patients. Ils proposaient une stimulation plus intensive, avec par exemple une présentation de la même saynète à chaque début de séance, et une déclinaison plus conséquente des thèmes en vidéo. Les propos de ces praticiens nous amènent à penser que le support doit être correctement utilisé pour être efficace. C'est en effet ce qui tend à être montré dans la littérature incluant des personnes avec un TSA, puisque par exemple les enfants d'âge préscolaire tireraient un plus grand bénéfice des histoires sensorielles si elles étaient lues intensivement, au moins trois fois par semaine, ou si elles étaient lues sur une plus longue période de deux à trois mois (Marr et al., 2007). En plus de l'intensivité, la durée serait donc signe d'efficacité. Une étude étendue sur six mois, qui respectait donc ce critère a notamment pu montrer l'intérêt d'analyser des vidéos pour développer les habiletés de communication avec des patients présentant un syndrome d'Asperger ou un autisme de haut niveau (Vespirini et al., 2015).

III. REGARD CRITIQUE SUR L'ETUDE

De cette étude est paru un ensemble de points à améliorer. Nous allons dorénavant aborder ces points en reprenant chaque étape de la méthodologie dans l'ordre chronologique.

Globalement, l'ensemble des résultats n'est pas généralisable au-delà de l'étude en raison des faibles effectifs.

1. Questionnaire préalable à visée exploratoire

Le questionnaire est un support intéressant pour sonder une large population, en l'occurrence ici des professionnels intervenant dans le développement des habiletés sociales. Il nous a permis de créer un matériel sur-mesure, adapté aux pratiques quotidiennes des acteurs sur le terrain. Toutefois, nous pouvons regretter la faible proportion de réponses obtenues et complètes, malgré une relance et une seconde diffusion à large échelle. Ce phénomène serait en partie imputable au contexte sanitaire pendant lequel notre questionnaire a été diffusé. De plus, même si notre questionnaire se voulait clair et rapide, nous pouvons envisager qu'il manquait potentiellement de lisibilité ou que les professionnels manquaient de temps pour répondre à l'ensemble du sondage. Nous pouvons enfin supposer un manque de connaissances ou d'expérience de la part de certains professionnels questionnés puisque nous avons contacté un très large éventail de professionnels travaillant auprès de sujets avec un TSA, sans avoir la certitude qu'ils intervenaient dans le domaine des habiletés sociales.

Par ailleurs, nous signalons que le critère d'inclusion « sans déficience intellectuelle » n'était pas explicité dans ce questionnaire préalable. Or, dans le cadre de cette comorbidité, les besoins ne dépendent pas nécessairement du niveau scolaire (Granit, 2016) demandé dans le questionnaire. De ce fait, même si nous avons retiré les réponses pour lesquelles les professionnels signifiaient la présence de déficience intellectuelle chez leurs patients, il n'est pas certain que les autres praticiens travaillaient spécifiquement avec des patients présentant un TSA sans déficience intellectuelle. Cela impacte donc la représentativité de notre échantillon.

2. Matériel vidéographique

Le choix des acteurs de notre matériel a contribué au réalisme des situations, puisqu'il s'agissait de personnes réelles et non fictives. D'autre part, bien que nous ayons veillé à apparier l'âge des acteurs à l'âge des patients visés, cela n'a pu être le cas pour les vidéos adressées aux collégiens. En raison des conditions sanitaires, nous avons filmé ces vidéos avec notre entourage composé d'étudiants. Ce point n'a tout de même pas été relevé par les professionnels de l'étude et a même permis d'utiliser les vidéos avec des patients lycéens. Dans cette optique d'accentuer la ressemblance, nous avons également souhaité filmer des

acteurs féminins et masculins. Là aussi nous avons respecté cette condition pour les vidéos destinées aux enfants, mais cela n'a pas été possible de le faire pour celles destinées aux collégiens. Seules des actrices ont pu jouer dans ces vidéos or, ce n'est pas souhaitable au vu de la prédominance masculine de la population autistique (HAS, 2018a).

Le jeu des acteurs manquait parfois de réalisme, même si nous souhaitions être au plus proche de la réalité. En effet, les acteurs de nos vidéos surjouaient parfois les scènes, et d'autres pouvaient présenter des émotions contradictoires avec la scène jouée. Cela s'explique selon nous par la formation des acteurs, qui étaient amateurs dans ce domaine. Un travail similaire avec des professionnels du théâtre pourrait être intéressant.

Les thèmes des vidéos se voulaient des plus écologiques. De ce fait, nous avons rédigé nos scénarii en lien avec des partenaires sensibilisés à la problématique. Malgré tout, certains sujets ont paru trop éloignés de ce que vivaient les adolescents. D'autre part, pour rendre ces vidéos écologiques, nous avons filmé nos saynètes dans des lieux quotidiens. Cela a toutefois pu nuire à la qualité audio de certaines saynètes car les bruits de la rue et de la campagne étaient présents. Cela a contribué bien sûr au réalisme, mais bien que nous ayons tenté d'enlever les bruits trop parasites, nous devons admettre que notre matériel et notre logiciel étaient destinés à des tournages amateurs de vidéos. Pour cette même raison, le volume sonore était parfois trop faible, ce qui nécessitait de brancher le matériel à une enceinte. Enfin, dans cette optique de réalisme, nous avons conservé la vitesse naturelle des échanges entre les acteurs même si ces derniers parlaient assez vite. Les patients pouvaient certes revoir les vidéos, mais un professionnel aurait tout de même souhaité ralentir les vidéos, option que notre matériel ne proposait pas. Il semblerait tout de même que le ralentissement aiderait à reconnaître et imiter les expressions faciales et inflexions vocales (Gepner & Féron, 2009). Un logiciel de ralentissement pourrait alors y parvenir.

Quelques saynètes des vidéos donnaient explicitement la réponse attendue, soit parce que les acteurs verbalisaient le problème (e.g. vidéo n°1 destinée aux collégiens dont le thème était de discuter d'intérêts communs), soit parce qu'ils insinuaient la solution (e.g. vidéo n°1 destinée aux enfants dont le thème était de maintenir le regard pendant la salutation). Bien que nous souhaitions graduer le niveau de difficulté entre les vidéos, il aurait été souhaitable d'être moins explicite sur certaines vidéos pour inciter le patient à trouver lui-même des indices (prosodiques, gestuels, d'analyse interactionnelle, ...) et à déduire le problème illustré. À l'inverse, quelques saynètes n'étaient pas assez compréhensibles (e.g. vidéo n°2 destinée aux enfants dont le thème était de maintenir le regard pendant la salutation) ce qui a pu pénaliser leur utilisation.

Enfin, en ce qui concerne le QCM, notre matériel aurait mérité d'être plus interactif, en donnant la possibilité de cliquer directement sur les propositions sans stopper manuellement la vidéo. Cela aurait rendu le rythme du visionnage des vidéos plus fluide. En revanche, les participants auraient pu être pénalisés par leur potentielle impulsivité.

3. Utilisation expérimentale des vidéos

Notre matériel s'adressait à un public ciblé de patients ayant un TSA, de six ans à quinze ans, et scolarisés entre le CP et la troisième. Pour garantir la représentativité de nos résultats, notre matériel ne s'adressait pas aux patients déficients intellectuels. Et, pour garantir la pertinence de l'utilisation des vidéos, il aurait été préférable d'exclure la déficience visuelle et la déficience auditive, car ce sont deux comorbidités également présentes dans la population autistique (HAS, 2018a). Nous aurions également pu préciser que seuls les patients verbaux étaient inclus, puisqu'il s'agissait de la population la plus à même de mobiliser les habiletés conversationnelles que nous illustrions.

Notre matériel s'adressait aussi bien aux professionnels intervenant en individuel qu'en groupe. Nous avons laissé le soin aux professionnels de proposer les techniques d'animation propres aux contextes de leurs interventions, sans les aiguiller. Un des phénomènes était particulièrement à prendre en compte dans le groupe, à savoir l'influence (Lambert, 1967). Certes, ce phénomène d'influence est bénéfique dans ce type de rééducation, puisqu'une des forces du groupe est bien de s'enrichir des connaissances des uns et des autres, d'exploiter les forces de ses pairs (Fallourd & Madiou, 2017). Mais cela est moins appréciable pour évaluer les compétences de chacun. Ainsi, pour contrôler ce phénomène, et parce que notre protocole nécessitait de noter les réponses propres à chaque patient, il aurait été intéressant de proposer quelques techniques d'animation de groupe. Pour l'obtention des réponses en première intention (sans QCM), il s'agirait par exemple d'écrire la réponse sur une ardoise, sur une feuille de papier ou bien de dire oralement et individuellement la réponse à un animateur au fond de la pièce. Pour l'obtention des réponses en seconde intention (avec QCM), il s'agirait par exemple de distribuer trois ou quatre pancartes nommées (a), (b), (c), (d) et d'inciter les participants à les lever en même temps. Une autre solution, serait de distribuer à chaque participant des boîtiers de vote ou d'accéder à une plateforme d'apprentissage ludique.

Dans notre étude, nous souhaitons que le matériel s'intègre au projet thérapeutique des patients. De ce fait, et pour que les professionnels sélectionnent uniquement les habiletés non maîtrisées par leurs patients, nous avons créé un large panel de vidéos. Dans cette même optique, nous n'avons pas interdit de travailler les thèmes des vidéos entre les deux passations de vidéos. Bien que nous ayons pris en compte ce facteur au moment des résultats, il aurait été intéressant de proscrire cela en amont pour garantir la fiabilité des résultats.

La durée de notre protocole était assez courte pour ne pas perturber le cours des prises en soin, mais ne suffisait pas pour juger de l'efficacité des vidéos et de la généralisation. En effet, l'amélioration des compétences sociales dans cette population serait liée à un entraînement à moyen ou à long terme, c'est-à-dire d'au moins huit à seize séances voire de plusieurs mois (Nader-Grosbois et al., 2016). De plus, en allongeant la période, nous aurions pu proposer une phase d'entraînement plus intensive commune à tous, à partir de nouvelles vidéos. Cet entraînement favoriserait l'apprentissage préalable à la généralisation. Ainsi, une seule vidéo « test » aurait pu être proposée avant et après la période d'entraînement.

Les vidéos n°1 et n°2 représentaient deux niveaux de difficulté différents pour permettre un apprentissage progressif. Cela a tout de même pu interférer avec le phénomène de généralisation que nous recherchions. Pour objectiver une généralisation, entre deux vidéos, sans le confondre avec la complexité du matériel, nous aurions pu éliminer ces niveaux de difficulté et distribuer les vidéos n°1 et n°2 aléatoirement entre les participants.

4. Evaluation des vidéos

4.1. Grille d'évaluation

Une grille d'évaluation nous a semblé être un outil adéquat pour quantifier les apports des vidéos. Toutefois, la complexité du remplissage de la grille, rapportée par quelques professionnels, malgré nos consignes clairement écrites et schématisées, nous amène à penser que certaines réponses n'aient pas été reportées aux emplacements prévus. Si tel était le cas, nos interprétations seraient nécessairement biaisées. Pour favoriser la lisibilité du document, certaines modifications pourraient donc être apportées. Il s'agirait par exemple de respecter la chronologie des passations en créant une première grille pour le visionnage des vidéos n°1 et une seconde pour le visionnage des vidéos n°2. À l'intérieur de ces grilles les lignes « identifie le problème » et « trouve la solution » pourraient alors être découpées en deux sous-lignes, l'une intitulée « sans QCM » et l'autre « avec QCM ». Des couleurs pourraient également être rajoutées pour signaler les changements de lignes.

Par ailleurs, l'évaluation des réponses de première intention (sans QCM) des patients a pu être biaisée par la multiplicité des évaluateurs. Puisque les professionnels avaient pour seule consigne d'inscrire la mention « oui » dans la grille d'évaluation si les réponses des patients étaient correctes, et « non » si les réponses étaient incorrectes, nous pouvons envisager que les professionnels ne jugeaient pas de la même manière la qualité des réponses. Pour respecter la fidélité inter-juges, il aurait par exemple été souhaitable de constituer un livret à l'attention de l'examineur avec une liste exhaustive de réponses valant « oui » et de réponses valant « non ». Ce biais ne concerne toutefois pas les réponses en seconde intention (avec QCM) pour lesquelles les réponses attendues étaient consignées.

En outre, l'échantillon de réponses ne concernait qu'un faible effectif de patients, du fait du peu de professionnels inclus dans l'étude et de l'absence de retour des grilles d'évaluation de quelques professionnels inclus dans l'étude. Notons également que nous avons éliminé certains patients qui ne respectaient pas les critères d'inclusion, précisés en amont aux professionnels, à savoir l'efficacité intellectuelle, l'âge et la classe. De même nous avons éliminé les patients qui n'ont participé qu'à une séance sur les deux définies dans le protocole. Cela a favorisé la représentativité de nos résultats, mais a participé à la restriction de l'échantillon. Seul le critère âge ou classe aurait peut-être dû être pris en compte pour limiter cette restriction. Il aurait été bon également de demander aux professionnels d'inscrire le diagnostic des patients sur la grille d'évaluation, afin de s'assurer de la présence d'un TSA comme nous l'avions demandé, et non seulement d'une suspicion TSA ou d'un autre trouble nécessitant le développement des habiletés sociales.

Par conséquent, le faible échantillon de réponses récoltées nous a incitée à regrouper plusieurs modalités lors de nos analyses statistiques. Nous avons en ce sens mené une analyse commune pour l'ensemble des thématiques des vidéos et nous avons regroupé les participants issus de séances individuelles et de groupes.

Pour toutes ces raisons, et parce que nous ne pouvions effectuer que des statistiques descriptives, les conclusions exposées après analyse des réponses des patients ne peuvent être généralisées.

Notons également que, même si nous avons contrôlé plusieurs critères, les réponses des participants peuvent s'expliquer par d'autres différences inter-individuelles que nous n'avons pas nécessairement recherchées ou éliminées telles que le niveau de compréhension, l'absence de langage ou d'intérêt pour améliorer les relations sociales, l'efficacité auditive, l'efficacité visuelle, les difficultés attentionnelles, les profils d'interaction sociale définis par L.Wing en 1979. Les réponses des patients peuvent également être liées à l'étayage apporté au cours de la passation, notamment le droit à la double présentation des vidéos.

4.2. Questionnaire de satisfaction

Ce second questionnaire s'intégrait parfaitement à notre démarche qui était de recueillir l'avis clinique des professionnels ayant accepté l'invitation à notre étude. En revanche, au vu du faible effectif de participants et de l'hétérogénéité des modes d'activité des professionnels, notre échantillon n'était pas représentatif. Nous estimons entre autres que l'avis des professionnels intervenant en groupe a été sous-estimé. D'une part, les professionnels ayant accepté notre invitation proposaient plus fréquemment des prises en soin individuelles que collectives. D'autre part, parmi les quelques professionnels intervenant en groupe inclus dans notre étude, seul un binôme a répondu au questionnaire, malgré nos relances. Bien sûr, notre

étude ne consistait pas à comparer l'utilisation des vidéos en séance individuelle ou en groupe. Toutefois nous pouvons aisément admettre que les professionnels intervenant en groupe n'aient pas le même avis que les professionnels intervenant en individuel, puisque les conditions de passation n'étaient pas les mêmes. Malgré tout, et bien que les conclusions statistiques ne soient pas généralisables à l'ensemble de la profession, nous pouvons nous fier aux critiques constructives des professionnels, exposées au fil de notre discussion, pour établir de nouvelles vidéos et reconduire cette étude.

Par ailleurs, l'état de satisfaction des patients a été évalué à travers le regard des professionnels et non par les sujets eux-mêmes. Ce choix visait à simplifier les démarches évaluatives. Toutefois, pour plus de fiabilité, il aurait été intéressant d'envoyer un questionnaire de satisfaction directement aux patients.

IV. PERSPECTIVES

Au-delà des points à améliorer, cette étude a confirmé l'intérêt d'utiliser des vidéos et a également fait émerger quelques conseils d'utilisation des vidéos.

1. Apports pour l'orthophonie

Notre étude nous a permis de présenter un support numérique encore peu répandu à des professionnels et de définir ses apports. Il s'agit des vidéos de scénarii sociaux, que nous avons développées sous l'angle des habiletés conversationnelles.

Le support vidéo se démarque par sa pertinence. En effet, puisqu'il se veut réaliste, le support permet aux praticiens de travailler les problématiques sociales de façon plus écologique. Le réalisme de nos vidéos venait notamment de la mise en scène d'interactions sociales dynamiques entre plusieurs personnes réelles dans des lieux de vie quotidiens. Cet aspect rendait les vidéos plus parlantes pour les patients, leur permettait de s'identifier davantage et d'analyser autant la communication verbale que non-verbale (e.g. mimiques).

Le support vidéo, en partie grâce au réalisme, est également source de partage et de discussion, puisqu'il donne l'occasion aux patients de parler de leurs difficultés rencontrées au quotidien à l'école ou à la maison. En complément, le support peut également permettre aux professionnels de découvrir l'ampleur des troubles pragmatiques de leurs patients. Ces outils sont donc des tremplins vers un travail plus approfondi de nouvelles habiletés.

Ce support a su s'adapter à l'une des contraintes du numérique. En effet, pour être utilisé, un matériel numérique doit être facile à prendre en main. L'aspect ergonomique de nos vidéos joue donc en faveur de leur utilisation par les professionnels.

Les vidéos peuvent être utilisées avec les patients en séance individuelle et en groupe. Nous ne conseillons toutefois pas l'utilisation de ces outils avec les patients qui n'ont pas une utilisation raisonnée des nouvelles technologies (Fletcher-Watson, s. d.).

Enfin, le support vidéo respecte les intérêts et particularités des patients qui ont un TSA. D'une part, puisqu'il se veut ludique, il suscite l'intérêt des participants et favorise le maintien d'attention des sujets (Vespirini et al., 2015). Il participe donc à l'investissement des patients dans les séances. D'autre part, ce matériel s'appuie sur les compétences des patients pour travailler leurs faiblesses. Nous parlons ici de leurs compétences visuelles qui sont largement préservées (Samson et al., 2012). Par ailleurs, ce matériel permet aux patients de se rapprocher petit à petit de leurs difficultés quotidiennes et d'y trouver des solutions, sans crainte d'être critiqué par autrui comme l'écrivait Attwood (2018).

Pour ces raisons, nous incitons les praticiens à développer ce type de support et à l'intégrer à leurs prises en soin. Bien sûr, les vidéos seules ne sont pas garantes d'efficacité. Elles doivent être utilisées comme un moyen et non comme une fin. De ce fait, elles pourront être combinées à d'autres techniques et supports pour favoriser la généralisation et le maintien des compétences. En quelque sorte, les vidéos sont une étape vers le travail écologique à compléter par des jeux de rôles et un travail à l'extérieur puisque le matériel concret aide à se représenter les interactions et les mises en situation aident à une meilleure intégration de celles-ci (Mondon et al., 2011).

La mise en œuvre de ce matériel nous a permis de découvrir quelques petites techniques qui auraient pu affiner leur usage par les praticiens. De ce fait, il serait bon de laisser les patients décrire les situations problématiques et les inciter à relever les indices émotionnels et sociaux (Nader-Grosbois et al., 2016) pertinents des vidéos pour qu'ils puissent justifier leurs réponses à la première question (cf. identification du problème). Il serait bon également d'encourager les patients à justifier le choix de la réponse et donner les raisons pour lesquelles ils ne choisissent pas certaines propositions du QCM à la deuxième question (cf. trouver la solution). Cela inciterait ainsi les patients à l'auto-régulation (Brooks et al., 2019). Les patients pourraient aussi énumérer plusieurs stratégies de résolution de problème puis ne sélectionner que la plus pertinente à la fin. Les scènes pourraient également être rejouées en petits groupes pour mobiliser les stratégies définies (Nader-Grosbois et al., 2016).

2. Apports personnels

Ce mémoire nous aura apporté de solides connaissances théoriques sur le TSA. Il nous aura également permis de connaître plus finement ce que sont et recouvrent les habiletés sociales et de prendre conscience de l'impérieuse nécessité de les développer chez les patients avec

un TSA. Cela nous aura aussi donné l'occasion de sonder les pratiques qui existent dans ce domaine, de répertorier les ressources existantes pour travailler les habiletés sociales.

Ce travail nous aura également appris à maîtriser le test de Mac Nemar, test qui est nous servira nécessairement à évaluer l'efficacité de nos interventions thérapeutiques. En effet, ce test est utilisé lors de la mise en œuvre des lignes de base.

Enfin, le projet que nous avons conçu nous a incité à interpeller différentes personnes compétentes dans des domaines qui sortaient de nos compétences. Ces contacts ont pleinement participé à la bonne réalisation de nos vidéos. Nous avons alors acquis la conviction que c'est grâce aux échanges, et même grâce à un travail interdisciplinaire, que nous progresserons dans notre future pratique et que nous ferons progresser nos patients.

3. Prolongements possibles

L'étude que nous avons réalisée à petite échelle sur quelques habiletés conversationnelles pour les patients de six à quinze ans avec un TSA sans déficit intellectuel mériterait d'être poursuivie. Parmi ces quelques pistes, nous pensons que d'autres études pourraient :

- Rétitérer l'étude sur une plus large population pour garantir la généralisation des résultats ;
- Ouvrir l'utilisation de ces vidéos à d'autres pathologies pour lesquelles les patients présenteraient également un déficit dans les habiletés sociales. Parmi ces troubles on retrouve en l'occurrence la schizophrénie (Savla et al., 2013) et le déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (Uekermann et al., 2010). Elles pourraient également être élargies aux patients à haut potentiel (Mouchiroud, 2004) ou aux patients avec un TSA associé à une déficience intellectuelle pour lesquels l'entraînement aux habiletés sociales est également indiqué (M. Liratni et al., 2014) ;
- Utiliser des vidéos avec d'autres tranches d'âge, puisque ces problématiques autistiques atteignent les sujets même au-delà du collège (HAS, 2012, 2017) ;
- Intégrer de nouvelles vidéos pour chaque habileté conversationnelle déjà développée afin de promouvoir une phase d'entraînement plus conséquente et une stimulation intensive. Ces aspects contribueraient à évaluer l'efficacité des vidéos ;
- Développer de nouvelles vidéos de scénarii sociaux sur d'autres habiletés conversationnelles, ou plus généralement sur d'autres domaines des habiletés sociales, tels que les compétences de jeu social, la gestion des émotions ou le développement de l'amitié.
- S'intéresser à l'apport de la réalité virtuelle dans la santé, et notamment dans le développement des habiletés sociales. En effet, cette nouvelle technologie, encore peu répandue, pourrait plonger davantage les patients dans la réalité et de facto l'aider à résoudre des problèmes sociaux dans un milieu sécurisé.

CONCLUSION

Les habiletés sociales recouvrent un ensemble de comportements, dictés par des règles invisibles, qui nous permettent de nous ajuster à l'environnement social. L'altération de ces habiletés chez les sujets qui ont un TSA, étant donné leur fonctionnement cognitif particulier, cause un réel handicap social et de nombreuses souffrances psychologiques. L'intervention de professionnels sensibilisés à cette problématique est donc requise pour expliciter les codes sociaux, c'est-à-dire rendre visibles des interactions invisibles. Qu'importe la forme de la prise en soins, elle doit viser la généralisation des compétences à la vie quotidienne et le maintien de celles-ci sur le long terme. Différents supports étayent donc le développement des habiletés sociales comme les jeux de rôle et les histoires sociales. Parmi ces techniques la vidéo est encore peu répandue et se limite plus souvent au video-modeling.

Pour enrichir le matériel vidéographique à disposition des professionnels, nous avons créé une banque de vidéos de scénarii sociaux. Celles-ci mettent en jeu des habiletés conversationnelles, dans lesquelles il est demandé à l'observateur d'identifier le comportement problématique et de le remplacer par un comportement plus adéquat. Grâce à un questionnaire préalable, nous avons su cibler la demande des acteurs du terrain et orienter nos vidéos en fonction.

Puis, pour déterminer les apports de ce support, nous l'avons testé et évalué au moyen de grilles d'évaluation des réponses des patients et d'un questionnaire de satisfaction. Nos vidéos ont été jugées pertinentes et ergonomiques par le public questionné, c'est-à-dire à la fois concrètes pour les patients et faciles d'utilisation pour les professionnelles. Le QCM de ces outils a quant à lui impulsé une meilleure compréhension et une meilleure résolution des situations sociales illustrées.

L'échelle restreinte de l'étude et la durée du protocole n'ont quant à elles pas permis de garantir complètement l'efficacité de nos vidéos. Toutefois, des signes prometteurs plaident en ce sens et l'engouement des professionnels et des patients ayant utilisé les vidéos en révèle l'intérêt. Ces outils contribuent à la motivation des patients grâce à leur aspect ludique et attrayant, et sont une source indubitable de discussion entre les patients et les praticiens.

Nous espérons que ce travail suscitera la création de nouveaux supports de ce genre. Nous incitons les professionnels à les utiliser en parallèle d'autres supports et en y associant quelques techniques complémentaires. Pour définir l'efficacité intrinsèque du support, des études longitudinales à venir seraient les bienvenues. Nous pourrions également envisager un élargissement de ces outils à un public plus âgé avec un TSA, ou un public présentant d'autres pathologies pour lesquelles le développement des habiletés sociales est indiqué.

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi, P. Boyer, C.-B. Pull, & M.-C. Pull- Erpelding, Trad.; 5ème éd.). Elsevier Masson.
- Ancona, L. (2016). Le dessin animé comme médiation pour travailler les habiletés langagières, pragmatiques et sociales avec des enfants présentant un TSA [texte imprimé]. *Rééducation Orthophonique*, 266, 105-113.
- Attwood, T. (2018). *Le syndrome d'Asperger : Guide complet* (J. Schovanec, E. Hardiman-Taveau, & C. V. Malterre, Trad.; 4ème éd.). De Boeck Supérieur.
- Baghdadli, A., & Brisot-Dubois, J. (2011). *Entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme*. Elsevier Masson.
- Baghdadli, A., & Pernon, E. (s. d.). *Scénarios Sociaux*. Centre Ressource Autisme du Languedoc-Roussillon. Consulté le 28 avril 2021, à l'adresse <https://www.autisme-ressources-lr.fr/Scenarios-sociaux>
- Baker, J. (s. d.). *Inventaire des habiletés sociales (de trois à quatorze ans)*. Adaptation de « *Social Skills Training for Children and Adolescents with Asperger Syndrome and Social-Communication Problems* » (CSDC des Aurores boréales, Trad.). Consulté le 28 avril 2021, à l'adresse https://www.csdcab.ca/files/3615/5300/5674/Inventaire_des_habiletes_sociales.pdf
- 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 Adulthood for Those With Autism and Asperger's Syndrome* " (L. Cornet-Debraye, Trad.). Consulté le 28 avril 2021, à l'adresse 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
- Bizet, É., Brethière, M., & Gillet, P. (2018). *Prises en charge neuropsychologiques de l'autisme : Enfants d'âge scolaire, adolescents et adultes*. De Boeck Supérieur.
- Bourgueil, O. (2017). *Tag Archives : Généralisation*. L'Analyse du Comportement et ses Applications. <http://aba-sd.info/?tag=generalisation>. Consulté le 28 avril 2021, à l'adresse <http://aba-sd.info/?tag=generalisation>
- Brooks, C., Carroll, A., Gillies, R., & Hattie, J. (2019). A Matrix of Feedback for Learning. *Australian Journal of Teacher Education*, 44(4), 14-32. <https://doi.org/10.14221/ajte.2018v44n4.2>
- Cassé, A., & Garin, T. (2016). *Améliorer les habiletés sociales*. De Boeck Supérieur.
- Centre de services scolaire de Samarès. (s. d.). *Proposition d'une taxonomie des habiletés sociales à développer au primaire et au secondaire*. Consulté le 28 avril 2021, à l'adresse https://apps-css.samarès.qc.ca/refHS/ref/Classification_ou_taxonomie_des_habiletes_sociales.pdf
- 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>
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1999). 'Superiority' is in the Eye of the Beholder : A Comment on Sutton, Smith, and Swettenham. *Social Development*, 8(1), 128-131. <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00084>

- 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>
- Da Fonseca, D., Santos, A., Bastard-Rosset, D., Rondan, C., Poinso, F., & Deruelle, C. (2009). Can children with autistic spectrum disorders extract emotions out of contextual cues? *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(1), 50-56. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2008.04.001>
- Delage, H., & Durrleman, S. (2015). *Langage et cognition dans l'autisme chez l'enfant : Théorie et clinique*. Solal.
- Fallourd, N., & Madiou, E. (2017). *Animer des groupes d'entraînement aux habiletés sociales*. Dunod.
- Fletcher-Watson, S. (s. d.). *Technology and autism : Guidelines for parents*. FIRAH. Consulté le 25 avril 2021, à l'adresse <https://www.firah.org/upload/notices3/non-date/autism-and-technology-guidelines.pdf>
- 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*. Les éditions h. Consulté le 28 avril 2021, à l'adresse <https://www.firah.org/upload/activites-et-publications/editions-h/2019/autisme-nouvelles-technologies/maquette-autisme-nouvelles-technologies-vf-bat.pdf>
- Gepner, B. (2001). "Malvoyance" du mouvement dans l'autisme infantile? Une nouvelle approche neuropsychopathologique développementale. *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 44(1), 77-126. <https://doi.org/10.3917/psy.441.0077>
- 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>
- Gepner, B., Massion, J., Tardif, C., Gorgy, O., Livet, M.-O., Denis, D., Roman, S., Mancini, J., Chabrol, B., Mestre, D., Castet, E., Rondan, C., Deruelle, C., Masson, G. S., Rey, V., Schmitz, C., & Assaiante, C. (2002). L'autisme : Une pathologie du codage temporel? *Travaux interdisciplinaires du Laboratoire parole et langage d'Aix-en-Provence*, 21, 177-218.
- Gillet, P. (2015). *Neuropsychologie de l'autisme chez l'enfant*. Solal.
- 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 [texte imprimé]. *Rééducation Orthophonique*, 266, 131-148.
- Gray, C. (1996a). *Conversations en bandes dessinées : Interactions avec des élèves atteints d'autisme ou d'autres troubles apparentés par le biais d'illustrations en couleurs* (C. Bouchard & U. Hoff, Trad.). Future Horizons.
- Gray, C. (1996b). *Nouveau livre de scénarios sociaux* (C. Bouchard & U. Hoff, Trad.). Future Horizons.
- Guillain, A., & Pry, R. (2012). *Compétence et incompétence sociales chez l'enfant*. Presses universitaires de la Méditerranée.
- Guillon, Q., Hadjikhani, N., Baduel, S., & Rogé, B. (2014). Visual social attention in autism spectrum disorder : Insights from eye tracking studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 42, 279-297. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.03.013>
- 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]*. Consulté le 28 avril 2021, à l'adresse 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 del'adulte [Recommandations]*. Consulté le 28 avril 2021, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/20180213_recommandations_vdef.pdf
- HAS. (2018a). *Haute Autorité de Santé—Trouble du spectre de l'autisme. Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent [Argumentaire scientifique]*. Consulté le 28 avril 2021, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/trouble_du_spectre_de_lautisme_de_lenfant_et_ladolescent_-_argumentaire.pdf
- HAS. (2018b). *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]*. Consulté le 28 avril 2021, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/trouble_du_spectre_de_lautisme_de_lenfant_et_ladolescent__recommandations.pdf
- HAS. (2019). *Haute Autorité de Santé—Rapport d'analyse prospective 2019. Numérique : Quelle (R)évolution ?* Consulté le 28 avril 2021, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/rapport_analyse_prospective_20191.pdf
- Hazen, E. P., Stornelli, J. L., O'Rourke, J. A., Koesterer, K., & McDougle, C. J. (2014). Sensory Symptoms in Autism Spectrum Disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(2), 112-124. <https://doi.org/10.1097/01.HRP.0000445143.08773.58>
- 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>
- Howlin, P., Hadwin, J., & Baron-Cohen, S. (2017). *Apprendre aux enfants autistes à comprendre la pensée des autres : Cahier d'exercices* (A. Henrion, Trad.). De Boeck Supérieur.
- Hubert, B., Wicker, B., Moore, D. G., Monfardini, E., Duverger, H., Da Fonséca, D., & Deruelle, C. (2007). Brief report : Recognition of Emotional and Non-emotional Biological Motion in Individuals with Autistic Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(7), 1386-1392. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0275-y>
- Hupet, M., & Chantraine, Y. (1992). L'acquisition du langage et le développement d'habiletés conversationnelles. *Glossa*, 29, 44-53.
- Jones, A. P., & Frederickson, N. (2010). Multi-Informant Predictors of Social Inclusion for Students with Autism Spectrum Disorders Attending Mainstream School. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(9), 1094-1103. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0957-3>
- Kanner, L. (1992). Follow-up Study of Eleven Autistic Children Originally Reported in 1943. *Focus on Autistic Behavior*, 7(5), 1-11. <https://doi.org/10.1177/108835769200700501>
- Lambert, R. (1967). Influence sociale et performance de groupe. *L'Année psychologique*, 67(1), 279-292. <https://doi.org/10.3406/psy.1967.27564>
- Leclair Arvisais, L. (s. d.). *Élaboration d'un programme d'habiletés sociales : Quelques réflexions* (p. 12). Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement Pavillon du Parc. Consulté le 20 mars 2020, à l'adresse http://w3.uqo.ca/transition/tva/wp-content/uploads/3D3c_ElabHabSoc_Interv.pdf
- Lesur, A. (2016). TSA et conversation : Rééducation orthophonique individuelle [texte imprimé]. *Rééducation Orthophonique*, 266, 93-103.

- 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, Mehdi, & Blanchet, C. (2019). *Enseigner les habiletés sociales aux enfants avec autisme*. Dunod.
- Marr, D., Mika, H., Miraglia, J., Roerig, M., & Sinnott, R. (2007). *The Effect of Sensory Stories on Targeted Behaviors in Preschool Children with Autism*. 27(1), 63-79. http://dx.doi.org/10.1080/J006v27n01_05
- Mondon, C., Clément, M., Assouline, B., & Rondan, C. (2011). Expérience d'un groupe d'habiletés sociales : Une année de pratique avec trois adolescents porteurs du syndrome d'Asperger. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 169(3), 149-154. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.11.010>
- Motet-Fevre, A., Ramos, O., & Foubert, M. (2017). *Langage, communication et autisme*. Autisme France Diffusion.
- Mouchiroud, C. (2004). Haut potentiel intellectuel et développement social. *Psychologie française*, 49(3), 293-304. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2004.05.004>
- Nader-Grosbois, N., Houssa, M., Jacobs, E., & Mazzone, S. (2016). *Comment soutenir efficacement les compétences émotionnelles et sociales d'enfants à besoins spécifiques en milieu préscolaire et scolaire ?* 4(544), 295-315. <https://doi.org/DOI : 10.3917/bupsy.544.0295>
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1(4), 515-526. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00076512>
- 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>
- Ramdoss, S., Machalicek, W., Rispoli, M., Mulloy, A., Lang, R., & O'reilly, M. (2012). *Computer-Based Interventions to Improve Social and Emotional Skills in Individuals with Autism Spectrum Disorders : A Systematic Review*. 15(2), 119-135. <https://doi.org/10.3109/17518423.2011.651655>
- Ric, F., & Muller, D. (2017). *La cognition sociale*. Presses universitaires de Grenoble.
- Roby, G., & Goupil, G. (2004). L'enseignement des habiletés de conversation chez les enfants autistes. *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle*, 15(2), 187-200.
- Samson, F., Mottron, L., Soulières, I., & Zeffiro, T. A. (2012). Enhanced visual functioning in autism : An ALE meta-analysis. *Human Brain Mapping*, 33(7), 1553-1581. <https://doi.org/10.1002/hbm.21307>
- 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>
- Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées. (2018). *Stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neuro-développement*. Consulté le 28 avril 2021, <https://handicap.gouv.fr/archives/ancienne-rub-autism/strategie-nationale-pour-l-autisme-2018-2022/>
- Shute, V. J. (2008). Focus on Formative Feedback. *Review of Educational Research*, 78(1), 153-189. <https://doi.org/10.3102/0034654307313795>

- Stanciu, R., & Delvenne, V. (2016). Traitement de l'information sensorielle dans les troubles du spectre autistique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(3), 155-162. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2016.02.002>
- Tammet, D. (2009). *Je suis né un jour bleu* (N. C. Ahl, Trad.; J'ai lu).
- Thommen, E., Baggioni, L., & Tessari Veyre, A. (2017). Les particularités neuro-cognitives dans l'autisme. *Paediatrica*, 28(2), 27-31.
- Uekermann, J., Kraemer, M., Abdel-Hamid, M., Schimmelmann, B. G., Hebebrand, J., Daum, I., Wiltfang, J., & Kis, B. (2010). Social cognition in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34(5), 734-743. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.10.009>
- Vermeulen, P. (2009). *Comprendre les personnes autistes de haut niveau. Le syndrome d'Asperger à l'épreuve de la clinique* (M. Foubert & B. Rogé, Trad.). Dunod.
- Vermeulen, P. (2018). *La pensée autistique* (C. Brousse, Trad.). Autisme France Diffusion.
- Vermeulen, P. (2019). *Comment pense une personne autiste ?* Dunod.
- Vespirini, S., Askenazy, F., Renaudo, N., Staccini, P., Hun, S., Legall, E., & Serret, S. (2015). *Intervention pro-sociale chez l'enfant et l'adolescent avec trouble du spectre autistique sans déficit intellectuel : Intérêt du support vidéo*. 41(1), 47-55. <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2013.04.015>
- Yvon, D. (2014). *À la découverte de l'autisme. Des neurosciences à la vie en société*. Dunod.

Supports de rééducation

Jeux de société :

- Mali, S., Moulin, M., Ropele, K., Courvoisier, B. (2011). *À vos chaudrons*. Mot à Mot Editions.
- Pourre, F., Aubert, E. (2014). *Sociab'Quizz*. Valoremis Éditions.

Livres :

- Shaul, J. (2016) *La zone verte : livre de conversations*. Autisme France Diffusion.
- Shaul, J. (2016). *Le Train De La Conversation : une Approche Visuelle De La Conversation Pour Les Enfants Autistes*. Autisme France Diffusion.

Applications de tablettes tactiles :

- Social Handy (2015). Auticiel. Disponible sur App Store et Google Play.
- Social Story Creator & Library (2012-2020). Touch Autism. Disponible sur App Store.

Vidéos :

- A pour Autre. (s. d.). Consulté le 28 avril 2021, à l'adresse <https://apourautre.ca/#>
- Baghdadli, A., & Pernon, E. (s. d.). *Scénarios Sociaux*. Centre Ressource Autisme du Languedoc-Roussillon. Consulté le 28 avril 2021, à l'adresse <https://www.autisme-ressources-lr.fr/Scenarios-sociaux>
- Tsara (2016). Disponible sur IOS, Android et sur le site web play.tsara-autisme.com

ANNEXES

Liste des annexes

ANNEXE I : Modèle de l'autorisation de captation de voix et d'exploitation d'images vidéo pour mineurs.

ANNEXE II : Modèle d'autorisation de captation de voix et d'exploitation d'images vidéo pour majeurs.

ANNEXE III : Questionnaire préalable à visée exploratoire.

ANNEXE IV : Rédaction des scénarii pour les enfants.

ANNEXE VII : Liste des habiletés conversationnelles traitées dans les vidéos.

ANNEXE VIII : Modèle d'engagement de respect du droit d'auteur et de non-divulgation.

ANNEXE IX : Lettre de présentation du projet vidéo à destination des parents.

ANNEXE X : Guideline à destination des professionnels.

ANNEXE XI : Foire aux questions.

ANNEXE XII : Grille d'évaluation des vidéos adressées aux enfants de 6 à 10 ans.

ANNEXE XIII : Grille d'évaluation des vidéos adressées aux collégiens de 11 à 15 ans.

ANNEXE XIV : Questionnaire de satisfaction adressé aux professionnels.

ANNEXE XV : Classement exhaustif des habiletés conversationnelles chez les enfants (moins de 10 ans) d'après le questionnaire préalable à visée exploratoire.

ANNEXE XVI : Classement exhaustif des habiletés conversationnelles chez les collégiens (11 à 15 ans inclus) d'après le questionnaire préalable à visée exploratoire.

ANNEXE I : Modèle de l'autorisation de captation de voix et d'exploitation d'images vidéo pour mineurs.



Centre de Formation Universitaire d'Orthophonie de Poitiers

Mémoire de fin d'études de Claire Grancier

Autorisation de captation de voix et d'images vidéo d'enfants mineurs en vue de la création d'un support à visée professionnelle. L'objectif ultime étant d'étudier l'apport de ce matériel vidéographique auprès d'enfants autistes verbaux sans déficit intellectuel.

Vu le Code civil, en particulier son article 9,

Vu le Code de l'éducation,

Vu le Code de la propriété intellectuelle,

Vu la loi Informatique et libertés,

Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études, je souhaite enregistrer de courtes saynètes de la vie quotidienne pour enrichir le matériel à disposition des professionnels qui souhaitent développer les habiletés sociales chez leurs patients avec TSA. Ces vidéos seront diffusées en

Civilité	M. <input type="checkbox"/>	Mme <input type="checkbox"/>
NOM, Prénom		
Adresse		
Code postal	Ville	
Adresse électronique		

nombre auprès de quelques professionnels du secteur psycho- médico- social par l'intermédiaire d'un lien Dropbox, afin qu'ils les présentent à leurs patients et me fassent part de l'intérêt de ce support dans leur pratique, puis à des professionnels de ce secteur qui seraient intéressés par ces vidéos après la parution de mon mémoire (juin 2021) et ce, seulement pendant la durée de conservation.

La personne désignée ci-dessus autorise la captation des images vidéo et de la voix de l'enfant _____, et leur exploitation dans les conditions définies ci-dessous.

Ces enregistrements ne seront pas conservés au-delà de la période indiquée. Ils ne pourront en aucun cas être utilisés à d'autres fins que celles exprimées ci-dessous.

Instance décisionnelle	Centre de Formation Universitaire d'Orthophonie de Poitiers
Date	

Personne(s) responsable(s) du projet	Nom	Prénom	Fonction
	GRANCIER	CLAIRE	Etudiante en 5 ^e année d'orthophonie

Captation	Photographie(s) <input type="checkbox"/>	Voix <input checked="" type="checkbox"/>	Vidéo <input checked="" type="checkbox"/>
-----------	--	--	---

Exploitation	A titre gratuit		
	Durée : 4 mois (de novembre 2020 à janvier 2021)		
	Lieu(x) / contexte(s) (le cas échéant) : cabinets libéraux de professionnels du secteur psycho- médico- social, CRA, SESSAD, CAMSP, HDJ		
	Support	Imprimé <input type="checkbox"/>	Numérique <input checked="" type="checkbox"/>
Conservation			
	Durée : 2 ans (jusqu'en novembre 2022)		
	Support	Imprimé <input type="checkbox"/>	Numérique <input checked="" type="checkbox"/>
Exercice des droits (accès, rectification, effacement)	claire.grancier@etu.univ-poitiers.fr jusqu'à juin 2021 ou Délégué à la protection des données dpo@univ-poitiers.fr		

Je soussigné(e) _____, représentant(e) légal(e) de _____, reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord pour la captation et l'exploitation de d'images vidéo et de sa voix, à titre gratuit, selon les modalités ainsi définies.

Fait à _____, le _____

Signature

ANNEXE II : Modèle d'autorisation de captation de voix et d'exploitation d'images vidéo pour majeurs.



Centre de Formation Universitaire d'Orthophonie de Poitiers

Mémoire de fin d'études de Claire Grancier

Autorisation de captation de voix et d'images vidéo d'adultes majeurs en vue de la création d'un support à visée professionnelle. L'objectif ultime étant d'étudier l'apport de ce matériel vidéographique auprès de collégiens autistes verbaux sans déficit intellectuel.

Vu le Code civil, en particulier son article 9,

Vu le Code de l'éducation,

Vu le Code de la propriété intellectuelle,

Civilité	M. <input type="checkbox"/>	Mme <input type="checkbox"/>
NOM, Prénom		
Adresse		
Code postal	Ville	
Adresse électronique		

Vu la loi Informatique et libertés,

Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études, je souhaite enregistrer de courtes saynètes de la vie quotidienne pour enrichir le matériel à disposition des professionnels qui souhaitent développer les habiletés sociales chez leurs patients avec TSA. Ces vidéos seront diffusées auprès de quelques professionnels du secteur psycho- médico- social par l'intermédiaire d'un lien Dropbox, afin qu'ils les présentent à leurs patients et me fassent part de l'intérêt de ce support dans leur pratique, puis à d'autres professionnels de ce secteur qui seraient intéressés par ces vidéos après la parution de mon mémoire (juin 2021) et ce, seulement pendant la durée de conservation.

La personne désignée ci-dessus autorise la captation d'images vidéo et de sa voix et leur exploitation dans les conditions définies ci-dessous.

Ces enregistrements ne seront pas conservés au-delà de la période indiquée. Ils ne pourront en aucun cas être utilisés à d'autres fins que celles exprimées ci-dessous.

Instance décisionnelle	Centre de Formation Universitaire d'Orthophonie de Poitiers
Date	

Personne(s) responsable(s) du projet	Nom	Prénom	Fonction
	GRANCIER	CLAIRE	Etudiante en 5 ^e année d'orthophonie

Captation	Photographie(s) <input type="checkbox"/>	Voix <input checked="" type="checkbox"/>	Vidéo <input checked="" type="checkbox"/>
-----------	--	--	---

Exploitation	A titre gratuit		
	Durée : 4 mois (de novembre 2020 à janvier 2021)		
	Lieu(x) / contexte(s) (le cas échéant) : cabinets libéraux de professionnels du secteur psycho- médico- social, CRA, SESSAD, CAMSP, HDJ		
	Support	Imprimé <input type="checkbox"/>	Numérique <input checked="" type="checkbox"/>
Conservation			
	Durée : 5 ans (jusqu'en novembre 2025)		
	Support	Imprimé <input type="checkbox"/>	Numérique <input checked="" type="checkbox"/>
Exercice des droits (accès, rectification, effacement)	claire.grancier@etu.univ-poitiers.fr jusqu'à juin 2021 ou Délégué à la protection des données dpo@univ-poitiers.fr		

Je soussigné(e) _____, reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord pour la captation et l'exploitation d'images vidéo et de ma voix, à titre gratuit, selon les modalités ainsi définies.

Fait à _____, le _____

Signature

ANNEXE III : Questionnaire préalable à visée exploratoire.



Vidéos sur les habiletés conversationnelles

Bonjour,

Voici un questionnaire qui **s'adresse à vous**, en tant que professionnel concerné par le développement des habiletés sociales.

Cette enquête a pour **objectifs** :

- de définir et adapter les **thèmes des vidéos à VOS besoins** afin de créer des vidéos utiles dans vos séances
- de connaître le **mode d'exercice** le plus répandu (en individuel ou en groupe)
- de cibler **l'âge du public** des vidéos en fonction de l'âge du public accueilli dans votre pratique
- de me transmettre si possible quelques **ouvrages et supports** que vous utilisez pour alimenter la réflexion de mon mémoire

Merci de prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire. Notez que ce questionnaire est anonyme.

Cliquez sur le bouton **SUIVANT** pour répondre.

Il y a 8 questions dans ce questionnaire.

Concernant la protection des données du questionnaire :

Conformément au RGPD (article 13) et à la loi Informatique et libertés, les informations suivantes sur le traitement des données à caractère personnel vous sont communiquées :

Responsable du traitement

Le président de l'Université de Poitiers

Chargé de mise en oeuvre du traitement

Claire Grancier

Déléguée à la protection des données (DPO)

Isabelle Guérineau (dpo@univ-poitiers.fr)

Finalités du traitement

Recueil, auprès des professionnels, de données sur les habiletés sociales à développer par le biais de vidéos avec des sujets TSA

Destinataire des données

Claire Grancier

Durée de conservation des données

Jusqu'à la soutenance du mémoire_ juin 2021

Exercice de vos droits
Vous disposez des droits d'accès, de rectification, et d'effacement sur les données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits auprès de claire.grancier@etu.univ-poitiers.fr ou dpo@univ-poitiers.fr

Si vous estimez que les réponses apportées ne sont pas satisfaisantes, vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la Cnil – Commission nationale de l'informatique et des libertés, autorité de contrôle.

Mode d'exercice

* 1 Comment travaillez-vous les habiletés sociales ?

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- en groupe
- en séance individuelle
- les deux

Âge du public

* 2 Avec quel public travaillez-vous ?

📌 Veuillez sélectionner de 1 à 5 réponses.

📌 Cette question est obligatoire

📌 Veuillez cocher au moins un élément.

- Enfants (moins de 10 ans inclus)
- Collégiens (de 11 ans à 15 ans inclus)
- Lycéens (de 16 ans à 18 ans inclus)
- Jeunes adultes (de 19 ans à 25 ans inclus)
- Adultes (au- delà de 26 ans)

3 Si vous pouvez préciser combien de patients sont pris en charge par tranche d'âge, indiquez-le ici :

Ouvrages consultés

* 4 Sur quelle classification, sur quels ouvrages ou sur quels outils thérapeutiques vous basez-vous ?

Thèmes à privilégier

Pour vous donner un point de repère, j'ai regroupé le listing d'habiletés conversationnelles qui suit dans différentes sous-catégories :

Salutations : noté (S) ;

Politesse : noté (P) ;

Règles conversationnelles : noté (R) ;

Conversation téléphonique : noté (T) ;

Conversation face à face- quand je (le patient) est locuteur : noté (L) ;

Conversation face à face- quand j'(le patient) est interlocuteur : noté (I) .

★ 5 Quels thèmes privilégier pour concevoir les vidéos ? Choisissez, parmi les propositions suivantes, **10 à 15** d'entre elles qui reviennent régulièrement chez vos patients :

🗳️ Veuillez sélectionner de 10 à 15 réponses.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> (S) Savoir se présenter | <input type="checkbox"/> (L) Utiliser une intonation adaptée (poser une question, donner un ordre...) | <input type="checkbox"/> (L) Détecter le niveau d'intérêt des autres pour le sujet de conversation |
| <input type="checkbox"/> (S) Poser des questions pour mieux connaître son interlocuteur | <input type="checkbox"/> (L) Formuler une demande ou un refus | <input type="checkbox"/> (L) Arrêter le comportement en cours selon la réaction émotionnelle de l'autre (triste, ennuyé, lassé) |
| <input type="checkbox"/> (S) Nommer la personne que l'on salue par son prénom | <input type="checkbox"/> (L) Demander de l'aide | <input type="checkbox"/> (L) Statuer sur ses goûts lors d'une conversation et respecter ceux des autres |
| <input type="checkbox"/> (S) Maintenir le regard pendant la salutation | <input type="checkbox"/> (L) Proposer de l'aide | <input type="checkbox"/> (L) Faire un choix parmi plusieurs propositions |
| <input type="checkbox"/> (P) Utilisation de formules de politesse à bon escient ("bonjour" "au revoir" "s'il vous plaît" "merci") | <input type="checkbox"/> (L) Savoir initier, maintenir et clore une conversation | <input type="checkbox"/> (L) Varier les sujets de conversation |
| <input type="checkbox"/> (P) Utiliser vouvoiement - tutoiement à bon escient | <input type="checkbox"/> (L) Comment changer de sujet de conversation | <input type="checkbox"/> (L) Vérifier que l'autre ait compris |
| <input type="checkbox"/> (P) Parler avec tact: mentir par politesse | <input type="checkbox"/> (L) Quand et comment interrompre une conversation de manière appropriée et au bon moment | <input type="checkbox"/> (L) Répondre à une critique |
| <input type="checkbox"/> (R) Respecter l'espace personnel de l'autre quand on converse (adapter la proximité physique) | <input type="checkbox"/> (L) Demander des explications quand on ne comprend pas | <input type="checkbox"/> (I) Comprendre la prosodie émotionnelle de l'interlocuteur (émotions transmises par la voix) |
| <input type="checkbox"/> (R) Adapter le contenu de la conversation à l'interlocuteur | <input type="checkbox"/> (L) Dire "je ne sais pas" | <input type="checkbox"/> (I) Comprendre l'humour, l'ironie, les expressions idiomatiques |
| <input type="checkbox"/> (R) S'appuyer sur les propos de l'autre | <input type="checkbox"/> (L) Utiliser correctement les pronoms personnels en parlant de soi (s'exprimer à la 1ère personne) et en s'adressant à l'autre | <input type="checkbox"/> (I) Différencier les actes gentils des actes méchants et réagir à la taquinerie |
| <input type="checkbox"/> (T) Répondre au téléphone en offrant de la rétroaction (je sais, ok, han, oui) et noter un message | <input type="checkbox"/> (L) Discuter d'intérêts communs (j'aime ça, et toi ?) | |
| <input type="checkbox"/> (L) Utiliser un volume de voix adapté (crier, chuchoter ...) | <input type="checkbox"/> (L) S'intéresser au discours de l'autre et demander des informations, poser des questions sur les intérêts de l'autre (d'où ça vient ?) | |

7 Si vous voulez noter une ou des scène(s) de la vie quotidienne pénalisante(s) pour vos patients, indiquez-le ici:

6 Vous avez d'autres idées (même si vous dépassez plus de 15 propositions) ? Inscrivez-les ci-dessous :

7 J'ai volontairement évincé quelques thèmes car on peut les retrouver sur le site du CRA Languedoc- Roussillon. Il s'agit de :

- regarder l'autre dans la conversation
- Savoir écouter (= opter pour une position d'écoute active et rester calme quand l'interlocuteur me parle)
- Ne pas couper l'autre (= respecter le tour de parole)
- Bavard (= ne pas faire de monologues)

100%

Fin du questionnaire

8 Si vous-avez des remarques, des commentaires à ajouter, vous pouvez les glisser ci- dessous :

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire,
vous m'apportez une aide précieuse dans l'élaboration de mon mémoire.
A bientôt pour les vidéos !

ANNEXE IV : Rédaction des scénarii pour les enfants.

	Thèmes	Scénarii sociaux
1	S'intéresser au discours de l'autre et poser des questions	<p>Problème 1 : Deux enfants font du coloriage. La fille explique au garçon le déroulement de son concours d'équitation à venir. Le garçon, désintéressé, s'en va en plein milieu de la discussion.</p> <p>Solution 1 : <i>le garçon écoute la fille et lui pose quelques questions. Pendant ses explications, il manifeste sa présence et son écoute par des marqueurs de rétroaction (ah ok, ...).</i></p> <hr/> <p>Problème 2 : Deux filles jouent aux Playmobil. L'une d'elle raconte son week-end à la pêche, qu'elle a passé avec son papi. L'autre fille, désintéressée, s'en va en plein milieu de la conversation.</p> <p>Solution 2 : <i>la fille écoute la petite fille et lui pose quelques questions. Elle valide ses propos tout en jouant.</i></p>
2	Savoir initier une conversation	<p>Problème 1 : Deux personnes discutent de leur week-end autour d'une table. Une troisième fille arrive et s'assoit à la table sans prendre la peine de saluer ses interlocuteurs. Elle pose d'emblée la question « est-ce que tu as un chien ? » ce à quoi la fille en conversation lui répond, méchamment, « ben salut déjà ! ».</p> <p>Solution 1 : <i>la petite fille s'assoit à la table, salue ses interlocuteurs et leur demande comment ils vont. La fille en conversation la salue à son tour et lui retourne sa question.</i></p> <hr/> <p>Problème 2 : Deux personnes discutent de leur lecture autour d'une table. Une troisième fille arrive autour de la table sans prendre la peine de saluer ses interlocuteurs. Elle leur dit : « j'ai un hamster blanc ». La fille en conversation lui demande d'un air étonné « mais qu'est-ce que tu fais là toi ? t'es qui ? ».</p> <p>Solution 2 : <i>la petite fille pose ses mains sur la table, salue ses interlocuteurs, leur demande comment ils vont. C'est seulement après la réponse d'un de ses interlocuteurs qu'elle parle de son hamster.</i></p>
3	Arrêter le comportement en cours selon la	<p>Problème 1 : Un garçon parle des chiens à une petite fille. Celle-ci se met subitement à pleurer, mais le garçon ne s'en soucie guère : il continue à lui parler des chiens.</p>

	réaction émotionnelle de l'autre (tristesse)	<p><i>Solution 1 : le garçon se préoccupe de la tristesse de la fille, arrête de parler des chiens et propose de changer de sujet.</i></p> <p>Une fille raconte sa soirée pyjama à une petite fille. Cette dernière se met subitement à pleurer, mais la locutrice ne s'en soucie guère : elle continue à lui parler de sa soirée pyjama.</p> <p><i>Solution 2 : la fille se préoccupe de la petite fille, arrête de parler de sa soirée et propose de parler du week-end de la petite fille.</i></p>
4	Formuler une demande	<p><i>Problème 1 : Un garçon joue à la Nintendo. Sa sœur arrive et voudrait en faire également. Elle se met alors à le titiller, lui prendre l'objet des mains. Le garçon n'ayant pas compris cela comme une demande la rejette. Sa sœur part donc seule dans son coin. Une tierce personne vient se préoccuper de cette petite fille. La petite fille lui explique que son frère ne veut pas lui prêter la Nintendo. Ce à quoi la tierce personne lui répond : « Est-ce que tu lui as demandé ? ».</i></p> <p><i>Solution 1 : la sœur demande explicitement au garçon « Est-ce que tu peux me prêter la Nintendo ? ». Et le garçon la lui passe en lui demandant bien sûr de la lui rendre après.</i></p> <p><i>Problème 2 : Une fille fait du vélo. Sa sœur arrive et voudrait en faire également. Elle se met alors à la titiller, la chatouiller, lui barrer la route pour le lui demander. La fille sur le vélo n'ayant pas compris cela comme une demande la rejette. Sa sœur part donc seule dans son coin. Une tierce personne lui demande ce qu'elle fait là toute seule. La petite fille lui explique que sa sœur ne veut pas lui prêter le vélo.</i></p> <p><i>Solution 2 : la sœur demande explicitement à la fille qui fait du vélo « Est-ce que tu peux me prêter ton vélo ? ». Et la fille lui passe le vélo.</i></p>
5	Différencier les actes gentils des actes méchants	<p><i>Problème 1 : Une fille fait une plaisanterie à sa copine. Celle-ci n'ayant pas compris la blague se renferme. L'auteure de la plaisanterie lui dit alors que c'était une blague et lui fait une tape amicale. La copine, ayant pris ce geste pour un acte d'agression, la tape en retour.</i></p> <p><i>Solution 1 : La copine demande : « pourquoi tu me tapes ? » ce à quoi la fille lui répond : « c'était une tape gentille ».</i></p>

		<p>Problème 2 : Un garçon raconte ses vacances en Égypte à une fille. Cette fille se balance d'avant en arrière. Le garçon lui dit gentiment qu'elle va finir par lui donner le mal de mer à force de se balancer. La fille tape alors le garçon.</p> <p>Solution 2 : <i>La fille demande : « tu te moques de moi ou pas ? » ce à quoi le garçon lui répond : « mais non je te taquine »</i></p>
6	Détecter le niveau d'intérêt des autres pour le sujet de la conversation	<p>Problème 1 : Deux enfants jouent au foot. Une petite fille, accroupie plus loin sur le sol, compte les fourmis. La joueuse de foot, intriguée, demande à la petite ce qu'elle fait. La concernée explique. La joueuse satisfaite lui répond « euh je vais jouer au foot » et retourne jouer. Cependant, la petite fille arrête son activité et parle des fourmis aux joueurs. Ceux-ci montrent leur désintérêt, mais la petite fille, n'ayant pas compris cela, continue ses explications. L'un des joueurs finit par s'énerver et lui dit de les laisser jouer.</p> <p>Solution 1 : <i>Après le passage de la joueuse, la petite fille continue son activité sans interrompre le jeu de foot.</i></p> <p>Problème 2 : Deux enfants s'occupent chacun dans leur coin. Le frère, intrigué, demande à sa sœur ce qu'elle fait. Celle-ci lui explique qu'elle construit un tipi pour jouer aux Indiens. Le frère satisfait par cette explication et non désireux d'en savoir davantage retourne à sa lecture. Mais la sœur arrête de jouer et s'assoit à côté de son frère pour lui raconter la vie des Indiens. Le frère en train de lire montre son désintérêt. La fille n'ayant pas compris continue ses explications. Le frère finit par s'énerver.</p> <p>Solution 2 : <i>Après le passage de son frère, la fille continue de jouer aux Indiens sans interrompre la lecture du garçon.</i></p>
7	Maintenir le regard pendant la salutation	<p>Problème 1 : Un garçon ouvre la porte à la demande de sa sœur. Quand la fille se présente, il lui dit bonjour sans la regarder. Celle-ci surprise se met à son niveau et lui dit bonjour avec insistance. Elle finit par lui dire méchamment « tu pourrais me regarder quand même ? »</p> <p>Solution 1 : <i>le garçon dit bonjour à la fille en la regardant.</i></p> <p>Problème 2 : Une fille ouvre la porte à un invité. L'hôte lui dit bonjour, mais elle a le regard fuyant. L'invité, surpris, passe</p>

		<p>devant elle en lui disant bonjour et dit à une tierce personne « elle est bizarre ta sœur ? »</p> <p><i>Solution 2 : la fille dit bonjour au garçon en le regardant.</i></p>
8	Comprendre les expressions idiomatiques	<p>Problème 1 : Deux filles discutent. L'une d'entre elles cherche un mot et dit « j'ai le mot sur le bout de la langue ». L'interlocutrice regarde sa langue et soutient qu'il n'y a rien dessus. L'intéressée est surprise par cette remarque.</p> <p><i>Solution 1 : la fille qui n'a pas compris l'expression lui demande ce que veut dire « avoir un mot sur le bout de la langue ».</i></p> <p>Problème 2 : Deux filles discutent. L'une d'entre elles explique à quel point il lui a été facile de skier l'hiver dernier. Elle rajoute qu'elle a fait du ski les doigts dans le nez. Son interlocutrice dit alors qu'elle essaiera de faire du ski avec les doigts dans son nez aux prochaines vacances et espère que ça l'aidera à bien skier. L'ex-vacancière est surprise par cette remarque.</p> <p><i>Solution 1 : la fille qui n'a pas compris l'expression lui demande ce que veut dire « les doigts dans le nez ».</i></p>
9	Demander des explications quand on ne comprend pas	<p>Problème 1 : Une fille demande à son frère de lui jouer une gamme au piano. Celui-ci ne comprend pas ce que veut dire ce terme, mais essaye et réessaye de jouer cette fameuse gamme. Au bout de plusieurs essais, la sœur perd patience et s'énerve.</p> <p><i>Solution 1 : le garçon demande ce que veut dire le mot « une gamme ».</i></p> <p>Problème 2 : Une mère demande à sa fille de faire ses devoirs. Celle-ci s'exécute, mais bloque devant un mot de vocabulaire, car elle ne le comprend pas. Elle décide de le jeter par terre. Quand la mère revient, elle découvre que sa fille n'a pas fait ses devoirs.</p> <p><i>Solution 2 : la fille demande ce que veut dire le mot qu'elle ne comprend pas puis continue son travail.</i></p>

ANNEXE V : Rédaction des scénarii pour les collégiens.

	Thèmes	Scénarii sociaux
1	S'intéresser au discours de l'autre et poser des questions	<p>Problème 1 : Deux filles jouent au UNO. L'une d'entre elles confie qu'un garçon lui plaît. Elle demande alors à sa copine de la conseiller. Cette dernière, lui rappelle à plusieurs reprises de jouer, sans s'intéresser à la discussion. La locutrice finit par s'énerver.</p> <p><i>Solution 1 :</i> La fille qui joue pose des questions et joue entre-deux.</p> <p>Problème 2 : Deux filles jouent à la PlayStation. L'une d'entre elles confie un dilemme à sa copine : choisir entre une soirée entre amis ou une soirée familiale. Elle souhaite que sa copine l'aide à choisir, or cette dernière lui rappelle seulement à plusieurs reprises de jouer et ne s'intéresse pas à ses propos. La locutrice finit par s'énerver.</p> <p><i>Solution2 :</i> la fille qui joue la conseille et joue en même temps.</p>
2	Détecter le niveau d'intérêt des autres pour le sujet de la conversation	<p>Problème 1 : Une fille parle d'un ancien pilote de formule 1, M. Schumacher, à sa copine. Celle-ci se lasse de la discussion. Elle ne le dit pas verbalement, mais le montre par des signaux non-verbaux. La locutrice ne les ayant pas remarqués continue à parler de son sujet.</p> <p><i>Solution 1 :</i> la fille remarque les signes de désintérêt de son interlocutrice et demande explicitement à l'autre si la discussion l'intéresse. Comme ce n'est pas le cas, elle change de sujet.</p> <p>Problème 2 : Une fille parle d'un grand génie, A. Einstein, à sa copine. Celle-ci se lasse de la discussion. Elle ne le dit pas verbalement, mais le montre par des signaux non-verbaux. La locutrice ne les ayant pas remarqués continue à parler de son sujet.</p> <p><i>Solution 2 :</i> la fille remarque les signes de désintérêt de son interlocutrice et demande explicitement à l'autre si la discussion l'intéresse. Comme ce n'est pas le cas elle propose de changer de sujet.</p>
3	Différencier les actes gentils des actes	<p>Problème 1 : Une fille demande à une autre de sonner chez un voisin. Elle l'incite, la presse jusqu'à ce que cette fille, naïve,</p>

	<p>méchants (harcèlement)</p>	<p>le fasse. L'harceuse se cache tandis que l'autre se fait disputer par la voisine. Cette fille s'en va tout apeurée. <i>Solution 1 : la fille naïve dit non à la fille harceuse, car elle demande une action irrespectueuse, et s'en va.</i></p> <hr/> <p><i>Problème 2 :</i> Une fille demande à une autre d'écrire un message sur le mur du voisin : « c'est moche ». Elle l'incite, la presse jusqu'à ce que cette fille, naïve, le fasse. Une fois fini, la harceuse va se cacher pour regarder la réaction du voisin. La fille harcelée la suit. <i>Solution 2 : la fille harcelée dit non à la fille harceuse, car elle demande une action irrespectueuse, et s'en va.</i></p>
4	<p>Arrêter le comportement en cours selon la réaction émotionnelle de l'autre (dégoût, honte)</p>	<p><i>Problème 1 :</i> Une fille rappelle un souvenir dans lequel elle écrase une araignée devant sa copine. Cette copine lui montre et exprime son dégoût, mais la locutrice ne s'en soucie pas et continue de parler de cet épisode. <i>Solution 1 : la fille observe et écoute les réactions de sa copine et accepte de ne plus parler de ce sujet délicat.</i></p> <hr/> <p><i>Problème 2 :</i> Trois copines se retrouvent. L'une d'entre elles raconte un évènement passé où une amie est tombée dans un escalier. Cette dernière, présente, montre et exprime sa gêne, mais l'interlocutrice ne s'en soucie pas et continue de parler de cet épisode. <i>Solution 2 : la fille observe et écoute les réactions de sa copine et accepte de ne plus parler de ce sujet délicat.</i></p>
5	<p>Savoir clore une conversation</p>	<p><i>Problème 1 :</i> Une fille téléphone à une copine pour l'inviter au cinéma. L'interlocutrice, ne pouvant y aller, lui répond brusquement « non » puis raccroche. La fille à l'autre bout du fil se dit que cette copine aurait pu lui répondre autrement. <i>Solution 1 : au lieu de répondre brusquement, la fille lui explique qu'elle n'a pas le temps et propose de la rappeler plus tard. Puis elle lui dit au revoir.</i></p> <hr/> <p><i>Problème 2 :</i> Une fille téléphone à une copine pour l'inviter à jouer avec elle dans l'après-midi. L'interlocutrice, pressée par un rendez-vous, lui répond brusquement « non » puis raccroche. La fille à l'autre bout du fil se dit que sa copine aurait pu lui répondre autrement.</p>

		<i>Solution 2 : au lieu de répondre brusquement, la fille lui explique qu'elle ne pourra pas aller au rendez-vous avec sa copine ce jour-là et le reporte.</i>
6	Discuter d'intérêts communs sans prendre le monopole de la conversation	<p><i>Problème 1 : Deux filles échangent sur leur passion commune : la cuisine. L'une d'elles présente sa nouvelle recette et ne se soucie pas des retours de sa copine. L'interlocutrice tente justement de glisser des commentaires, mais la copine n'y répond pas, ou vaguement, et continue sa présentation jusqu'à rentrer dans les détails. L'interlocutrice finit par s'énerver.</i></p> <p><i>Situation 1 : la fille qui présente sa recette ne rentre pas dans les détails, accepte d'écouter l'autre et la laisse parler.</i></p> <p><i>Problème 2 : Deux filles échangent sur leur passion commune : les voyages. L'une d'entre elles présente son carnet de voyage et n'écoute pas les interventions de son interlocutrice. Après plusieurs essais en vain pour participer à la discussion, cette dernière se met en colère.</i></p> <p><i>Situation 2 : la fille qui présente son carnet de voyage accepte d'écouter l'autre et la laisse aussi présenter son voyage.</i></p>
7	Utiliser un volume de voix adapté	<p><i>Problème 1 : Trois filles sont dans le salon. L'une d'entre elles regarde la télévision, les deux autres discutent de la rentrée. Parmi celles-ci, il y en a une qui parle trop fort. La fille qui est gênée pour écouter la télévision montre alors des signes d'agacement.</i></p> <p><i>Solution 1 : la fille qui parle fort regarde les signes de celle qui regarde la télévision, s'excuse et parle moins fort.</i></p> <p><i>Problème 2 : Trois filles sont dans une bibliothèque. L'une d'entre elles parle de ses lectures à sa copine. La lectrice dans la bibliothèque montre des signes d'agacement, car la locutrice parle trop fort. Cette dernière ne les remarque pas.</i></p> <p><i>Solution 1 : la fille qui parle fort regarde les signes de celle qui lit, s'excuse et parle moins fort.</i></p>
8	Demander des explications quand on ne comprend pas	<i>Problème 1 : Une fille assiste sa copine pour changer une roue de voiture. Elle doit apporter une clé de dix. Malheureusement, elle ne sait pas ce qu'est une clé de dix et se trompe d'outil à</i>

		<p>plusieurs reprises. La copine qui répare la voiture perd patience et s'énerve.</p> <p><i>Solution 1 : la fille demande ce qu'est une clé de dix.</i></p>
		<p>Problème 1 : Trois filles jouent au Jungle Speed. L'une d'entre elles propose de réexpliquer les règles si les joueuses n'ont pas compris ses explications antérieures. En effet, l'une d'entre elles n'a pas compris, mais ne le dit pas. Le jeu commence et cette copine, qui n'a pas compris les règles, se trompe à plusieurs reprises. Les deux autres copines perdent patience et s'énervent.</p> <p><i>Solution 1 : la fille demande qu'on lui réexplique les règles.</i></p>
9	Adapter le contenu de la conversation aux connaissances de l'interlocuteur	<p>Problème 1 : Deux copines marchent ensemble. L'une d'entre elles relate ses vacances dans les châteaux de la Loire. Au cours de la conversation, l'interlocutrice se met à parler d'une certaine Marine, sans la présenter alors que la copine ayant visité les châteaux ne la connaît pas. Cette dernière s'énerve puisqu'elle ne comprend pas le changement soudain du sujet de conversation. C'est seulement après, que la copine en tort, présentera Marine comme sa cousine et jardinière dans un des châteaux de la Loire.</p> <p><i>Solution 1 : la copine, à l'origine du quiproquo, présente d'abord Marine comme sa cousine, qu'elle travaille dans les châteaux de la Loire puis raconte qu'elle s'est cassé la cheville.</i></p> <p>Problème 2 : Une fille raconte, à sa copine, l'histoire d'une enquête policière grandeur nature qu'elle a vécue. Dans cette enquête il est question d'une actrice, Hermione, qui aurait perdu son sac et qui l'aurait finalement retrouvé sous son piano. Or, l'interlocutrice, connaît aussi une Hermione : c'est une de ses amies qui a perdu son portable. Elle parle de cet événement sans préciser l'origine de cette connaissance (amie). Un quiproquo commence à s'installer, car chaque fille reste fixée sur sa version : « elle a perdu son portable » « mais non je te le dis elle a perdu son sac ».</p>

		<i>Solution 2 : la copine, à l'origine du quiproquo, présente d'abord Hermione comme sa copine puis raconte la perte du portable.</i>
10	Comprendre la prosodie émotionnelle de l'interlocuteur	<p><i>Problème 1 : À table, une mère fait une réflexion à sa fille pour qu'elle se redresse. Celle-ci se redresse à peine. La mère, fâchée, lui fait alors une nouvelle réflexion : « mais redresse-toi, on dirait Casimodo ». La fille, au lieu de se sentir disputée, se met à rire, car elle a pris cette remarque sur le ton de la blague. La mère se fâche.</i></p> <p><i>Solution 1 : la fille tient compte de l'expression du visage, du regard et du ton donné puis pose la question pour être sûre de bien comprendre : « tu dis ça pour rigoler ou tu es un peu fâchée »</i></p> <p><i>Problème 2 : À table, une fille demande à sa copine de lui passer du sel. Cette dernière s'exécute. La fille lui demande ensuite de lui servir de l'eau, puis de lui rapporter sa serviette. La copine s'énerve lors de la dernière demande et lui dit « il n'est pas marqué pigeon là ! ». La copine désireuse d'être servie se met alors à rire, car elle a pris cette remarque sur le ton de la blague.</i></p> <p><i>Solution 2 : la fille tient compte de l'expression du visage, du regard et du ton donné puis agit en conséquence.</i></p>
11	Comprendre l'humour, l'ironie	<p><i>Problème 1 : Deux filles discutent. Une troisième arrive et explique que le coiffeur a raté sa coupe. L'une des deux interlocutrices lui dit alors qu'il faudrait vraiment tout couper, car la coiffure est complètement ratée. La troisième prend au sérieux la boutade, se munit d'un rasoir, et s'apprête à raser les cheveux de la copine mécontente. Cette dernière arrête de justesse le geste.</i></p> <p><i>Solution 1 : la fille qui n'a pas compris l'humour demande « tu dis ça sérieusement ou c'est une blague ? » ce à quoi une amie répond « non on ne va pas tout raser »</i></p> <p><i>Problème 2 : Une des trois filles s'apprête à sortir du four son gâteau. Mais elle laisse tomber le gâteau, car elle s'est brûlée. Heureusement ce n'est pas une grosse blessure. L'une des spectatrices lui dit tout de même pour la taquiner qu'il faudrait</i></p>

	<p>appeler les pompiers. La troisième copine n'ayant pas compris la plaisanterie se met à composer le numéro des pompiers. Seule la remarque de ses deux copines étonnées l'empêche de se mettre en communication avec les pompiers.</p> <p><i>Solution 2 : la fille qui n'a pas compris l'humour dit « non, mais c'est de l'humour ce n'est pas grave ? » ce à quoi une amie répond que c'est bien de l'humour. La blessée passe ensuite sa main sous l'eau.</i></p>
--	---

ANNEXE VI : Lettre d'invitation à participer au mémoire d'orthophonie.

LETTRE D'INVITATION A PARTICIPER AU MEMOIRE D'ORTHOPHONIE DE CLAIRE GRANCIER

Dans le cadre de mon mémoire d'orthophonie réalisé à l'université de Poitiers, encadré par Madame DUPIN Hélène et Madame TEXIER Caroline, respectivement orthophoniste et psychologue intervenant au CRA de Poitiers, je vous propose de participer à une étude dont l'objectif est d'étudier l'apport de vidéos de scénarios sociaux auprès d'enfants et de collégiens porteurs d'un TSA sans déficit intellectuel.

De votre côté, si vous participez, vous aurez à suivre ce déroulement :

1^{ère} séance (au choix pendant les mois de novembre et décembre)

- ★ Présentation d'une ou plusieurs **vidéos n°1** à votre/vos patient(s) qui vous semble(nt) pertinente(s) pour atteindre vos objectifs thérapeutiques, à l'issue desquelles ils seront amenés à répondre à un questionnaire interactif pour trouver le problème et la solution de la situation. Et, s'ils n'y parviennent pas, ils seront aiguillés par un QCM.
- ★ Remplissage d'une **grille d'évaluation** qui ne nécessite aucune mesure invasive : il faudra principalement cocher la réponse du participant.

(1 mois plus tard)

2^{ème} séance (au choix pendant les mois de janvier et février)

- ★ Présentation d'une ou plusieurs **vidéos n°2** à votre/vos patient(s) qui expose(nt) la/les même(s) habileté(s) communicationnelle(s) que la/les vidéos n°1, à l'issue desquelles ils seront amenés à répondre à un questionnaire interactif pour trouver le problème et la solution de la situation. Et, s'ils n'y parviennent pas, ils seront aiguillés par un QCM.
- ★ Remplissage d'une **grille d'évaluation** qui ne nécessite aucune mesure invasive : il faudra principalement cocher la réponse du participant.
- ★ Répondre aux questions formulées dans le **questionnaire de satisfaction** informatisé.

De mon côté, si vous participez, je m'engage à :

- ✓ Envoyer le lien d'accès à l'intégralité des vidéos
- ✓ Fournir un guide vous présentant la procédure à suivre étape par étape
- ✓ Transmettre une grille d'évaluation vierge (fichier writer, word et pdf)
- ✓ Transmettre un questionnaire de satisfaction (lien URL)
- ✓ Anonymiser toutes les données recueillies dans les grilles d'évaluation et le questionnaire de satisfaction
- ✓ Répondre à vos éventuelles questions, que je vous invite à m'envoyer par mail à l'adresse suivante : claire.grancier@etu.univ-poitiers.fr
- ✓ Fournir, à votre demande seulement, les résultats de mon étude.

Vous êtes bien entendu libre d'accepter ou de refuser de participer. A noter enfin que votre participation ne fera l'objet d'aucune rétribution.

Pour participer à cette étude dans les conditions précisées, je vous invite à **remplir le coupon ci-dessous « Engagement de respect du droit d'auteur et de non-divulgarion »** et à me le retourner à l'adresse suivante claire.grancier@etu.univ-poitiers.fr avant le 30 octobre 2020.

Claire GRANCIER
Etudiante en 5^{ème} année d'orthophonie à Poitiers

ANNEXE VII : Liste des habiletés conversationnelles traitées dans les vidéos.

Mémoire d'orthophonie de Claire Grancier – liste des habiletés conversationnelles traitées

CLASSEMENT DES HABILITES CONVERSATIONNELLES DES ENFANTS (moins de 10 ans) sans déficience intellectuelle

% des votes	Intitulé de l'habileté
75%	S'intéresser au discours de l'autre et demander des informations, poser des questions sur les intérêts de l'autre (d'où ça vient ?)
66,67%	Savoir initier maintenir et clore une conversation
62,5%	Arrêter le comportement en cours selon la réaction émotionnelle de l'autre (triste, ennuyé, lassé)
	Formuler une demande ou un refus
	Différencier les actes gentils des actes méchants et réagir à la taquinerie
58,33%	Détecter le niveau d'intérêt des autres pour le sujet de conversation
	Maintenir le regard pendant la salutation
54,17%	Comprendre l'humour, l'ironie, les expressions idiomatiques
	Demander des explications quand on ne comprend pas

CLASSEMENT DES HABILITES CONVERSATIONNELLES DES COLLEGIENS (de 11 à 15 ans) sans déficience intellectuelle

% de votes	Intitulé de l'habileté
87,5%	S'intéresser au discours de l'autre et demander des informations, poser des questions sur les intérêts de l'autre (d'où ça vient ?)
81,25%	Détecter le niveau d'intérêt des autres pour le sujet de conversation
75%	Différencier les actes gentils des actes méchants et réagir à la taquinerie
68,75%	Arrêter le comportement en cours selon la réaction émotionnelle de l'autre (triste, ennuyé, lassé)
	Savoir initier maintenir et clore une conversation
	Discuter d'intérêts communs (j'aime ça, et toi ?)
56,25%	Utiliser un volume de voix adapté
	Demander des explications quand on ne comprend pas
	Adapter le contenu de la conversation à l'interlocuteur
	Comprendre la prosodie émotionnelle de l'interlocuteur
	Comprendre l'humour, l'ironie, les expressions idiomatiques

ANNEXE VIII : Modèle d'engagement de respect du droit d'auteur et de non-divulgation.

ENGAGEMENT DE RESPECT DU DROIT D'AUTEUR ET DE NON- DIVULGATION

Je soussigné(e)..... , exerçant en tant que (profession)

1-Accepte et reconnaît que tous les droits relatifs aux vidéos transmises par Mme Claire Grancier, sont réservés à Mme Claire Grancier en tant qu'entière et seule propriétaire des vidéos.

2-Accepte de considérer les données vidéographiques comme confidentielles et à les utiliser uniquement auprès des patients lors de la prise en soins.

3-Reconnais que les vidéos transmises ne peuvent être reproduites ou représentées sans l'autorisation écrite expresse et préalable de Mme Claire Grancier.

4-M'engage ainsi à ne pas divulguer, télécharger, filmer, recopier, mettre à disposition sur des plateformes ou communiquer au public par d'autres moyens les vidéos, en dehors du cadre de la présente étude.

5-M'engage à détruire les 18 vidéos du dossier « enfants » en novembre 2022, et les 22 vidéos du dossier « collégiens » en novembre 2025, dates limites des autorisations de captation des images et des voix.

Le à

Signature de votre part

Signature de ma part

ANNEXE IX : Lettre de présentation du projet vidéo à destination des parents.

Chers parents,

Je suis étudiante en 5^{ème} année d'orthophonie, et je m'adresse à vous et votre enfant pour participer à mon mémoire d'orthophonie portant sur l'apport des vidéos de scénarios sociaux dans la rééducation des habiletés sociales.

De quoi parlent ces vidéos ?

Les vidéos représentent de courtes scènes de la vie quotidienne qui se terminent systématiquement par un quiproquo ou une incompréhension. Votre enfant sera donc amené à trouver le problème des situations et à apporter une solution pour les dénouer.

Pourquoi ai-je tourné ces vidéos ?

Je suis partie d'une demande d'une orthophoniste qui m'a fait part d'un manque de vidéos pour illustrer les situations sociales problématiques de la vie quotidienne. Ces dernières sont souvent représentées par des photos ou des scripts écrits au travers de jeux de plateau. J'ai donc conçu plusieurs vidéos, sur le même principe que les photos et les scripts écrits, afin de rendre plus réelles les interactions entre les personnages et permettre à l'enfant de se projeter dans son quotidien.

Comment va se dérouler l'étude ?

L'orthophoniste qui suit votre enfant va être amenée à présenter 3 ou 4 vidéos, avec les thèmes de son choix, sur une première séance (entre novembre et décembre). Puis, elle présentera à nouveau 3 ou 4 vidéos qui traitent du même thème, dans une seconde séance (entre janvier et février). Ces vidéos seront toutes suivies de deux questions : « quel est le problème dans la situation ? » et « qu'aurait pu faire le personnage pour que la situation se passe mieux ? ». Votre enfant sera donc invité à y répondre, avec ou sans QCM, et l'orthophoniste notera ses réponses sur une grille d'évaluation.

Je vous remercie d'avoir pris le temps de me lire et j'espère pouvoir faire profiter de ces vidéos à votre enfant,

Bien cordialement,

Claire Grancier

ANNEXE X : Guideline à destination des professionnels.

GUIDE DE POCHE

Organisation du matériel	<p>Dans ce dossier « vidéos de scénarii sociaux- mémoire d'orthophonie » vous trouverez deux sous-dossiers : le dossier « pour les enfants » adressé à vos patients entre 6 ans et 10 ans & le dossier « pour les collégiens » adressé à vos patients entre 11 et 15 ans.</p> <p>↳ Dans le sous-dossier « pour les enfants » les 18 vidéos sont réparties dans 9 dossiers dont le titre reprend l'habileté sociale illustrée.</p> <p>↳ Dans le sous-dossier « pour les collégiens » les 22 vidéos sont réparties dans 11 dossiers dont le titre reprend l'habileté sociale illustrée.</p>
Préparation des séances	<p>Je vous invite à choisir seulement 3 ou 4 habiletés sociales, parmi les habiletés proposées, qui vous semblent pertinentes pour atteindre vos objectifs thérapeutiques avec votre/vos patient(s). Elles seront votre fil conducteur.</p> <p>Je vous conseille de regarder, et au besoin d'imprimer, la grille d'évaluation nommée « vidéos enfants » ou « vidéos collégiens » selon les vidéos présentées. Elle sera votre support d'évaluation pendant la séance. Vous pouvez d'ailleurs d'ores et déjà compléter l'onglet « présentation du/des patient(s) ».</p>
Déroulement dans le temps	<p>Le diagramme illustre le déroulement sur un mois (1 MOIS). Il est divisé en deux parties : SEANCE 1 et SEANCE 2. SEANCE 1 comprend le visionnage de 3 ou 4 « vidéos 1 » et la complétion de la grille d'évaluation. SEANCE 2 comprend le visionnage de 3 ou 4 « vidéos 2 » et la complétion de la grille d'évaluation. L'envoi de la grille d'évaluation est prévu pour le 14 FEVRIER 2021, et l'envoi du questionnaire de satisfaction pour le 28 FEVRIER 2021.</p>
Répartition des séances	<p>Je vous propose de visionner 3 à 4 « vidéos 1 » pendant une séance entre novembre et décembre, et les 3 à 4 « vidéos 2 » des mêmes dossiers pendant une seconde séance entre janvier et février.</p> <p>Si cela est plus pertinent pour votre pratique, vous pouvez également étaler les visionnages des « vidéos 1 » sur plusieurs séances. De même pour les « vidéos 2 », tant qu'il y a au moins un mois entre le visionnage des deux vidéos (1 et 2) d'un même thème.</p>
Organisation d'une séquence vidéo	<p>Je vous propose de lancer une vidéo et de la stopper dès la première question « quel est le problème dans cette situation ? » pour la lui réexpliquer s'il n'a pas compris, et laisser le temps à votre patient d'y répondre (cf. réponse à reporter dans l'onglet « réponse en première intention » de la grille d'évaluation). S'il ne sait pas répondre ou si la réponse est incorrecte, il pourra s'aider du QCM qui suit dans la vidéo (cf. réponse à reporter dans l'onglet « réponse en seconde intention » de la grille d'évaluation). S'il ne comprend pas les intitulés du QCM, vous pourrez également les lui expliquer. La réponse attendue sera donnée dans la suite de la vidéo.</p> <p>Je vous invite à suivre cette même démarche lorsque la seconde question de la vidéo s'affichera « qu'aurait pu faire ce personnage pour que cette situation se passe mieux ? », et à demander à votre patient de justifier pourquoi il a éliminé les autres réponses du QCM.</p>
Evaluation et questionnaire de satisfaction	<p>Pendant chaque séance, je vous invite à remplir, informatiquement ou manuellement, la grille d'évaluation « vidéos enfants » et/ou « vidéos collégiens » selon les vidéos présentées. Sur une grille d'évaluation, vous pourrez inscrire jusqu'à 10 patients. Vous pourrez ensuite me rendre la grille complétée à l'issue des deux séances, avant le 14 février 2021 à l'adresse suivante claire.grancier@etu.univ-poitiers.fr.</p> <p>Après réception de la grille d'évaluation, je vous enverrai un lien d'accès direct au questionnaire de satisfaction que vous pourrez remplir avant le 28 février 2021.</p>

ANNEXE XI : Foire aux questions.

FAQ (FOIRE AUX QUESTIONS)

Ce document sera rempli régulièrement avec les questions que vous me posez par mail, afin de vous partager mes réponses, si je considère qu'elles peuvent servir à tous.

Que faire si mon patient veut revoir la vidéo à plusieurs reprises avant de répondre ?

Vous pouvez lui remonter la vidéo à plusieurs reprises. Dans ce cas, je vous propose d'inscrire sa réponse après visionnages multiples dans la partie « réponse en deuxième intention » de la grille d'évaluation. À l'origine, cette rubrique était réservée aux réponses après étayage du QCM. Maintenant l'outil vidéo est fait pour vos patients, et je ne veux pas les contraindre avec la rigidité d'un mémoire. Donc, s'ils ont besoin de revoir la vidéo, vous pourrez la lui reproposer. Simplement, comme c'est déjà un étayage en soit que de reVISIONNER la vidéo, je vous propose d'inscrire « **NSP** » dans la partie « **réponse en première intention** », qui est une réponse sans aide, et d'inscrire « **oui** » ou « **non** » (en fonction de sa réponse) dans la partie « **réponse en deuxième intention** », qui est une réponse avec aide. En **commentaires** à la fin de la grille, vous pourrez me signaler si votre patient a eu besoin de revoir plusieurs fois la vidéo.

ANNEXE XII : Grille d'évaluation des vidéos adressées aux enfants de 6 à 10 ans.

GRILLE D'EVALUATION – VIDEOS ENFANTS

Mode de présentation des vidéos : en individuel en groupe

PRESENTATION DU/DES PARTICIPANT(S)

**Identifiant du participant* : inscrivez par exemple les initiales de son nom et de son prénom afin de garder son anonymat

***Age et classe* : inscrivez son âge et sa classe scolaire

****Déficit intellectuel* : rayez les mentions qui ne correspondent pas à votre patient.

*****Altération du langage* : rayez la ou les mention(s) qui ne correspondent pas à votre patient.

Identifiant du participant *	Age et classe **	Déficit intellectuel ***	Altération du langage ****
		Oui Non	Oui en compréhension Oui en production Non
		Oui Non	Oui en compréhension Oui en production Non
		Oui Non	Oui en compréhension Oui en production Non
		Oui Non	Oui en compréhension Oui en production Non
		Oui Non	Oui en compréhension Oui en production Non
		Oui Non	Oui en compréhension Oui en production Non
		Oui Non	Oui en compréhension Oui en production Non
		Oui Non	Oui en compréhension Oui en production Non
		Oui Non	Oui en compréhension Oui en production Non
		Oui Non	Oui en compréhension Oui en production Non
		Oui Non	Oui en compréhension Oui en production Non

REPONSES DU/DES PARTICIPANT(S)

Réponses en première intention (sans QCM) :

1. Complétez l'en-tête de chaque colonne avec l'identifiant de votre/vos patient(s) de sorte qu'il y ait une colonne par patient.

GRILLE D'EVALUATION – VIDEOS ENFANTS

2. Complétez uniquement les 3- 4 lignes, parmi les 9, qui correspondent aux vidéos visionnées :

- Dans la subdivision « *Identifie le problème* » :
Inscrivez « oui » si le participant a répondu correctement à la première question ; « non » s'il n'a pas répondu correctement ; « NSP » s'il n'a pas répondu du tout.
- Dans la subdivision « *Trouve la solution* » :
Inscrivez « oui » si le participant a répondu correctement à la deuxième question ; « non » s'il n'a pas répondu correctement ; « NSP » s'il n'a pas répondu du tout.

ATTENTION : Dans une même subdivision :
Ecrire dans la case du haut lors de la première évaluation (en novembre ou décembre)
Ecrire dans la case du bas lors de la deuxième évaluation (en janvier ou février)

MODELE DE REMPLISSAGE
Ex : pour l'habileté n°1

Habilité Illustrée dans la vidéo et questions posées		Identifiant du participant		MB						
1	S'intéresser au discours de l'autre et poser des questions	Identifie le problème	oui							← vidéo 1 (nov/déc)
			non							← vidéo 2 (janv/fév)
		Trouve la solution	NSP							← vidéo 1 (nov/déc)
			oui							← vidéo 2 (janv/fév)

inscrire les initiales du patient

Habilité Illustrée dans la vidéo et questions posées		Identifiant du participant												
1	S'intéresser au discours de l'autre et poser des questions	Identifie le problème												
		Trouve la solution												
2	Savoir initier une conversation	Identifie le problème												
		Trouve la solution												

3	Arrêter le comportement en cours selon la réaction émotionnelle de l'autre (tristesse)	Identifie le problème																		
		Trouve la solution																		
4	Formuler une demande	Identifie le problème																		
		Trouve la solution																		

GRILLE D'ÉVALUATION – VIDEOS ENFANTS

5	Différencier les actes gentils des actes méchants	Identifie le problème																		
		Trouve la solution																		
6	Détecter le niveau d'intérêt des autres pour le sujet de la conversation	Identifie le problème																		
		Trouve la solution																		
7	Maintenir le regard pendant la salutation	Identifie le problème																		
		Trouve la solution																		
8	Comprendre les expressions idiomatiques	Identifie le problème																		
		Trouve la solution																		
9	Demander des explications quand on ne comprend pas	Identifie le problème																		
		Trouve la solution																		

Réponse en deuxième intention (avec QCM) :

A compléter seulement si votre/vos patient(s) n'a/ont pas trouvé la réponse en première intention.

Mêmes consignes que le tableau précédent.

Habilité Illustrée dans la vidéo et questions posées		Identifiant du participant																		
1	S'intéresser au discours de l'autre et poser des questions	Identifie le problème																		
		Trouve la solution																		
2	Savoir initier une conversation	Identifie le problème																		
		Trouve la solution																		

ANNEXE XIII : Grille d'évaluation des vidéos adressées aux collégiens de 11 à 15 ans.

GRILLE D'EVALUATION – VIDEOS COLLEGIENS

Mode de présentation des vidéos : en individuel en groupe

PRESENTATION DU/DES PARTICIPANT(S)

*Identifiant du participant : inscrivez par exemple les initiales de son nom et de son prénom afin de garder son anonymat

**Age et classe : inscrivez son âge et sa classe scolaire

***Déficit intellectuel : rayez la mention qui ne corresponde pas à votre patient.

****Altération du langage : rayez la ou les mention(s) qui ne correspondent pas à votre patient.

Identifiant du participant *	Age et classe **	Déficit intellectuel ***	Altération du langage ****
		Oui Non	Oui en compréhension Oui en production Non
		Oui Non	Oui en compréhension Oui en production Non
		Oui Non	Oui en compréhension Oui en production Non
		Oui Non	Oui en compréhension Oui en production Non
		Oui Non	Oui en compréhension Oui en production Non
		Oui Non	Oui en compréhension Oui en production Non
		Oui Non	Oui en compréhension Oui en production Non
		Oui Non	Oui en compréhension Oui en production Non
		Oui Non	Oui en compréhension Oui en production Non
		Oui Non	Oui en compréhension Oui en production Non

REPONSES DU/DES PARTICIPANT(S)

Réponses en première intention (sans QCM) :

1. Complétez l'en-tête de chaque colonne avec l'identifiant de votre/vos patient(s) de sorte qu'il y ait une colonne par patient.

2. Complétez uniquement les 3- 4 lignes, parmi les 11, qui correspondent aux vidéos visionnées :

○ Dans la subdivision « Identifie le problème » :

GRILLE D'EVALUATION – VIDEOS COLLEGIENS

Inscrivez « oui » si le participant a répondu correctement à la première question ; « non » s'il n'a pas répondu correctement ; « NSP » s'il n'a pas répondu du tout.

o Dans la subdivision « **Trouve la solution** » :

Inscrivez « oui » si le participant a répondu correctement à la deuxième question ; « non » s'il n'a pas répondu correctement ; « NSP » s'il n'a pas répondu du tout.

ATTENTION : Dans une même subdivision :

Ecrire dans la case du haut lors de la première évaluation (en novembre ou décembre)

Ecrire dans la case du bas lors de la deuxième évaluation (en janvier ou février)

MODELE DE REMPLISSAGE
Ex : pour l'habileté n°1

Inscrire les initiales du patient

Habilitéé Illustrée dans la vidéo et questions posées		Identifiant du participant										
		MB										
1	S'intéresser au discours de l'autre et poser des questions	Identifie le problème	oui									← vidéo 1 (nov/déc)
			non									← vidéo 2 (janv/fév)
		Trouve la solution	NSP									← vidéo 1 (nov/déc)
			oui									← vidéo 2 (janv/fév)

Habilitéé Illustrée dans la vidéo et questions posées		Identifiant du participant											
1	S'intéresser au discours de l'autre et poser des questions	Identifie le problème											
		Trouve la solution											
2	Détecter le niveau d'intérêt des autres pour le sujet de conversation	Identifie le problème											
		Trouve la solution											
3	Différencier les actes gentils des actes méchants (harcèlement)	Identifie le problème											
		Trouve la solution											
4	Arrêter le comportement en cours selon la réaction émotionnelle de l'autre (dégoût, honte)	Identifie le problème											
		Trouve la solution											
5	Savoir clore une conversation	Identifie le problème											
		Trouve la solution											

GRILLE D'EVALUATION – VIDEOS COLLEGIENS

6	Discuter d'intérêts communs sans prendre le monopole de la parole	Identifie le problème																		
		Trouve la solution																		
7	Utiliser un volume de voix adapté	Identifie le problème																		
		Trouve la solution																		
8	Demander des explications quand on ne comprend pas	Identifie le problème																		
		Trouve la solution																		
9	Adapter le contenu de la conversation aux connaissances de l'interlocuteur	Identifie le problème																		
		Trouve la solution																		
10	Comprendre la prosodie émotionnelle de l'interlocuteur	Identifie le problème																		
		Trouve la solution																		
11	Comprendre l'humour, l'ironie	Identifie le problème																		
		Trouve la solution																		

Réponse en deuxième intention (avec QCM) : A compléter seulement si votre/vos patient(s) n'a/ont pas trouvé la réponse en première intention. Mêmes consignes que le tableau précédent.

Habilité Illustrée dans la vidéo et questions posées		Identifiant du participant																		
1	S'intéresser au discours de l'autre et poser des questions	Identifie le problème																		
		Trouve la solution																		
2	Détecter le niveau d'intérêt des autres pour le sujet de conversation	Identifie le problème																		
		Trouve la solution																		
3	Différencier les actes gentils des actes méchants (harcèlement)	Identifie le problème																		
		Trouve la solution																		

ANNEXE XIV : Questionnaire de satisfaction adressé aux professionnels.



Questionnaire de satisfaction

Bonjour,

Voici un questionnaire qui **s'adresse à vous**, vous qui avez été acteurs de cette étude en proposant à vos patients de visionner les vidéos traitant des habiletés sociales.

Cette enquête a pour **objectifs** :

- de me communiquer votre **niveau de satisfaction** et celui de votre patient
- de juger de la **pertinence** du support et de la **clarté** des informations
- de proposer des **pistes d'amélioration** de l'outil vidéo

Merci de prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire. Notez que ce questionnaire est anonyme.

Cliquez sur le bouton **SUIVANT** pour répondre.

Il y a 15 questions dans ce questionnaire.

Concernant la protection des données du questionnaire :

Conformément au RGPD (article 13) et à la loi Informatique et libertés, les informations suivantes sur le traitement des données à caractère personnel vous sont communiquées :

Responsable du traitement

Le président de l'Université de Poitiers

Chargé de mise en oeuvre du traitement

Claire Grancier

Déléguée à la protection des données (DPO)

Isabelle Guérineau (dpo@univ-poitiers.fr)

Finalités du traitement

Recueil des avis et recommandations, auprès des professionnels ayant utilisé les vidéos que j'ai nouvellement créées pour le développement des habiletés sociales

Destinataire des données

Claire Grancier

Durée de conservation des données

Jusqu'à la soutenance du mémoire_ juin 2021

Exercice de vos droits

Vous disposez des droits d'accès, de rectification, et d'effacement sur les données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits auprès de claire.grancier@etu.univ-poitiers.fr ou dpo@univ-poitiers.fr

Si vous estimez que les réponses apportées ne sont pas satisfaisantes, vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la Cnil – Commission nationale de l'informatique et des libertés, autorité de contrôle.

MODALITE

*Sous quelle(s) modalité(s) avez-vous présenté les vidéos ?

  Cochez la ou les réponses

- Individuel
 Groupe

SATISFACTION

*Globalement, êtes-vous satisfaits que votre (vos) patient(s) ai(ent) participé à l'étude ?

  Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

  Cette question est obligatoire

- oui, tout à fait
 partiellement
 non, pas du tout
 sans avis

Commentaires (pourquoi ? ...) :

*D'après vous, votre patient, ou la majorité de vos patients s'il y en avait plusieurs, est(sont)-il(s) content(s) d'avoir participé à l'étude ?

  Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

  Cette question est obligatoire

- oui, tout à fait
 partiellement
 non, pas du tout
 sans avis

Commentaires :

  Cette partie vous permet d'expliquer le choix du niveau de satisfaction, de nuancer votre réponse si vous aviez plusieurs patients ...

*L'outil vidéographique en lui-même vous a-t-il paru pertinent pour traiter des habiletés sociales ?

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

🚫 Cette question est obligatoire

- oui, tout à fait
- oui, plutôt
- partiellement
- non, en tout cas ce n'est pas adapté à mon patient
- non, pas du tout

Commentaires (pourquoi ?) :

*L'outil vidéographique en lui-même était-il facile à manipuler ?

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

🚫 Cette question est obligatoire

- oui, tout à fait
- oui, plutôt
- partiellement
- non, pas du tout

Commentaires :

100%

POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES

*Par quelle(s) caractéristique(s) définiriez-vous l'outil ?

📌 Cochez la ou les réponses

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ergonomique | <input type="checkbox"/> inintéressant |
| <input type="checkbox"/> intéressant | <input type="checkbox"/> surchargé |
| <input type="checkbox"/> attrayant | <input type="checkbox"/> lassant |
| <input type="checkbox"/> motivant | <input type="checkbox"/> inutile |
| <input type="checkbox"/> utile | <input type="checkbox"/> scénarii imprécis |
| <input type="checkbox"/> scénarii bien ciblés | <input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/> |

DYNAMIQUE DE PROGRES

*Globalement, avez-vous l'impression que votre patient, ou la majorité de vos patients s'il y en avait plusieurs, ai(en)t progressé dans les domaines ciblés par les vidéos ?

📌 Cochez la ou les réponses

- oui, beaucoup
- oui, un peu
- non, pas tellement
- non, absolument pas

*Pourquoi ?

*Avez-vous travaillé les thèmes, vus dans les vidéos, autrement qu'avec ces vidéos, pendant l'intervalle des 1 mois (cf. entre les vidéos n°1 et les vidéos n°2) ?

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- oui
- non

REMARQUES

Avez-vous des remarques à faire pour améliorer l'outil vidéographique ?

Avez-vous d'autres remarques ? (sur le protocole, ...)

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire, et **merci** d'avoir donné de votre temps pour participer à cette étude.

*Vous m'avez apporté une **aide précieuse** dans la concrétisation de mon mémoire.*

Bonne continuation !

Si vous le souhaitez, je vous transmettrai les résultats de ce travail.

ANNEXE XV : Classement exhaustif des habiletés conversationnelles chez les enfants (moins de 10 ans) d'après le questionnaire préalable à visée exploratoire.

Pourcentage des votes	Nombres de votes	Intitulé de l'habileté conversationnelle
75%	18/24	S'intéresser au discours de l'autre et demander des informations, poser des questions sur les intérêts de l'autre (d'où ça vient ?)
66.67%	16/24	Savoir initier maintenir et clore une conversation
62.50%	15/24	Arrêter le comportement en cours selon la réaction émotionnelle de l'autre (triste, ennuyé, lassé)
		Formuler une demande ou un refus
		Différencier les actes gentils des actes méchants et réagir à la taquinerie
58.33%	14/24	Détecter le niveau d'intérêt des autres pour le sujet de conversation
		Maintenir le regard pendant la salutation
54.17%	13/24	Comprendre l'humour, l'ironie, les expressions idiomatiques
		Demander des explications quand on ne comprend pas
50%	12/24	Discuter d'intérêts communs (j'aime ça et toi ?)
		Demander de l'aide
45.83%	11/24	Respecter l'espace personnel de l'autre quand on converse
		Adapter le contenu de la conversation à l'interlocuteur
		Utiliser un volume de voix adapté
41.67%	10/24	Savoir se présenter
		S'appuyer sur les propos de l'autre

		Quand et comment interrompre une conversation de manière appropriée et au bon moment
		Comprendre la prosodie émotionnelle de l'interlocuteur
37.50%	9/24	Poser des questions pour mieux connaître son interlocuteur
		Utilisation de formules de politesse à bon escient
		Utiliser une intonation adaptée
		Faire un choix parmi plusieurs propositions
33.33%	8/24	Dire je ne sais pas
		Comment changer de sujet de conversation
29.17%	7/24	Proposer de l'aide
		Répondre à une critique
25%	6/24	Utiliser correctement les pronoms personnels en parlant de soi et en s'adressant à l'autre
20.83%	5/24	Statuer sur ces goûts lors d'une conversation et respecter ceux des autres
		Répondre au téléphone en offrant de la rétroaction
16.67%	4/24	Parler avec tact : mentir par politesse
		Nommer la personne que l'on salue par son prénom
		Varié les sujets de conversation
12.50%	3/24	Vérifier que l'autre ait compris
0%	0/24	Utiliser vouvoiement- tutoiement à bon escient

ANNEXE XVI : Classement exhaustif des habiletés conversationnelles chez les collégiens (11 à 15 ans inclus) d'après le questionnaire préalable à visée exploratoire.

Pourcentage des votes	Nombre de votes	Intitulé de l'habileté conversationnelle
87.50%	14/16	S'intéresser au discours de l'autre et demander des informations, poser des questions sur les intérêts de l'autre (d'où ça vient ?)
81.25%	13/16	Détecter le niveau d'intérêt des autres pour le sujet de conversation
75%	12/16	Différencier les actes gentils des actes méchants et réagir à la taquinerie
68.75%	11/16	Arrêter le comportement en cours selon la réaction émotionnelle de l'autre (triste, ennuyé, lassé)
		Savoir initier maintenir et clore une conversation
		Discuter d'intérêts communs (j'aime ça, et toi ?)
56.25%	9/16	Utiliser un volume de voix adapté
		Demander des explications quand on ne comprend pas
		Adapter le contenu de la conversation à l'interlocuteur
		Comprendre la prosodie émotionnelle de l'interlocuteur
		Comprendre l'humour, l'ironie, les expressions idiomatiques
50%	8/16	Poser des questions pour mieux connaître son interlocuteur
		Maintenir le regard pendant la salutation
		Formuler une demande ou un refus
		Demander de l'aide
43.75%	7/16	Savoir se présenter

		S'appuyer sur les propos de l'autre
		Comment changer de sujet de conversation
37.50%	6/16	Utiliser une intonation adaptée
		Respecter l'espace personnel de l'autre quand on converse
31.25%	5/16	Proposer de l'aide
		Quand et comment interrompre une conversation de manière appropriée et au bon moment
		Dire je ne sais pas
		Faire un choix parmi plusieurs propositions
25%	4/16	Répondre à une critique
		Varié les sujets de conversation
		Utiliser correctement les pronoms personnels en parlant de soi et en s'adressant à l'autre
		Parler avec tact : mentir par politesse
		Utilisation de formules de politesse à bon escient
18.75%	3/16	Répondre au téléphone en offrant de la rétroaction
12.50%	2/16	Statuer sur ces goûts lors d'une conversation et respecter ceux des autres
6.25%	1/16	Vérifier que l'autre ait compris
0%	0/16	Nommer la personne que l'on salue par son prénom
		Utiliser vouvoiement- tutoiement à bon escient

RESUME

RESUME :

Le déficit des habiletés sociales est une des caractéristiques cliniques des sujets avec un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA). Pour développer les habiletés sociales, différents outils existent à ce jour. Mais, alors que le numérique est en plein essor, le support vidéographique est encore peu exploité pour analyser des situations sociales erronées. Notre étude proposait donc de créer des vidéos de scénarii sociaux portant sur les habiletés conversationnelles et de définir leurs apports. Un premier questionnaire recensant les besoins des professionnels psycho-médico-pédagogiques nous a permis de créer nos vidéos. Vingt-neuf praticiens ont contribué à cette étape. Puis, nous avons proposé les vidéos à des enfants de primaire et des collégiens avec un TSA sans déficit intellectuel. Ils devaient alors visionner deux vidéos de thèmes similaires à un mois d'intervalle. À l'issue de cela, des grilles d'évaluation et un questionnaire de satisfaction nous ont permis d'évaluer notre outil. À ce stade, nous avons analysé les réponses de treize enfants, treize collégiens et treize thérapeutes. Selon la majorité des professionnels questionnés, les vidéos étaient tout à fait pertinentes, ergonomiques et un peu efficaces. En outre, insérer un questionnaire à choix multiples à nos vidéos a permis une amélioration systématique de la compréhension et de la résolution des situations sociales. Toutefois, les patients ne seraient pas parvenus à généraliser les problèmes et les solutions entre les vidéos similaires, à l'exception de la généralisation du problème chez les enfants. Les limites méthodologiques ne nous permettent pas de généraliser les résultats. Notre étude a tout de même pu montrer l'intérêt de ces outils tant pour motiver les patients que pour ouvrir la discussion avec ces derniers. D'autres études sont requises pour évaluer l'efficacité des vidéos notamment.

Mots- clés : Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA), Habiletés sociales, Vidéo de scénarii sociaux, Conversation, Rééducation, Enfants, Jeunes adolescents

ABSTRACT:

Social skills deficits are one of the clinical characteristics of individuals with Autism Spectrum Disorder (ASD). To date, different tools have been utilized for social skills development. But while digital technology is booming, video materials are still little used for the analysis of erroneous social situations. Therefore, the aim of our study was to create videos of social situations with a focus on conversational skills and determine their benefits. An initial questionnaire aimed at identifying the needs of psycho-medical-educational professionals enabled us to create our videos. Twenty-nine practitioners contributed to this stage. Then, the videos were offered to elementary and middle school children with ASD without intellectual deficits. They were then asked to watch two videos with similar themes one month apart. At the end of this, evaluation grids and a satisfaction questionnaire were used to evaluate our tool. At this point, the responses of thirteen children, thirteen middle school students and thirteen therapists were analysed. According to the majority of the professionals questioned, the videos are quite relevant, ergonomic and somewhat effective. Furthermore, inserting a multiple-choice questionnaire to our videos allowed a systematic improvement of the comprehension and the resolution of social situations. However, patients would not have been able to generalize problems and solutions between similar videos, with the exception of generalizing the problem in children. Due to methodological limitations generalizing the results is not possible. However, our study demonstrates the value of these tools both in motivating patients and in opening up discussion with them. Other studies are required to evaluate the effectiveness of videos in particular.

Key words: Autism Spectrum Disorder (ASD), Social skills, Video of social scenarios, Conversation, Rehabilitation, Children, Young adolescents