



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



MEMOIRE présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

MERLAUD Elodie
SAMSON Audrey

**Développement d'un matériel orthophonique de video
modeling comme support de rééducation des habiletés
sociales chez des enfants porteurs d'un trouble du spectre
autistique âgés de 10 à 13 ans.**

Directeur de Mémoire

ANCONA Laurence

Membres du Jury

Gallifet Natacha
Forgeard Louis
Bongiovani Vanessa

Date de Soutenance
25 JUIN 2015

ORGANIGRAMMES

1 Université Claude Bernard Lyon1

Président

Pr. GILLY François-Noël

Vice-président CA

M. BEN HADID Hamda

Vice-président CEVU

M. LALLE Philippe

Vice-président CS

M. GILLET Germain

Directeur Général des Services

M. HELLEU Alain

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est

Directeur Pr. ETIENNE Jérôme

U.F.R de Médecine et de maïeutique -
Lyon-Sud Charles Mérieux

Directeur Pr. BURILLON Carole

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)

Pr. GILLY François Noël

U.F.R d'Odontologie

Directeur Pr. BOURGEOIS Denis

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques

Directeur Pr. VINCIGUERRA Christine

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation

Directeur Pr. MATILLON Yves

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine

Directeur Pr. SCHOTT Anne-Marie

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. de Sciences et Technologies

Directeur M. DE MARCHI Fabien

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)

Directeur M. VANPOULLE Yannick

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)

Directeur M. LEBOISNE Nicolas

Observatoire Astronomique de Lyon

Directeur M. GUIDERDONI Bruno

Ecole Supérieure du Professorat et de
l'Education

Directeur M. MOUGNIOTTE Alain

POLYTECH LYON

Directeur M. FOURNIER Pascal

IUT LYON 1

Directeur M. VITON Christophe

2 Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Yves MATILLON
Professeur d'épidémiologie clinique

Directeur de la formation
Agnès BO, Professeur Associé

Directeur de la recherche
Agnès WITKO
M.C.U. en Sciences du Langage

Responsables de la formation clinique
Claire GENTIL
Fanny GUILLON

Chargées de l'évaluation des aptitudes aux études
en vue du Certificat de Capacité en Orthophonie
Anne PEILLON, M.C.U. Associé
Solveig CHAPUIS

Secrétariat de direction et de scolarité
Stéphanie BADIOU
Corinne BONNEL
Emmanuelle PICARD

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier tout particulièrement les enfants ayant participé à notre étude : M., S., T., Z. ainsi que leurs parents pour leur implication. Nous espérons leur avoir apporté autant qu'ils nous ont enrichies, nous et notre pratique professionnelle.

Merci à notre maître de mémoire, Laurence Ancona, pour nous avoir permis de réaliser ce projet et nous avoir mis sur la piste du Video Modeling. Merci également à Agathe Chabroud pour son investissement et ses conseils. Son aide généreuse nous a été très précieuse.

Nous remercions aussi chaleureusement Laura Fidon, Cécile Neiro, Emilie Létocart, Fanny Grangette et Laurianne Venin-Consol pour leurs conseils et le soutien qu'elles nous ont apporté chacune à leur manière. Nous n'oublions pas toutes les orthophonistes qui nous ont proposé des participants pour notre étude, qui ont répondu à notre sondage, nos appels au secours ou nos demandes d'informations. Nous remercions l'éducatrice de M. d'avoir pris le temps de nous contacter afin de nous permettre d'ajuster notre intervention.

Merci au Centre Ressource Autisme Rhône-Alpes et tout particulièrement à Paul Belhouchat pour le prêt de documents et les conseils apportés concernant notre bibliographie.

Sans oublier Natacha Gallifet et Louis Forgeard, les lecteurs de notre mémoire, ainsi que Nina Kleinz qui nous ont largement guidées pour rendre un travail de qualité.

Nous remercions tout spécialement toutes les personnes qui ont participé à l'élaboration du film. L'équipe des acteurs, surtout notre star Nathan!, mais aussi Leelou, Rémi, Nadège, Sébastien, Léa, la boulangère, Jacques, Annie M., Annie P. et Nathan B. Nous remercions sincèrement l'animateur de Radio France Thierry Chareyre d'avoir enregistré une voix off de qualité. Enfin, nous n'aurions pas pu obtenir un tel résultat sans Jacques Merlaud, son aide technique et son matériel de tournage et de montage de niveau professionnel.

Et pour finir, nous réservons une pensée sincère à nos familles pour avoir cru en nous depuis le début. Nous embrassons nos amis pour leur présence et leurs rires au quotidien mais aussi pour leur soutien dans les moments difficiles. Ce travail clôt quatre années d'études bien remplies auprès d'une promotion 2015 vraiment extra !

SOMMAIRE

ORGANIGRAMMES	2
1 Université Claude Bernard Lyon1.....	2
2 Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE	3
REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION	8
PARTIE THEORIQUE	10
I Autisme, généralités :	11
1 Définitions	11
2 Fonctionnement cognitif	12
3 Traitement de l'information	12
4 Difficultés pragmatiques	12
II Une altération de l'imitation et des habiletés sociales :	14
1 L'imitation.....	14
2 Les habiletés sociales :	16
III Rééducation des habiletés sociales par l'imitation : le video modeling	18
1 La rééducation des habiletés sociales	18
2 Le video modeling.....	19
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	23
I Problématique :	24
II Hypothèses :	24
1 Hypothèses théoriques :	24
2 Hypothèses opérationnelles :	24
PARTIE EXPERIMENTATION.....	26
I Développement d'un support de video modeling	27
1 Questionnaire préalable (annexe VI).....	27
2 Description des scenarii	27
3 Schéma d'une séquence filmée	29
II Evaluation du support.....	30
1 Participants :	30
2 Matériel :	35
3 L'entraînement.....	36
PRESENTATION DES RESULTATS	39
I Les résultats par enfant	40
1 Résultats pour M.....	40
2 Résultats pour S.	42

3	Résultats pour T.	44
4	Résultats pour Z.	46
II	Les questionnaires de satisfaction	48
1	L'avis des parents.....	48
2	L'avis des orthophonistes	48
	DISCUSSION DES RESULTATS	50
I	Retour sur nos hypothèses	51
1	Hypothèse 1.....	51
2	Hypothèse 2.....	52
3	Hypothèse 3.....	53
4	Hypothèse 4.....	54
5	Hypothèses théoriques.....	55
II	Regard critique sur l'expérimentation	55
1	Limitations de l'étude	55
2	Bénéfices observés :	58
III	Les perspectives	58
1	Apports pour l'orthophonie	58
2	Prolongements possibles	59
	CONCLUSION	62
	REFERENCES	63
	ANNEXES	68
	Annexe I : Nos choix de tournage et de montage	69
1.	Tournage	69
2.	Montage.....	69
	Annexe II : Questionnaire d'évaluation aux parents	71
	Annexe III : questionnaire d'auto-évaluation de l'enfant	73
	Annexe IV : Extrait des fiches utilisées en séance :	74
1.	La fiche jeu de rôle du	74
2.	La fiche objectif.....	74
	Annexe V : Questionnaires de satisfaction	75
1.	Questionnaire à destination des orthophonistes	75
2.	Questionnaire à destination des parents	76
	Annexe VI : Le sondage initial : questions et réponses obtenues auprès de 76 orthophonistes	78
	TABLE DES ILLUSTRATIONS	80
	TABLE DES MATIERES	81

SUMMARY

The video modeling is a rehabilitation support largely developed in North America. This type of film allows an individual to record a sequence of actions of everyday life or a situation of social interaction. To do this, the professional observes a person, often a pair, realizing a demonstration with the objective that can be imitated thereafter. In France there are few tools of this type despite interest by professionals working with children and adolescents Holders of an autism spectrum disorder (ASD). The current study treats the development of a model of video equipment for use in a clinic, that is to say adapted to the individual taking care of children aged 8-13 years. The video support created is composed of 16 short film clips treating different types of social skills Utilities and relational situations. Four case studies with older boys 8-12 years having a TSA without associated disorders showed the possibilities of this material. Indeed, we observed an efficient apprehension of situations after viewings the videos. Redundancy and the stability of the information presented are reassuring for children carrier ASD and enable anticipation. Also, we attribute this progress to motivation induced by the attraction of the material. However, used alone, this tool does not allow a generalization of the results of the child every day, so it is complementary to currently existing media. In addition, it is important to include in an overall speech therapy, targeted according to the needs of a specific patient. To further expand the existing range of equipment for rehabilitation, other films of this type could be created taking into account other social situations.

KEY-WORDS

Autism Spectrum Disorder; Video modeling; Social skills; Therapy

INTRODUCTION

Pourquoi les habiletés sociales posent tant de difficultés aux personnes atteintes d'autisme ? Henry Markram, Tania Rinaldi et Kamila Markram (2007) posent une hypothèse novatrice : « les difficultés relationnelles et le repli sur soi ne sont peut-être pas le résultat d'un manque de compassion, d'une incapacité à se mettre à la place de quelqu'un d'autre ou un manque d'émotivité, mais peuvent bien au contraire résulter d'un environnement perçu comme dissuasif avec une intensité qui peut aller jusqu'à la douleur. » Temple Grandin (2014) ajoute qu'un « comportement qui de l'extérieur paraît antisocial peut en réalité n'être qu'une expression de peur. » Pourtant, beaucoup de personnes autistes expriment une envie d'être plus sociables et souffrent de leurs difficultés.

Comment pourrait-on alors les aider efficacement à surmonter ces appréhensions et leur permettre d'interagir avec les personnes qui les entourent ? Peut-être pourrait-on envisager de ralentir le monde. L'auteure autiste Donna Williams écrit : « le fait que la plupart des choses changent en permanence ne semblait jamais me laisser aucune chance de m'y préparer » (cité in Grandin, 2014). « A défaut d'arrêter le monde, il serait bon au moins de le ralentir » (Grandin, 2014). C'est finalement un peu ce que le video modeling propose : prendre le temps d'expliquer, d'explicitier une situation de la vie quotidienne. Au sein d'une courte vidéo, la personne autiste observe un individu qui lui ressemble, il s'arrête sur chacun de ses gestes et peut même revoir plusieurs fois chaque étape. Ainsi la situation devient pour lui plus simple, plus familière, sa peur disparaît et il peut agir à son tour.

Notre étude, inscrite au cœur de la clinique orthophonique, a pour objectif d'enrichir le matériel actuellement existant pour la rééducation des habiletés sociales. Plus particulièrement, la population ciblée comprend les enfants ou adolescents de 8 à 12 ans, porteurs d'un Trouble du Spectre Autistique (TSA) sans trouble associé. En 2012, la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (Anesm) proposent cette recommandation :

« Pour les enfants/adolescents avec TED (Trouble Envahissant du Développement) présentant des compétences très hétérogènes selon les domaines de fonctionnement, en particulier pour les enfants/adolescents présentant un bon fonctionnement intellectuel ou un syndrome d'Asperger, il est recommandé de mettre en œuvre des interventions spécifiques structurées, centrées sur le développement des habiletés sociales (habileté de jeu, compréhension des situations sociales, compréhension des émotions, etc.) ».

Parmi les supports de rééducation des habiletés sociales existants, le video modeling a retenu notre attention. D'une part, il s'agit d'un matériel intéressant car il utilise les technologies récentes. D'autre part, encore peu développé en France, ce concept suscite un intérêt de la part des professionnels interrogés¹. En outre, en Amérique du Nord où de nombreux films de ce type ont déjà été créés, le video modeling a plusieurs fois montré son efficacité lors des études réalisées. Partant de ces différents constats et en s'inspirant des ressources existantes, notre film « Rééduquer les habiletés sociales par l'imitation » a vu le jour. Notre projet de recherche a consisté par la suite en l'utilisation de ce film au sein de quatre études de cas.

¹ Cf. sondage « Du video modeling en orthophonie ? » proposé à 76 orthophonistes en annexe VI.

Dans une première partie théorique, nous donnerons quelques définitions de l'autisme ainsi que les difficultés qui en découlent, notamment au niveau de la pragmatique du langage. Nous expliquerons comment l'imitation et les habiletés sociales sont altérées et dans quelle mesure. Par la suite, nous aborderons les moyens de rééducation de ces troubles des habiletés sociales et notamment le rôle et l'intérêt du video modeling.

La seconde partie de notre mémoire expliquera notre problématique initiale concernant l'intérêt d'un support vidéo dans la rééducation des habiletés sociales. Nous exposerons à travers nos hypothèses les résultats auxquels nous nous attendions en débutant cette étude.

La méthodologie utilisée pour répondre à notre questionnement sera présentée dans une troisième partie. Vous y trouverez dans un premier temps une description du matériel de video modeling que nous avons créé, puis, dans un deuxième temps, une explication du protocole de rééducation proposé aux quatre sujets de notre étude.

Dans les deux dernières parties du mémoire, nous présenterons puis discuterons les résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus lors de l'intervention. La discussion aura pour intérêt d'expliquer nos résultats et de proposer des perspectives envisageables pour la suite.

Chapitre I

PARTIE THEORIQUE

I Autisme, généralités :

1 Définitions

Deux pionniers sont à l'origine des premières descriptions de l'autisme. Tout d'abord, Leo Kanner (1896-1981, pédopsychiatre Autrichien) a décrit en 1943 l'autisme infantile précoce, aujourd'hui appelé « autisme typique ». Puis en 1944, Hans Asperger (1906–1980, pédiatre Autrichien) a développé un autre modèle de l'autisme avec le syndrome d'Asperger (Arapi & UNAPEI, 2007).

Les chercheurs considèrent aujourd'hui que l'autisme est un trouble neuro-développemental qui sous-tend un comportement atypique : des difficultés relationnelles, un trouble du comportement ou encore un désordre de la communication.

Pour poser le diagnostic d'autisme, plusieurs classifications officielles peuvent être utilisées à l'heure actuelle.

La Classification Internationale des Maladies, dixième révision (CIM 10) parle de trouble envahissant du développement (TED) et distingue encore les deux formes d'autisme citée précédemment : l'autisme typique et le syndrome d'Asperger. Elle utilise une triade de critères de diagnostic qui reprend les points décrits par Lorna Wing en 1988 :

- ✓ Altération qualitative des interactions sociales réciproques
- ✓ Altération qualitative de la communication
- ✓ Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités

La classification la plus récente date de 2013. Elle se trouve dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cinquième révision (DSM-5). Elle regroupe les différents profils sous le terme plus général de Troubles du Spectre Autistique (TSA). On ne retrouve désormais plus que deux critères diagnostiques :

- ✓ Des troubles socio-communicatifs, c'est-à-dire une altération persistante de la communication sociale et de l'interaction sociale.
- ✓ Un comportement présentant des activités et des centres d'intérêts restreints et répétitifs.

Ainsi, on parle désormais d'un « continuum autistique » ou « spectre de l'autisme » à l'intérieur duquel on observe des sous-groupes mais toujours un trouble des interactions sociales, ce qui laisse plus de place à la variabilité des manifestations cliniques présentes dans l'autisme.

On peut observer dans le spectre autistique une altération de l'ensemble des fonctions psychologiques qui se développent durant les premières années de la vie : troubles des fonctions sensorielles, perceptives, cognitives, communicatives, émotionnelles et relationnelles (Adrien, 2011). Toutes ces difficultés ont un retentissement direct sur la vie personnelle, familiale et sociale de la personne concernée.

2 Fonctionnement cognitif

De part leurs témoignages et les observations scientifiques, nous savons aujourd'hui que les personnes porteuses de TSA traitent les informations de l'environnement de façon particulière. Ce fonctionnement cognitif atypique entraîne des anomalies de la théorie de l'esprit, de la cohérence centrale ou encore des fonctions exécutives.

- ✓ La théorie de l'esprit est la capacité à penser les états mentaux d'autrui qui peuvent être de nature différente : les perceptions, les croyances, les intentions, les désirs de la personne à qui l'on s'adresse (Baron-Cohen, 1989, cité par Adrien, 2011). Lorsqu'elle est déficiente, cela a des conséquences sur le comportement de communication et l'interprétation des intentions de l'autre.
- ✓ Concernant la faiblesse de la cohérence centrale, Uta Frith décrit un style cognitif atypique c'est-à-dire un déficit du traitement global de l'information. La personne porteuse de TSA se focalise sur les détails et les isole du contexte ce qui entraîne une perte du sens (Happé & Frith, 2006). Mottron quant à lui parle d'un sur-fonctionnement perceptif de bas-niveau : les autistes voient plus de détails isolés, des éléments particuliers sans pour autant parler d'un déficit du global (Mottron et al, 2006).
- ✓ Au niveau des fonctions exécutives, les auteurs décrivent une incapacité à appréhender les sous-actions d'une activité afin d'en atteindre le but. Le problème ne serait pas nécessairement exécutif mais plutôt au niveau de la capacité à se représenter la séquence d'actions à effectuer (Zalla et al. 2006, 2010, cité par Adrien 2011).

3 Traitement de l'information

Les spécialistes observent également une déviance concernant la réception des stimuli et le traitement des informations sensorielles que ce soit au niveau visuel, auditif, tactile, et certainement les autres sens. Cela peut se manifester par une hyper ou une hypo sensibilité, des comportements d'hypo ou d'hyper réactivité, des attitudes inattentives ou hyperconcentrées, une sensibilité au mouvement ou encore une atonie musculaire (Lane, Young, Baker, Angley 2010).

En outre, les personnes atteintes d'autisme auraient selon certains auteurs un problème avec le mouvement et le traitement temporel des informations : il s'agit d'un trouble du traitement des informations visuelles et auditives dynamiques. Elles sont nécessaires aux échanges interindividuels, et donc à l'aspect social. En effet, le mouvement sert à reconnaître la personne, lui attribuer des états mentaux, des intentions, des désirs, des buts, des émotions (Tardif, Lainé, Rodriguez, & Gepner, 2007 ; Lainé, Rauzy, Tardif & Gepner, 2010).

Les informations de l'environnement sont donc réceptionnées et traitées de façon atypique. De ce fonctionnement cognitif particulier découlent des difficultés pragmatiques.

4 Difficultés pragmatiques

En grec ancien, « pragma » signifie « faire ». Ainsi, dans le langage courant, la pragmatique renvoie à ce qui est relatif à l'action.

Au niveau langagier, la pragmatique est l'étude cognitive, sociale et culturelle du langage et de la communication (Verschueren, Östman & Blommaert, 1995). C'est une discipline qui étudie l'usage des énoncés en tenant compte de leur contexte (Plantin, 1996). Elle concerne la pratique et les fonctions du langage, c'est-à-dire tous les éléments

qui font partie de l'interaction : l'énoncé mais aussi les locuteurs, la situation ou encore les connaissances partagées. Pour Rondal (2007), la pragmatique est même la dimension centrale du langage.

Pour le sociologue canadien Erving Goffman (1973), le monde est un théâtre où les rencontres et rapports entre individus obéissent à une sorte de grammaire implicite. Autrement dit, la vie sociale peut être comparée à une scène où des acteurs se donnent en représentation et interprètent des rôles en accord avec la situation. Cet aspect implicite du langage peut poser problème aux personnes porteuses de TSA.

Marc Monfort (2005) parle des troubles pragmatiques présents dans les troubles autistiques. Il les classe selon les trois axes de la triade autistique de Lorna Wing (1988) :

- ✓ « Le comportement social : incapacité ou très forte réduction de l'intérêt pour les autres, dans le partage des émotions et des sentiments d'autrui, dans l'établissement de véritables relations d'échange.
- ✓ La communication : restriction et altération primaire, qualitative, dans toute son extension, verbale et non-verbale.
- ✓ La fonction symbolique et l'adaptation du comportement : absence ou forte restriction du jeu symbolique, présence de comportements répétitifs ou stéréotypés, forte tendance à l'invariance et résistance au changement. »

La pragmatique correspond à la composante « utilisation du langage : pourquoi dire, à qui, où et quand » du schéma de Bloom et Lahey de 1978. Dans le cadre de l'autisme, même si le contenu et la forme peuvent également être touchés, c'est l'utilisation qui est la plus perturbée.

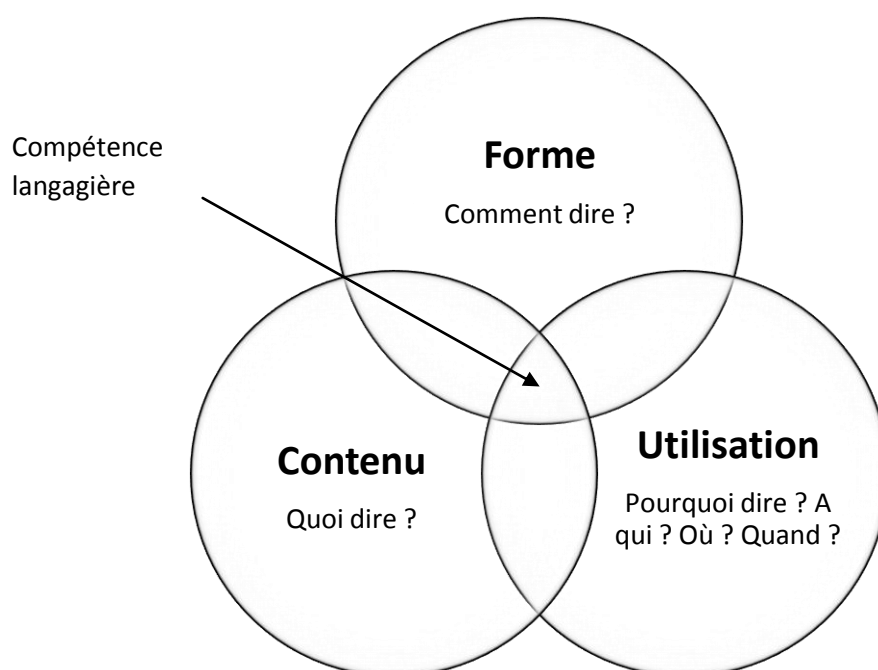


Figure 1 : Modèle tridimensionnel d'après Bloom et Lahey (1978)

Les aspects pragmatiques se mettent en place très tôt chez le sujet sain. Dès les premières semaines de vie, le bébé est capable de sourire en réponse à une sollicitation. Entre trois et six mois, il développe l'attention conjointe, c'est-à-dire la capacité à porter son attention sur le même objet que l'adulte dans le but de communiquer. Vers six mois, il commence à comprendre l'alternance des rôles qui existe dans toute interaction. C'est la mise en place du tour de rôle. Par la suite, deux types de pointage s'installent : le

pointage proto-impératif, utilisé pour demander des objets, aux alentours de 9 mois ; et le pointage proto-déclaratif, utilisé pour montrer son intérêt pour quelque chose, à partir de 13 mois. La théorie de l'esprit, quant à elle, se met en place entre 18 et 30 mois (Coquet, Ferrand & Roustit, 2009 ; Coquet, 2005)

Ces apprentissages se développent notamment grâce à l'imitation, et vont se poursuivre tout au long de la vie. En effet, la pragmatique va permettre également au sujet de s'adapter au contexte socio-communicatif, c'est-à-dire faire preuve d'habiletés sociales. Il est fortement probable que les particularités liées au fonctionnement cognitif atypique des personnes porteuses d'un TSA entraînent des troubles de la pragmatique plus ou moins prononcés avec des conséquences sociales évidentes.

II Une altération de l'imitation et des habiletés sociales :

1 L'imitation

Base de tout apprentissage, l'imitation est indispensable au développement de tout individu, y compris autiste.

1.1 Qu'est-ce qu'imiter ?

1.1.1 Définition

La définition de l'imitation s'est élargie depuis les publications de Wallon (1942) et Piaget (1945) qui considéraient que celle-ci consistait uniquement en la reproduction d'actions nouvelles. Pour eux et leurs prédécesseurs il y a deux types d'imitation : une réflexe, ou par mimétisme, considérée comme archaïque ; et la seconde en toute intentionnalité et avec une représentation concrète qui permettrait l'apprentissage.

Il est actuellement considéré qu'une personne imite à partir du moment où elle produit une réponse dans l'intention de reproduire un comportement perçu. Cette réponse est sélective et directement liée aux capacités de l'imitateur et de son répertoire d'actions. L'imitation peut être posturale, gestuelle, vocale ou verbale ; avec ou sans objet (Nadel, 2005). De plus, Jacqueline Nadel différencie :

- ✓ l'imitation immédiate, c'est-à-dire simultanée au modèle,
- ✓ l'imitation décalée, autrement dit l'imitation retardée, présente notamment dans les situations d'apprentissage
- ✓ et l'imitation différée qui survient plus tardivement en l'absence du modèle.

L'imitation est constituée de deux versants : « imiter » et « reconnaître qu'on est imité » (Nadel, 2005).

1.1.2 Développement normal de l'imitation

Chez le jeune enfant, l'imitation a deux fonctions : sociale et cognitive (Uzgiris, 1981). En effet, elle leur permet tout d'abord de communiquer mais également d'apprendre.

Dès la naissance, le nouveau-né est capable d'imiter de manière immédiate et spontanée, les mouvements qui appartiennent à son répertoire d'actions (protrusion de langue, etc.). Par la suite, certains comportements d'imitation disparaissent en laissant la place à d'autres. Cette évolution s'effectue en fonction du développement, et du répertoire d'action de l'enfant.

Pour imiter, le sujet doit être avant tout capable de porter attention au modèle, d'un point de vue auditif ou visuel, et avoir les capacités motrices requises (Nadel, 2005). Gonzalez-Rothi, Ochipa et Heilman (1991, cité par Nadel, 2005) répertorient plusieurs composantes sous-jacentes de l'imitation nécessaires selon le type d'imitation : des compétences attentionnelles, sensorielles (transfert d'un mode sensoriel à un autre), une connaissance du schéma corporel et une représentation spatiale, des capacités motrices, mnésiques, de contrôle et de sélection des mouvements, une bonne organisation, et une bonne représentation des objets, des événements ou des situations.

1.2 L'imitation dans l'autisme :

1.2.1 Des capacités perturbées :

Dans la littérature, un large consensus s'est formé autour du déficit des capacités imitatives des personnes autistes depuis l'étude de DeMyer et al. (1972). Plus tard, Sally Rogers et Bruce Pennington (1991) suggéraient un déficit primaire sur trois pôles : l'imitation, la théorie de l'esprit et le partage émotionnel qui seraient à l'origine des difficultés de représentation et d'un déficit social dans l'autisme.

Charman et al. (1997) ont observé que les plus jeunes autistes utilisaient moins de gestes d'imitation que les enfants tout-venants du même âge. Ce déficit d'imitation se retrouve plus spécifiquement pour les gestes des mains simples et séquentiels et pour les mouvements séquentiels du visage qui sont d'ailleurs nécessaires aux habiletés sociales.

Ce trouble spécifique de l'imitation est pourtant à tempérer d'après Nadel : cela dépend du type d'autisme, des capacités de l'enfant et de ce que l'on entend dans le terme « imitation ». Qui est imité ? Qu'est ce qui est imité ? A quel moment ? De quelle façon ?

1.2.2 Explications possibles

Les auteurs proposent plusieurs hypothèses pouvant expliquer ce déficit :

- ✓ Rogers (1996) suggère l'idée d'une forme de dyspraxie. Il y aurait un problème de planification du mouvement.
- ✓ Hughes et Russel (1993) penchent pour une explication des difficultés d'imitation par le trouble des fonctions exécutives.
- ✓ Gepner et Tardif (2009) l'expliquent quant à eux par les problèmes de perception visuelle des personnes porteuses de TSA : les mouvements, trop rapides, ne seraient pas facilement imitables par eux.
- ✓ Enfin, Curcio et Piserchia (1978) impliquent le problème de représentation symbolique qui est parfois présent dans le mouvement à imiter et joue sur la compréhension du geste.
- ✓ Récemment, la piste d'un déficit des neurones miroirs a été abordée (Oberman et al., 2005, Dapretto et al., 2006). Ces neurones, décrits par l'équipe de G. Rizzolati en 1996, sont considérés comme étant à l'origine de l'empathie et nécessaires pour l'imitation. Il s'agit d'une zone de neurones activés à la fois lorsqu'un individu effectue une action et quand cet individu voit cette même action exécutée par quelqu'un d'autre.

Il y aurait donc plusieurs explications possibles aux difficultés d'imitation des personnes autistes. Ces justifications montrent bien le fait que l'imitation n'est pas impossible mais bien ralentie par des difficultés sous-jacentes rééducables.

1.2.3 Une amélioration possible par l'entraînement :

Tout d'abord, Sally Rogers (1996) souligne le fait que les personnes autistes imitent mieux les mouvements qui sont signifiants pour eux. En revanche, le mime est plus difficile car il s'agit de gestes symboliques. Cet aspect est à prendre en compte dans les rééducations proposées.

Tous les autistes ont des capacités imitatives qui leur permettent d'apprendre. Entre 1999 et 2002, Jacqueline Nadel a mené des études montrant que l'enfant autiste imite et réagit au fait d'être imité. Elle a aussi montré que les enfants autistes avaient une imitation spontanée plus ou moins importante qui pouvait être un prédicteur de leurs compétences sociales.

L'imitation de la personne autiste est perturbée par ses difficultés de compréhension, de planification motrice, ou encore son fonctionnement cognitif particulier, mais dans tous les cas, elle est présente. Elle sert de base aux apprentissages. C'est pourquoi il faut la développer et s'en servir notamment pour la rééducation des habiletés sociales.

2 Les habiletés sociales :

Il n'y a actuellement pas de consensus concernant la cause primaire de l'autisme mais ce qui est certain, c'est que chaque trouble ou déficit observé a un impact direct sur l'aspect social. Le trouble des interactions sociales est commun à toutes les formes d'autisme. C'est pourquoi il est intéressant de traiter ce trouble par une rééducation individuelle ou groupale.

2.1 Définition

D'après les auteurs Favrod et Barrelet en 1993, les habiletés sociales sont « l'ensemble des capacités qui permettent de percevoir et de comprendre les messages communiqués par les autres, de choisir une réponse à la situation parmi différentes alternatives et de l'émettre en utilisant des comportements verbaux et non verbaux appropriés et socialement acceptés ».

En outre, selon Michelson, Suguai, Wood et Kazdin (1983), les habiletés sociales sont principalement développées par l'observation, l'imitation et le modelage. Elles s'inspirent des relations sociales et les renforcent. Par leur nature interactive, elles permettent à chacun de s'adapter à son environnement de façon efficace.

Liberman, Mueser et De Risi (2005) distinguent trois axes parmi les habiletés sociales :

- ✓ La perspective topographique comprend les éléments verbaux, para-verbaux et non-verbaux présents et porteurs de sens lors des interactions
- ✓ La perspective fonctionnelle renseigne sur la fonction des interactions. Ces dernières peuvent avoir un but utilitaire lorsqu'elles visent à obtenir quelque chose et/ou relationnel lorsqu'elles servent à développer et maintenir des liens sociaux.
- ✓ La perspective cognitive implique la capacité à traiter les informations de l'environnement social pour réagir de manière adaptée lors des interactions.

2.2 Les différentes manifestations du trouble des habiletés sociales :

Chez les personnes porteuses d'autisme, un déficit des habiletés sociales peut être repéré dès la petite enfance à cause de l'absence de certains précurseurs à la communication. Au contraire, d'autres manifestations n'apparaissent que plus tard dans le développement.

2.2.1 Chez le jeune enfant

Dès la petite enfance, des problèmes précoces concernant les précurseurs aux interactions sociales peuvent être observés chez les enfants porteurs de TSA. Entre autres, il est fréquent de voir chez eux un trouble du regard. Bernadette Rogé (2003) distingue trois types de déviations :

- ✓ une absence totale de contact oculaire,
- ✓ un regard « transfixiant » (qui traverse l'interlocuteur),
- ✓ ou périphérique (de côté).

Il y a aussi un déficit au niveau de la poursuite visuelle et de la coordination oculo-motrice avec une amélioration des capacités quand le mouvement est ralenti (Gepner, Mestre, Masson & De Schöenen, 1995).

Les auteurs citent également des expressions faciales déviantes (Adrien et al. 1993) ou encore une absence de pointage proto-déclaratif qui signe d'un trouble de l'attention conjointe (Osterling & Dawson, 1994). Les jeunes enfants autistes utilisent parfois l'adulte et notamment sa main comme un outil, sans le regarder, ce qui a tendance à limiter le partage social.

Ces aptitudes communicationnelles sont normalement la base de l'interaction précoce vers 7-9 mois, leur absence est donc problématique pour le développement de l'enfant. Pour autant, ces déviations ne sont pas systématiquement présentes, il peut même y avoir une phase sans problème particulier pendant les deux ou trois premières années, parfois même avec un développement normal du langage.

2.2.2 Chez l'enfant plus grand et l'adolescent

Chez la personne autiste, le comportement social et la compréhension des autres posent problème d'une manière générale. Elle est gênée par une mauvaise lecture des états intérieurs de l'interlocuteur et par une compréhension trop littérale et comportementale de ses mots et actions.

En effet, d'après Théo Peeters (2014), « le comportement social demande une grande souplesse et une bonne compréhension de l'abstrait, incompatible avec un style cognitif rigide ». Pour agir en société, une bonne théorie de l'esprit est nécessaire car cela permet de comprendre les comportements et les expressions et ainsi permet d'émettre des hypothèses sur ce que les gens ressentent, pensent, ou envisagent. Par exemple, des expressions comme « casser les pieds » ou « avoir un chat dans la gorge » peuvent être source d'inquiétude pour un enfant qui les aurait interpréter de façon littérale. Cette faculté, nécessaire à une bonne adaptation du comportement social est défectueuse ou sous-développée dans l'autisme.

Hermelin et O'Connor (1970) expliquent que les personnes autistes ne sont pas aidées par le sens des choses. Mettre du sens permet de sélectionner les informations (sons et visages humains par exemple), ainsi de comprendre les émotions, les gestes expressifs, les sentiments d'autrui. Cela permet d'apprendre à communiquer d'une manière adéquate et à se comporter socialement. Par exemple, Joseph Schovanec (2012), autiste savant, explique dans son livre « Je suis à l'est » ne pas savoir interpréter un clin d'œil. Cette

faculté d'interprétation n'est pas absente chez la personne porteuse de TSA, elle est seulement perturbée. Les informations qu'elle reçoit sont analysées d'une façon très comportementale sans dépasser le sens littéral. C'est pourquoi Uta Frith la qualifie parfois avec humour de « behavioriste ».

Pour compenser ces difficultés de compréhension sociale, les personnes porteuses de TSA expriment un besoin de routine, d'ordre, de rituel. Leur vie est considérée comme une pièce de théâtre, comme un jeu collectif dont ils ne connaissent pas les règles ni le langage des autres joueurs, où leur incompréhension de l'implicite peut devenir source de malentendu parfois lourd de conséquences.

2.2.3 Trois types d'interactions sociales dans l'autisme :

Certains auteurs comme Wing et Gould (1979), Bachevalier (1994) ou Dawson et al. (1995 cité in Peeters, 2014) tentent de distinguer différents types de comportements sociaux dans l'autisme, cela en fonction de l'étiologie ou encore de la variabilité du fonctionnement du système nerveux central.

- ✓ La neutralité sociale : Certaines personnes atteintes d'autisme semblent être indifférentes à leur environnement, elles n'y repèrent pas les changements par exemple. En général, elles ne cherchent pas l'interaction sociale ou même la découverte de nouvelles activités.
- ✓ L'interaction passive : Ces personnes acceptent davantage les autres et sont plus sensibles à leur environnement sans pour autant rechercher le contact social.
- ✓ L'interaction sociale active mais bizarre : Ce sont des individus qui semblent souffrir de leurs difficultés à communiquer avec les autres, ils recherchent les contacts sociaux surtout avec les adultes, mais le font maladroitement.

Bien qu'une classification semble pouvoir exister concernant les comportements, elle ne semble pas pouvoir catégoriser les personnes car, d'après Théo Peeters (2014) chaque individu autiste peut avoir, selon le lieu et le moment, les trois types d'interactions décrites ci-dessus.

Les personnes appartenant au troisième type sont les plus avides de conseils, ils sont notamment demandeurs d'une rééducation des habiletés sociales.

III Rééducation des habiletés sociales par l'imitation : le video modeling

1 La rééducation des habiletés sociales

D'une manière générale, lors d'une rééducation des habiletés sociales, les praticiens cherchent à développer des interactions satisfaisantes de la part de leurs patients. Ce qu'il faut entendre par satisfaisant dépend du milieu dans lequel ces derniers évoluent. Les rééducateurs souhaitent également éviter les comportements ayant des incidences négatives concernant l'intégration, la communication avec les autres.

Il est important de savoir qu'il existe une réelle possibilité d'amélioration des capacités sociales des patients porteurs de TSA. De nombreuses études ont prouvé l'efficacité de certaines méthodes, notamment behavioristes (Wacker, Berg, Harding & Cooper-Brown, 2009). Dans ce cadre, la rééducation doit être soutenue par un comportement adapté et facilitateur de l'adulte.

1.1 Les outils de rééducation :

Il existe plusieurs méthodes behavioristes utilisées communément pour rééduquer les habiletés sociales. L'evidence based practice² reconnaît plusieurs types d'intervention comme les scripts ou les mises en situation.

L'utilisation de scripts est une des modalités d'intervention les plus intuitives, elle consiste en la description détaillée des comportements sociaux avec du matériel écrit ou des dessins, des images et des pictogrammes. Ce support est notamment celui utilisé par Marc Montfort (2001) dans son livre *L'esprit des autres* ou encore par Carol Gray (1997) dans *Nouveau Livre De Scenarios Sociaux*. Le fait d'écrire explicitement les étapes d'une action complexe est controversé car cela fige la situation et n'apprend pas à réagir face à l'imprévu. Pourtant, les témoignages de personnes autistes comme Josef Schovanec (2013) ou Thérèse Joliffe (1992) montrent qu'ils y voient un réel intérêt car ce support correspond à leur fonctionnement analytique.

Une autre pratique fréquemment utilisée en rééducation est la mise en situation. Celle-ci ressemble à des petites scènes de théâtre où le patient joue la plupart du temps son propre rôle. Ces mises en situation peuvent également être effectuées dans la réalité, hors du cabinet d'orthophonie.

Ces différentes pratiques peuvent se compléter par une approche transversale des situations travaillées.

1.2 Les axes de rééducation des habiletés sociales :

Une rééducation des habiletés communicationnelles a pour objectif d'explicitier les situations sociales concernant la conversation et le langage. Afin d'en améliorer l'efficacité, trois axes de travail sont généralement suivis (Dixon et al., 2009) :

- ✓ Apprendre à initier un comportement social comme aller vers les autres, dire bonjour, entamer une discussion.
- ✓ Apprendre le comportement conversationnel et la détection des émotions de l'autre. Pour ce faire, l'orthophoniste peut expliquer des comportements typiques et décrire les éléments implicites d'une interaction entre individus.
- ✓ Apprendre des réponses toutes faites pour certaines situations (acheter quelque chose dans un commerce, utiliser un téléphone, demander de l'aide dans la rue ...)

Dans toute rééducation des habiletés sociales, il est important de partir de ce que l'enfant aime et connaît. En outre, on remarque que l'émergence du langage améliore spontanément et facilite ce type de prise en charge (Mundy, Sigman & Kasari, 1990).

2 Le video modeling

Le video modeling est une autre approche que les professionnels peuvent apporter en réponse aux troubles des interactions sociales. Développée plus récemment, ce type d'intervention est également reconnu par l'evidence based practice.

² L'Evidence-based-practice signifie « pratique basée sur les preuves ». C'est une démarche clinique qui s'appuie sur les données actuelles les plus probantes de la recherche, l'expertise du clinicien et les décisions des patients, afin d'effectuer les meilleurs choix thérapeutiques possibles. Il s'agit également d'examiner les études de la littérature de manière globale et critique en tenant compte des différents niveaux de preuves selon le type d'étude et sa méthodologie (Regnaud, Guayb, Marsal, 2009).

2.1 Le concept de modeling

D'après Albert Bandura (1974), les comportements humains sont transmis, délibérément ou inconsciemment, par l'exposition à des modèles sociaux. Le meilleur apprentissage social serait celui de l'observation d'un modèle réel, dans la vie réelle ou bien à la télévision ou dans les films. Il s'agit du modeling, aussi appelé copying ou apprentissage par l'observation.

Pourtant, le modeling est un concept plus large que l'imitation simple car elle sous-entend une implication émotionnelle nécessaire pour s'identifier à l'autre (Parsons, 1951). L'enfant construit son identité sociale en s'inspirant des comportements des personnes de son entourage qu'il apprécie.

Comme dans tout type d'apprentissage, quand le nouveau comportement est renforcé positivement, il est généralement plus facilement assimilé (Skinner, 1953). Or l'environnement social renforce naturellement les comportements qui entrent dans ses normes (Miller & Dollard, 1941). Par l'approbation de ses proches, l'enfant développe ses habiletés sociales.

2.2 Qu'est-ce que le Video Modeling ?

2.2.1 Définition

Le video modeling est un moyen d'apprentissage des habiletés sociales. Il s'appuie sur un support composé de courtes vidéos présentant un individu réalisant une série d'actions spécifiques et/ou des dialogues types. Il s'agit d'un modèle d'interaction à suivre.

En 2012, Tom Buggey apporte une définition plus précise. Selon lui, « le video modeling peut être défini comme une méthode éducative visant à développer les habiletés et les comportements d'un individu en visualisant le film d'une personne en train de faire une démonstration de ces habiletés ou ces comportements. La personne servant de modèle peut être un pair, un adulte, un personnage animé ou, dans le cas du self-video-modeling, l'individu lui-même. Le video modeling peut être utilisé pour enseigner un nouveau comportement, améliorer un comportement, ou pour remplacer ou supprimer un comportement inadéquat. Une caractéristique essentielle à tous les formats de video modeling est qu'ils doivent montrer uniquement des comportements positifs. Ces méthodes ne cherchent pas à montrer ce qu'il ne faut pas faire [...] ». »

Le concept de video modeling fait partie d'un concept plus large qu'est la « video instruction ». Cette dernière inclut tous les types de vidéos qui peuvent être utilisées afin de faciliter la généralisation des apprentissages d'habiletés sociales et communicationnelles. (Charlop-Christy & Daneshvar, 2003; Hine & Wolery, 2006; Nikopoulos & Keenan, 2004; Paterson & Arco, 2007; Schreibman, Whalen & Stahmer, 2000). C'est-à-dire les quatre types suivants :

- ✓ le VM (video modeling) quand le modèle est une personne extérieure,
- ✓ le VSM (video self modeling) quand le modèle est le patient lui-même,
- ✓ le PVM (point of view video modeling) quand le spectateur voit à travers les yeux du modèle. En termes techniques, la situation est filmée à la première personne par une caméra embarquée. Le modèle lui-même n'est pas visible.
- ✓ le video prompting qui décrit une action (par exemple l'utilisation d'un objet) et incite à la réaliser correctement.

Cette technique est aujourd'hui très développée aux Etats-Unis ou au Canada, on peut notamment citer le socio-guide (Bernier, Lamy & Mottron, 2003), mais elle l'est assez peu en France.

2.2.2 Principe et application

Concrètement, chaque vidéo dure en moyenne entre trois et cinq minutes. Cette durée a été validée par Buggey (2005) compte tenu des faibles capacités d'attention des personnes porteuses d'autisme.

La vidéo est montrée au patient dans l'objectif qu'il imite le comportement ciblé, soit immédiatement soit plus tard. Dans le cadre d'une rééducation, le VM peut être utilisé en complément d'autres types d'intervention comme l'Applied Behavior Analysis (ABA), ou en guise d'intervention principale (Buggey, 2012).

Dans son étude intitulée « Yes, they can ! » de 2011, Jacqueline Nadel explique que de jeunes enfants autistes avec un fonctionnement de bas niveau parviennent mieux à imiter une action complexe lorsqu'elle est présentée sous forme de vidéo car le modèle est alors plus stable qu'en cas de modèle in vivo. En outre, elle s'est aperçue que les résultats observés étaient nettement meilleurs après le deuxième visionnage.

2.2.3 Orientation et validité théorique

Cette méthode s'appuie sur une conception behavioriste avec une orientation procédurale. En effet, elle cherche à diminuer les comportements inadaptés socialement tout en développant et renforçant des comportements qui soient plus acceptés par la société.

A ce jour, trente et une études de cas et une étude de groupe ont montré l'efficacité du video modeling (Wong & al., 2014). Notamment, d'après la méta-analyse de Cathy Huaqing Qi, Yi-Ling Lin (2012), plusieurs études ont validé son influence positive sur les aptitudes sociales et communicationnelles des enfants porteurs de TSA.

Les domaines qui sont d'ors et déjà reconnus comme pouvant être traité par le VM sont : les habiletés sociales, la communication, le comportement, l'attention conjointe, le jeu, la préparation à l'entrée dans une école, le fonctionnement cognitif ainsi que les compétences motrices, les capacités d'adaptation et les habiletés verbales (Wong & al., 2014).

Cette approche a également fait ses preuves par ses possibilités de généralisation des nouveaux comportements appris (Dixon, Tarbox & Najdowski, 2009).

2.3 Effets du Video Modeling (VM) dans l'autisme

2.3.1 Répondre à des difficultés particulières

Il est reconnu que les personnes porteuses de TSA ont des difficultés à mettre du sens sur les informations qu'elles perçoivent. Afin de leur apporter une aide des plus efficaces, il est conseillé de s'appuyer sur leur point fort : la perception et notamment la perception visuelle. T. Peeters (1994) suggère de remplacer l'abstrait par du concret, de donner aux patients une traduction de ce qui les entoure. Il utilise le terme de « braille des autistes » pour parler de cela.

Le VM semble apporter une réponse concrète à ces difficultés par son fonctionnement très clair : toutes les informations y sont explicitées visuellement au maximum afin de rendre chaque geste utilisé compréhensible pour l'enfant. Ce type de rééducation correspond donc au fonctionnement analytique des personnes autistes.

De plus, dans le VM, une situation correspond à un comportement. Il n'y a pas d'improvisation. Or, la routine et la stabilité sont des éléments importants pour les personnes porteuses de TSA car elles permettent de mettre du sens à leur vie et de diminuer leurs angoisses face à l'imprévu. Le VM leur donne des points d'appuis, de repères sur lesquels ils peuvent s'appuyer dans un premier temps.

2.3.2 Obtenir une évolution concrète

Mise en pratique, la technique du VM apporte une évolution positive des comportements sociaux et communicationnels de la personne porteuse de TSA.

Les cliniciens notent une possibilité d'anticipation qui confère au patient un regard plus concret et conscientisé des situations courantes ainsi qu'une meilleure adaptabilité. La généralisation des acquis est possible et les progrès durables (Bellini & Akullian, 2007 cité in Bugghey, 2007). En outre, ils s'aperçoivent d'une diminution des craintes liées à des situations nouvelles.

Bugghey (2007) a réalisé une méta-analyse des études utilisant le video modeling à l'école et à la maison. Il a ainsi pu répertorier les effets positifs de la méthode : une amélioration des aptitudes sociales, du langage et des apprentissages mais également une diminution des troubles de l'attention, de la dépression, des comportements agressifs/perturbateurs, du mutisme sélectif, des comportements réactionnels dans l'autisme et des problèmes moteurs.

2.3.3 Les limites.

Le video modeling est une méthode reconnue comme étant efficace. Pour autant, il ne faut pas oublier certaines limites.

Tout d'abord, cette technique étant très récente, il est difficile d'avoir le recul nécessaire concernant son efficacité à long terme. Les études effectuées jusqu'alors ont parfois des biais méthodologiques, notamment le fait que des facteurs externes peuvent modifier les résultats. En effet, presque toutes les études, dix-neuf sur vingt-trois, d'après la méta-analyse de Bellini, Peters, Benner et Hopf en 2007, n'utilisent pas uniquement le VM dans leur protocole. La vidéo est presque systématiquement couplée à d'autres types de rééducation comme le jeu de rôle. On ne peut donc pas réellement prouver son efficacité seule.

Il existe également d'autres difficultés de mise en place à prendre en compte.

- ✓ Le fait que le video modeling impose un modèle à l'enfant est un inconvénient car il semble ambitieux de prétendre qu'un modèle parfait puisse exister.
- ✓ Réaliser un film de self video modeling dans un cabinet orthophonique n'est pas toujours possible. Filmer l'enfant puis faire un montage nécessite beaucoup de temps et de travail, d'où l'intérêt d'un matériel pré-construit.
- ✓ Il est impossible de travailler avec le video modeling sans avoir au préalable entraîné certaines capacités comme l'imitation.

2.4 Conclusion

Utiliser le video modeling dans les prises en charge orthophoniques permet une évolution positive des habiletés sociales des patients porteurs de TSA à condition que le matériel soit adapté et l'utilisation réfléchie. Les vidéos montrées à l'enfant doivent être adaptées à ses besoins et à son niveau de développement.

Chapitre II

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

I Problématique :

La littérature nous permet de supposer que les enfants porteurs de troubles du spectre autistique seraient aidés par une rééducation basée sur un support de type video modeling. Cela leur permettrait de développer d'une part des habiletés utilitaires liées à l'aspect pratique des interactions et d'autre part des habiletés conversationnelles liées à l'aspect relationnel.

Ce support a son intérêt en rééducation orthophonique par son approche pragmatique des situations langagières. En effet, la pragmatique correspond à l'utilisation du langage qui est l'un des axes de la communication du modèle tridimensionnel de Bloom et Lahey. Cet axe est celui qui est le plus déficitaire dans les pathologies autistiques. En grandissant, les enfants porteurs de troubles du spectre autistique sont de plus en plus souvent confrontés à des situations sociales dans lesquelles ils ne savent comment réagir. En outre, leur méconnaissance de certains codes sociaux, et leurs difficultés à interpréter les réactions d'autrui et à se conformer aux attentes de l'environnement compliquent de manière parfois considérable leur quotidien.

Or, le video modeling a pour intérêt d'explicitier toutes ces règles implicites, c'est pourquoi son utilisation semble indiquée. C'est un outil concret dont les personnes porteuses d'autisme peuvent s'emparer.

Alors que le concept de video modeling s'est déjà généralisé dans certains pays, notamment le Canada et les Etats-Unis, il s'agit d'un support très peu développé en France. Pourtant, le besoin d'un tel outil dans la pratique orthophonique est important et la demande est forte (cf. annexe VI).

Par la création d'un film de video modeling, puis la mise en place d'une rééducation à l'aide de ce support, nous tentons de répondre à la question suivante :

Quel serait l'impact d'un support de rééducation de type video modeling sur l'évolution des habiletés sociales, utilitaires et conversationnelles, d'enfants porteurs d'autisme de 8 à 13 ans ?

II Hypothèses :

1 Hypothèses théoriques :

Nous supposons que les enfants porteurs d'autisme adapteront mieux certains comportements sociaux, que ce soit en cabinet ou dans leur quotidien, après avoir bénéficié de la rééducation avec support vidéo de type video modeling durant plusieurs semaines.

Nous supposons que les personnes ayant participé à l'étude seront satisfaites de l'intervention et du support vidéo créé.

2 Hypothèses opérationnelles :

A la suite d'une rééducation basée sur l'utilisation du video modeling durant huit semaines auprès de sujets porteurs d'autisme de 8 à 13 ans, nous nous attendons à percevoir une amélioration.

Hypothèse 1 :

Nous supposons que les scores obtenus au post-test seront supérieurs à ceux du pré-test au questionnaire d'évaluation proposé aux parents sur quatre comportements sociaux : la conversation, les salutations, l'utilisation d'un téléphone et l'achat dans une boulangerie.

Hypothèse 2 :

Nous supposons également que les scores obtenus au post-test seront supérieurs à ceux du pré-test au questionnaire d'auto-évaluation proposé aux enfants sur quatre comportements sociaux : la conversation, les salutations, l'utilisation d'un téléphone et l'achat dans une boulangerie.

Hypothèse 3 :

Nous supposons que les orthophonistes noteront des appréciations positives dans un questionnaire de satisfaction concernant le matériel et l'intervention auprès de leur patient.

Hypothèse 4 :

Nous supposons que les parents noteront des appréciations positives dans un questionnaire de satisfaction concernant le matériel et l'intervention auprès de leur enfant.

Chapitre III

PARTIE EXPERIMENTATION

I Développement d'un support de video modeling

Le video modeling étant un outil peu développé en France et notamment pour la tranche d'âge choisie, nous avons avant tout dû créer le support de notre rééducation.

1 Questionnaire préalable (annexe VI)

En premier lieu, nous avons mis en évidence la demande clinique par un questionnaire diffusé auprès de 76 orthophonistes françaises (cf. figure 1). Suivant leurs conseils, nous avons décidé de créer un support adapté à la prise en charge individuelle utilisable en cabinet libéral (cf. figure 2).

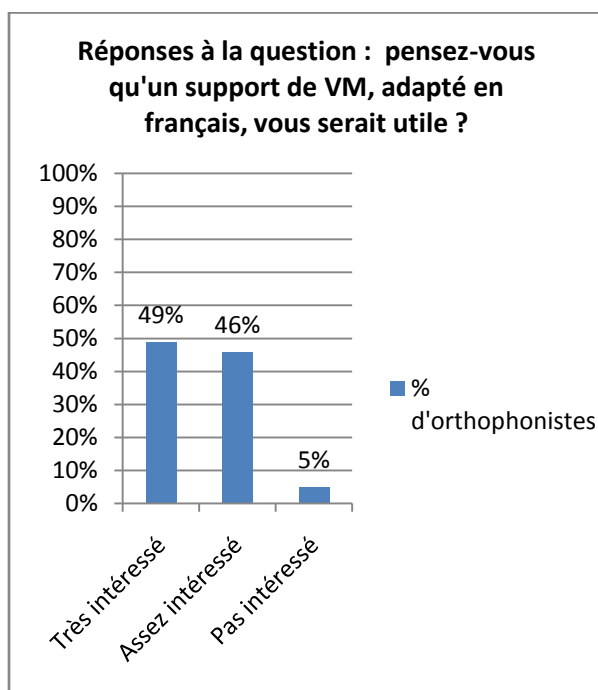


Figure 2 : degré d'intérêt pour la création d'un support de VM.

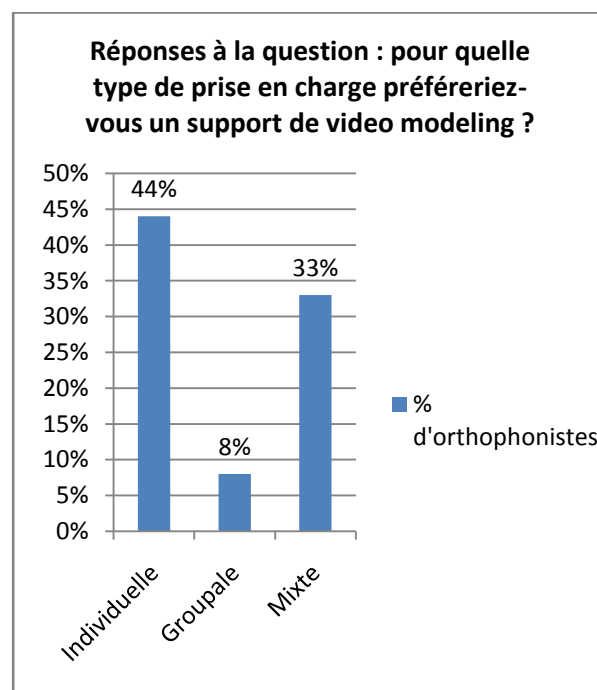


Figure 3 : type de prise en charge préféré.

Le questionnaire nous a également permis de mettre en relief les différents thèmes envisageables. Parmi les nombreuses suggestions de scénarii sociaux que nous avons reçues, certaines étaient récurrentes.

Nous avons choisi de les trier selon trois types : les scénarii qui permettent d'initier un comportement social, ceux liés au comportement conversationnel, et ceux qui relèvent plus de réponses toutes faites à utiliser dans certaines situations. Ces trois catégories sont celles décrites par Dixon et al. (2009).

2 Description des scénarii

Ainsi, nous avons dégagé trois thèmes qui correspondent à 16 séquences filmées d'une durée de 2 minutes 30 chacune.

Tableau 1 : Description des scenarii

Thèmes		Séquences
Thème 1 : Aller vers les autres et entamer l'échange		Séquence 1 : Faire des salutations adaptées à son interlocuteur : adapter la distance, les mots et les gestes selon la proximité affective.
		Séquence 2 : Demander « Comment ça va ? » et y répondre, comprendre en quoi cette question est importante.
Thème 2 : Discuter et prendre en compte son interlocuteur		Séquence 3 : Initier, maintenir et clore une conversation avec un autre enfant en étant adapté dans son attitude et les informations transmises.
		Séquence 4 : Les trois comportements à éviter dans une conversation afin de ne pas déstabiliser ou ennuyer son interlocuteur. Il s'agit de la seule vidéo montrant des attitudes à ne pas faire. Contraire au principe du video modeling, elle est pour autant très parlante pour les enfants.
Thème 3 : Apprendre des réponses toutes faites pour certaines situations :	Faire des achats dans une boulangerie :	Séquence 5 : Acheter du pain dans une boulangerie en prêtant attention à son comportement, apprendre le dialogue habituel, savoir payer et récupérer la monnaie éventuelle.
		Séquence 6 : Les cas particuliers liés à cette situation d'achat : faire la queue si d'autres clients sont déjà présents, réagir à l'absence de la boulangère.
	Utiliser un téléphone	Séquence 7 : Téléphoner à un ami pour l'inviter à jouer : apprendre par cœur le début et la fin d'un échange téléphonique, adapter son attitude en l'absence d'informations non-verbales.
		Séquence 8 : Téléphoner à un médecin pour prendre un rendez-vous : apprendre à avoir une discussion en langage plus soutenu avec des professionnels que l'on vouvoie.
		Séquence 9 : Répondre quand le téléphone sonne dans trois situations : passer le combiné à une tierce personne, expliquer que la personne voulue n'est pas présente ou expliquer à l'interlocuteur qu'il s'est trompé de numéro.
	Jouer en famille à un jeu de cartes :	Séquence 10 : Passer un moment amusant en respectant les règles.
		Séquence 11 : Apprendre à réagir de façon adaptée si quelqu'un triche : expliquer la

		situation calmement afin de réparer l'erreur.
		Séquence 12 : Avoir une réaction contrôlée lorsque l'on perd et lorsque l'on gagne : montrer ses sentiments sans être excessif
	Jouer avec des amis	Séquence 13 : Inviter ses amis à jouer : leur proposer de participer au jeu que l'on est en train de faire sans les forcer, apprendre à partager ses jouets.
		Séquence 14 : Réagir si les autres ne veulent pas participer en jouant un peu seul, ou en choisissant ensemble un autre jeu qui plait à tout le monde.
		Séquence 15 : Participer au jeu de ses amis : leur demander l'autorisation et les règles du jeu et observer les comportements de chacun afin de s'adapter au mieux.
	Demander de l'aide	Séquence 16 : Apprendre comment demander de l'aide à un passant lorsque l'on est perdu et écouter les informations données pour s'en servir ensuite.

Certaines règles comme la politesse, le tutoiement/vouvoiement, le regard, l'attitude à adopter dans une discussion ou encore la prise en compte des émotions de l'autre sont des éléments transversaux de nos vidéos.

Au cours de ces 16 séquences filmées, les enfants retrouvent à chaque fois Nathan, le personnage principal. Il s'agit d'un garçon de 12 ans neurotypique qui montre comment il agit et se comporte au quotidien dans certaines situations et lorsqu'il discute avec ses amis ou parents. Les patients peuvent facilement s'identifier à lui. Ce n'est pas un enfant parfait, il fait seulement du mieux qu'il peut pour s'adapter à son environnement.

3 Schéma d'une séquence filmée

La durée de chaque séquence a été choisie en fonction de plusieurs paramètres. Tout d'abord, Tom Buggey (2005) préconise des vidéos de 3 à 5 minutes compte tenu des faibles capacités attentionnelles des patients porteurs d'autisme. De plus, la durée moyenne d'une séance individuelle en orthophonie dans le cadre d'une intervention en libéral étant de 30 à 40 minutes, les notions présentées en deux ou trois minutes de film sont suffisantes.

Chaque séquence suit un schéma identique, déterminé par un découpage en trois parties :

- ✓ Dans un premier temps, nous présentons la situation entière, la vidéo se déroulant sans interruption.
- ✓ Ensuite, la même vidéo est montrée à l'identique. Cette fois-ci, la séquence est entrecoupée d'arrêts sur image durant lesquels une voix off commente chaque étape. Toutes les actions sont décrites et un maximum d'éléments implicites, dus au contexte ou aux personnages, sont rendus explicites.

-
- ✓ Enfin, un résumé des compétences est proposé à l'écrit et à l'oral puisqu'il est lu par la voix off. Nous avons choisi ici d'utiliser ces deux modalités auditives et visuelles afin de favoriser la mémorisation.

Pour notre étude, nous avons choisi quatre séquences. Il s'agit des scénarii correspondant aux comportements conversationnels de discussion et de salutations ainsi que les comportements utilitaires d'usage d'un téléphone et d'achat dans une boulangerie. Nous espérons ainsi utiliser un échantillon représentatif du matériel créé.

Les choix effectués lors du tournage et du montage se situent en annexe I.

II Evaluation du support

1 Participants :

Nous avons recruté quatre sujets pour notre expérimentation. Ces quatre enfants sont âgés de huit à douze ans, tous de sexe masculin. Ils sont suivis en orthophonie régulièrement suite à leur diagnostic de trouble du spectre autistique ou trouble envahissant du développement.

1.1 Sélection de la population

1.1.1 Critères d'inclusion

Tous les enfants devaient impérativement avoir un diagnostic de TSA, TED, ou autisme.

De plus, l'âge des participants devait être compris entre huit et treize ans inclus. En effet, les habiletés sociales et leur pré-requis peuvent être travaillés à tout âge, mais cette période correspond à un moment charnière puisqu'elle coïncide assez souvent avec la prise de conscience du handicap par les enfants porteurs de TSA. Cette tranche d'âge a été validée par 76 orthophonistes en France lors de la diffusion d'un sondage établi par nos soins. Une majorité d'entre elles jugeaient avoir besoin d'un nouvel outil pour leurs patients de cet âge plutôt que pour les enfants plus jeunes (cf. figure 1).

En outre, nous avons sélectionné uniquement des enfants ayant un suivi orthophonique régulier, c'est à dire au minimum une fois par semaine, en individuel ou en groupe, en libéral ou en institution.

1.1.2 Critères d'exclusion

Différents éléments n'étaient pas compatibles avec la mise en place de notre protocole de rééducation. Au vu du type de matériel utilisé, un film étant composé de stimuli visuels et auditifs, nous avons dû exclure les personnes présentant les troubles sensoriels correspondants.

De même, tout enfant n'ayant pas les capacités cognitives et attentionnelles pour s'intéresser à un support vidéo ne pouvait pas participer à notre expérimentation. Ce jugement était effectué par son orthophoniste habituel.

Les enfants présentant une absence de langage oral et/ou un désintérêt total pour la communication avec autrui ont été exclu de l'étude car nous souhaitons intervenir auprès d'enfants présentant déjà une envie d'améliorer leurs relations sociales.

En revanche, il n'était pas utile de savoir lire pour bénéficier du matériel ni pour remplir le questionnaire puisqu'il se présentait sous la forme d'un entretien semi-dirigé.

Enfin, pour limiter les biais et éviter de mesurer l'impact d'un autre matériel que le nôtre, il était demandé qu'aucune prise en charge avec vidéo ne soit parallèlement mise en place.

1.1.3 Constitution de l'échantillon

Pour sélectionner notre population, nous avons contacté des orthophonistes de la région Rhône-Alpes qui se sont mis en lien avec le Centre Ressource Autisme (CRA) de Lyon. En utilisant cette liste pré-établie, nous nous sommes assurées de cibler notre requête aux orthophonistes concernés par les TSA.

Afin de faire passer nos questionnaires de pré-test, nous nous sommes rendues dans les cabinets des orthophonistes les prenant en charge, la plupart du temps sur le temps de séance habituelle. Pour un des enfants, nous avons effectué la récolte de données directement à domicile. Dans ce dernier cas, l'entretien avec les parents et l'enfant a été complété par un entretien téléphonique avec l'orthophoniste.

Ces premières entrevues nous ont permis de mieux connaître les sujets ainsi que leurs parents et les orthophonistes, de les soumettre à des questionnaires et d'obtenir leur accord, cette étape étant nécessaire à la mise en place du protocole.

1.2 Présentation des enfants

Nous allons maintenant vous présenter les quatre enfants participant à notre expérimentation. Afin de respecter l'anonymat, seules les initiales de leurs prénoms figurent dans ce mémoire.

Tableau 2 : Présentation des participants

	M.	S.	T.	Z.
Age	9 ans	12 ans	9 ans	8 ans
Niveau scolaire	CM1 avec AVS	6 ^{ème} avec AVS	CLIS	CM1 avec AVS
⇒ Enfants porteurs d'autisme de haut niveau, avec langage.				

1.2.1 L'enfant M.

M. est un enfant de neuf ans scolarisé en CM1 avec un Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS). Il bénéficie d'une rééducation orthophonique deux fois par semaine. Il est également pris en charge par le Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) dans le cadre duquel il participe à un groupe de rééducation des habiletés sociales et bénéficie d'une aide ponctuelle par une éducatrice à domicile et à l'école.

A l'aide de la Children Communication Checklist (CCC) de Bishop (1998) remplie par sa mère, nous avons pu mettre en évidence ses difficultés pragmatiques (Cf. figure 3). En effet, on peut s'apercevoir que M. obtient des scores très faibles (-2 ET) pour trois des cinq domaines concernant la pragmatique du langage : les domaines « cohérence », « langage stéréotypé » et « rapport conversationnel ». Il est ouvert socialement puisque son score est bon dans le domaine « relations sociales », mais celui obtenu dans le dernier domaine montre que ses centres d'intérêts sont restreints.

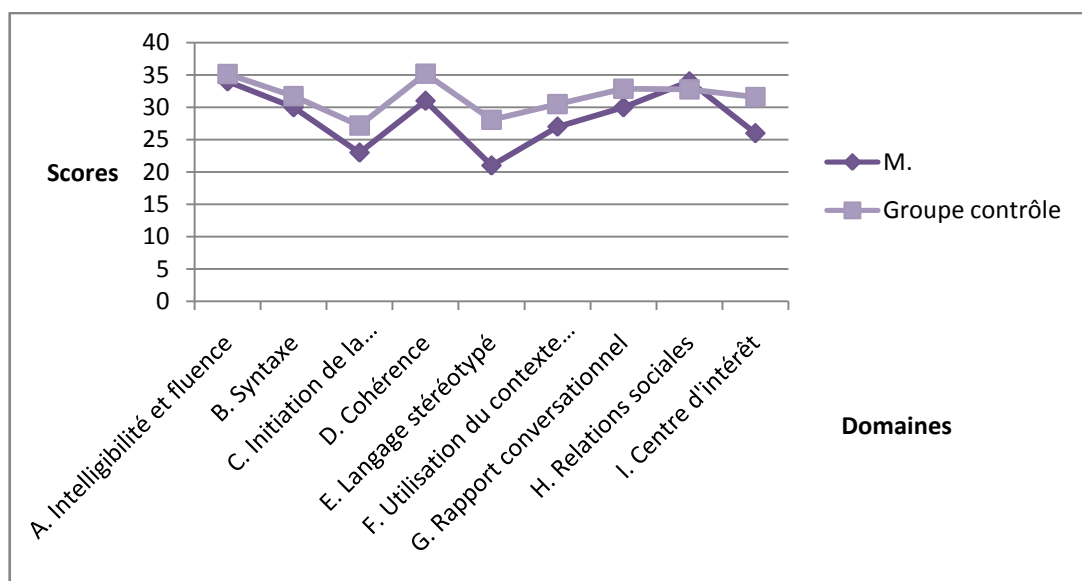


Figure 4 : Scores à la CCC de M. par rapport à la norme

Au niveau de son comportement, c'est un garçon sociable et souriant, facilement à l'aise dans l'interaction quand la situation est familière. Il a une petite sœur et de nombreux cousins et cousines avec lesquels il aime jouer. Il est pourtant assez angoissé, pas toujours informatif et a parfois des difficultés à comprendre les réactions des autres ou ce qu'on attend de lui. Son orthophoniste ajoute qu'il peut parfois dire des choses vexantes sans le vouloir.

Finalement, sa façon d'agir nous donne la sensation d'un comportement appris et plaqué. Le regard est présent par automatisme lorsqu'il dit bonjour par exemple mais redevient fuyant immédiatement après.

Pour finir, M. s'intéresse à des questions philosophiques autour de Dieu, d'autres plus scientifiques comme le fonctionnement de la Terre. Il est également passionné par les transports en commun comme le train ou les lignes de métro.

1.2.2 L'enfant S.

S. est le plus grand de nos participants. C'est un enfant autiste Asperger de 12 ans scolarisé en 6^{ème} avec un AVS dans une Classe à Horaires Aménagés Musique (CHAM) en lien avec le conservatoire de musique. Il est pris en charge en orthophonie depuis la moyenne section de maternelle et a bénéficié d'un groupe d'entraînement aux habiletés sociales du CP au CM1.

La CCC de S. (cf. figure 4), remplie par sa mère, montre des difficultés globales, tant au niveau de la forme que de la pragmatique du langage. En effet, les scores obtenus dans les domaines langagiers sont tous chutés, c'est-à-dire « intelligibilité et fluence », « syntaxe », « cohérence », « langage stéréotypé », « utilisation du contexte conversationnel » et « rapport conversationnel », excepté le domaine « initiation de la conversation ». En revanche, les résultats soulignent le fait que S. est un garçon ouvert socialement et curieux dans ces centres d'intérêts.

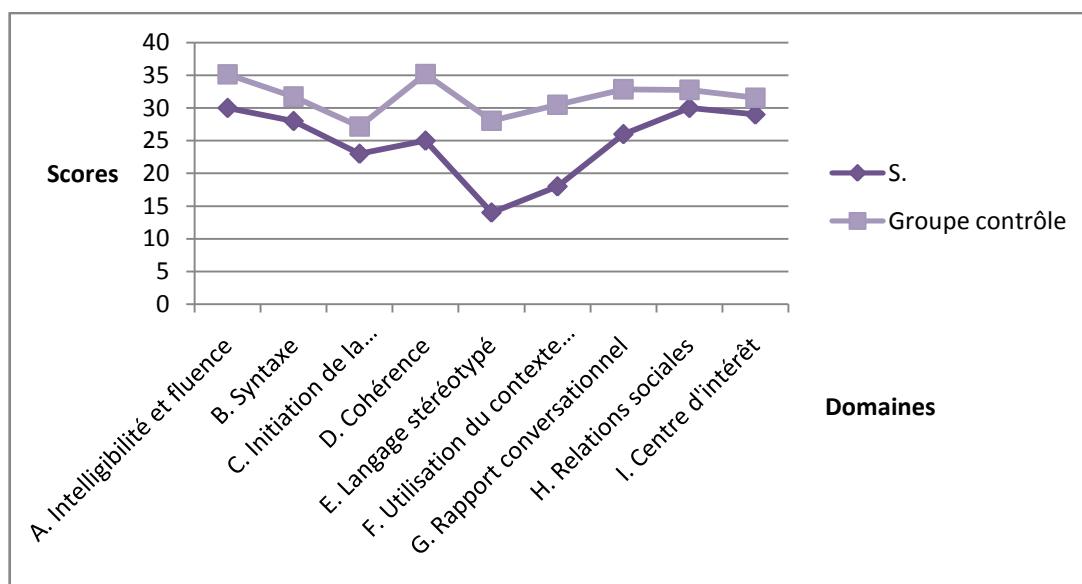


Figure 5 : Scores à la CCC de S. par rapport à la norme

Au niveau du cercle familial, il vit avec ses parents et son petit frère. C'est un enfant curieux et social qui aime parler avec les autres et a plusieurs copains à l'école. Pourtant, son comportement est parfois encore inadapté. Il pose beaucoup de questions, monopolise la parole, n'adapte pas toujours son attitude à la personne à qui il parle.

Plus généralement, il a besoin de tout planifier car l'imprévu est source de crainte pour lui. Il demande peu souvent de l'aide. Son langage oral est élaboré même s'il utilise parfois des mots qu'il ne comprend pas. Il est à l'aise avec le matériel écrit.

De plus, S. s'intéresse tout particulièrement à l'informatique et aux téléphones portables qu'il sait très bien utiliser. Il aime également la musique.

1.2.3 L'enfant T.

T. a onze ans au moment du pré-test. Il est scolarisé en Classe pour l'Inclusion Scolaire (CLIS) et en hôpital de jour une à deux fois par semaine. Il suit une rééducation orthophonique une fois par semaine depuis trois ans.

La CCC remplie par ses deux parents nous donne des renseignements sur son niveau langagier (Cf. figure 5). T. obtient des scores dans la norme en ce qui concerne la forme du langage c'est-à-dire les domaines « intelligibilité et fluence » ainsi que « syntaxe ». Pour tout le reste, c'est-à-dire l'utilisation du langage ainsi que les centres d'intérêts, ses scores sont inférieurs d'au moins 2 écarts-types à ceux des autres enfants.

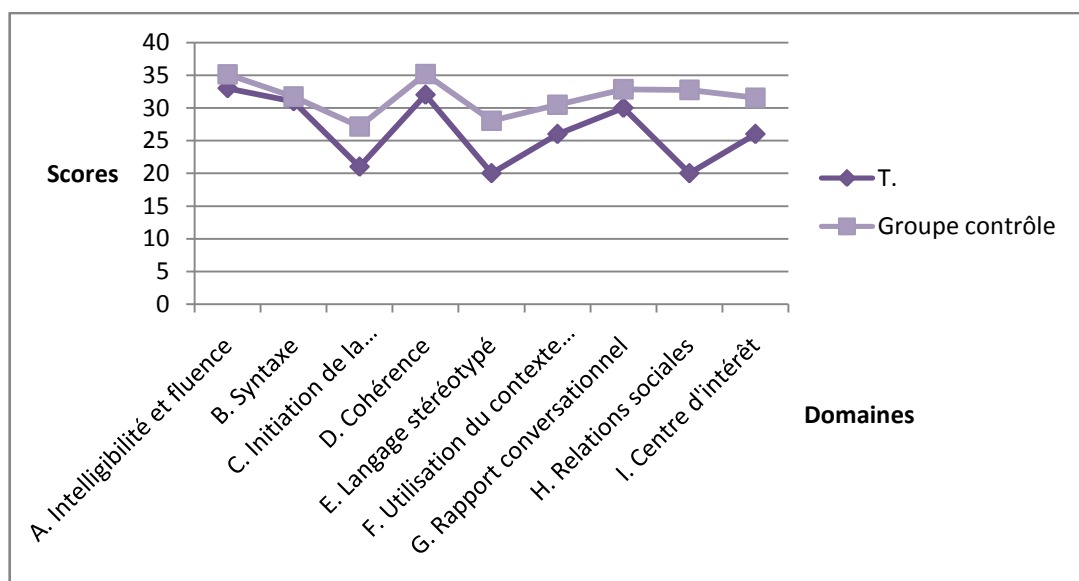


Figure 6 : Scores à la CCC de T. par rapport à la norme.

C'est un enfant très angoissé : ses peurs, par exemple celle d'être kidnappé, sont violentes. Il parle fort et fait beaucoup de mouvements stéréotypés comme du flapping ou des cercles avec sa tête ce qui parasite son attention. Il est souvent dans un comportement de refus ou de fuite, il peut parfois être injurieux. Un cadre rassurant et des pictogrammes l'aident à se canaliser pour travailler plus sereinement.

Au niveau social, il n'a pas de frère et sœur et passe peu de temps en contact avec d'autres enfants. A l'école il dit préférer s'asseoir seul sur un banc. A la maison, il joue beaucoup aux jeux vidéo malgré les sollicitations de sa maman à faire d'autres activités. Il fréquente finalement surtout des adultes. Les quelques enfants avec qui il aime passer du temps sont ses cousines. T. connaît les règles sociales et les conduites de réparation, il les utilise volontiers bien qu'il le fasse souvent maladroitement.

T. s'intéresse beaucoup aux bateaux, notamment tous ceux qui ont fait naufrage, à Harry Potter et à l'Inspecteur Gadget. Il joue beaucoup aux jeux vidéo et regarde la télévision. Il aime également jouer aux Lego® et aux Playmobil®.

1.2.4 L'enfant Z.

Z. est un enfant de huit ans. Il s'agit du plus jeune de nos sujets. Depuis septembre, il est scolarisé en classe de CE2 avec l'aide d'un AVS. Jusqu'à présent, sa scolarité a été plutôt chaotique et irrégulière. La prise en charge orthophonique quant à elle est régulière depuis plusieurs années.

Concernant la CCC, Z. est dans la norme au niveau de la forme de la langue (cf. figure 6). Il dépasse légèrement la moyenne des scores des enfants neuro-typiques dans le domaine « syntaxe ». En revanche, pour le langage pragmatique, l'ensemble des domaines est déficitaire mis à part la cohérence du discours.

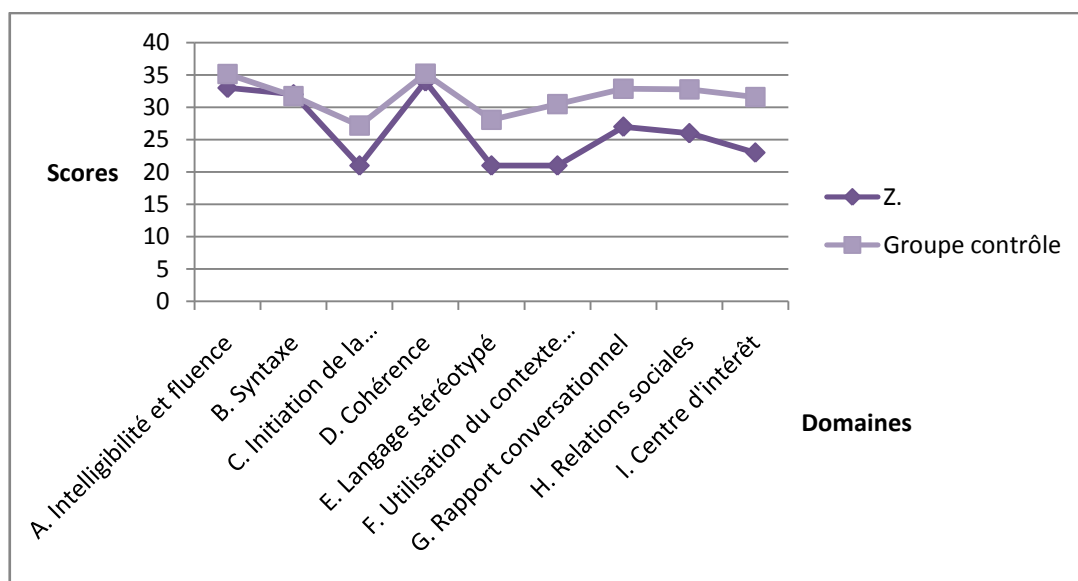


Figure 7 : Scores à la CCC de Z. par rapport à la norme.

Au niveau des habiletés sociales, Z. est ce que l'on pourrait appeler un enfant atypique. Son comportement se rapproche de celui d'un adulte voire d'un personnage d'un livre du dix-neuvième siècle tant au niveau de son langage soutenu et adultomorphe, que de son utilisation et de ses centres d'intérêts. Au début de notre prise en charge, il a très peu de contacts avec les autres enfants en dehors de son meilleur ami. En outre, il est enfant unique.

C'est un enfant timide qui perd rapidement ses moyens en cas d'imprévus. Généralement calme, il peut toutefois s'agacer dans les situations difficiles ou d'échec. Il est très bavard lorsqu'il est à l'aise. On s'aperçoit qu'il mène la discussion vers ce qui l'intéresse de façon habile et adaptée. En revanche, si on lui impose le thème ou si l'on pose des questions, il peut rapidement être déstabilisé.

Z. s'intéresse à la mode car il aime les vêtements élégants. Il pose également beaucoup de questions concernant les métiers comme ceux de la santé (les urgences, les pompiers, les ambulanciers ...) ou concernant les jardins.

2 Matériel :

Dans un premier temps, pour obtenir quelques premières informations sur les patients nous avons effectué un entretien avec chaque orthophoniste. Les éléments recueillis concernaient leur personnalité, leur niveau initial de langage, d'habiletés sociales et de pragmatique, leur comportement communicationnel, ainsi que leur comportement global.

Parallèlement, afin d'évaluer les compétences et les difficultés des enfants dans le domaine de la pragmatique du langage, nous avons demandé aux parents de remplir la CCC de Bishop (1998).

2.1 La Children Communication Checklist (Bishop, 1998)

Cette grille a été établie en 1998 par Bishop et a été traduite en français par C. Maillard en 2003. Son but initial était de distinguer les enfants ayant des difficultés purement langagières, comme dans certaines dysphasies, par rapport aux enfants porteurs de troubles pragmatiques associés, comme dans les troubles autistiques. Cette grille n'a pas été établie pour poser un diagnostic, elle permet simplement d'avoir de nombreux

renseignements sur les compétences pragmatiques de l'enfant et de les comparer à la norme établie.

Elle est remplie par une personne qui connaît bien l'enfant : parent, professeur, etc. Elle comporte 70 items regroupés en 9 domaines, qui sont respectivement : intelligibilité et fluence, syntaxe, initiation de la conversation, cohérence, langage stéréotypé, utilisation du contexte conversationnel, rapport conversationnel, relations sociales et centres d'intérêts. Les deux premiers domaines évaluent la forme du langage (phonologie et syntaxe), les cinq domaines suivants concernent les difficultés pragmatiques, et pour finir les deux derniers ciblent des aspects non linguistiques propres aux comportements autistiques. La majorité des items évaluent des difficultés de communication des sujets tandis que d'autres indiquent des points forts. Il s'agit d'estimer si les différents items s'appliquent un peu, tout à fait ou pas du tout à l'enfant.

2.2 Les questionnaires d'évaluation

Nous avons élaboré des questionnaires d'évaluation (Annexe II) et d'auto-évaluation (Annexe III) pour évaluer les comportements des enfants dans les quatre situations correspondant aux séquences de film choisies. Il s'agit de « dire bonjour », « faire la conversation », « utiliser un téléphone », et « acheter du pain à la boulangerie ». Il était nécessaire de créer notre matériel d'évaluation car aucune grille ou aucun test connu à ce jour ne permettait de mesurer de telles compétences sociales de manière objective et précise. Ces questionnaires étaient proposés respectivement aux parents et aux enfants sous forme d'entretiens semi-dirigés avant puis après l'expérimentation afin d'évaluer l'impact de notre rééducation.

Leur structure est la même pour celui des parents et celui des enfants. Pour chaque thème, il était demandé à quel point l'enfant savait faire l'action cible - pas du tout, un peu, beaucoup, très bien, parfaitement. Ces réponses étaient ensuite respectivement transformées en notes de un à cinq. En outre, des questions plus fines étaient posées sur chaque thème afin de recueillir des éléments qualitatifs plus précis.

2.3 Les questionnaires de satisfaction (Annexe V)

A la suite de notre intervention, nous avons envoyé des questionnaires de satisfaction aux parents et aux orthophonistes afin de mesurer leur degré de satisfaction quant à notre protocole, au choix du matériel, à la clarté des informations données, à la pertinence, et aux effets de notre intervention.

Le but de ce questionnaire était d'entrevoir le niveau de satisfaction global des parents et des orthophonistes afin de savoir ce qui était bénéfique, ce qui ne l'était pas, ce que l'on pourrait améliorer pour utiliser cette approche du video modeling en prise en soin orthophonique.

3 L'entraînement

A l'aide du support de video modeling que nous avons créé au préalable, un entraînement des habiletés sociales a été proposé aux enfants sur plusieurs semaines.

Notre intervention a eu lieu de septembre à décembre 2014. Pour T. et S., elle avait lieu au cabinet de l'orthophoniste et en présence de cette dernière, tandis que pour Z. et M., elle se tenait au domicile des participants. L'avantage de ces lieux était d'être familiers aux enfants et donc peu source d'angoisse ou de changement.

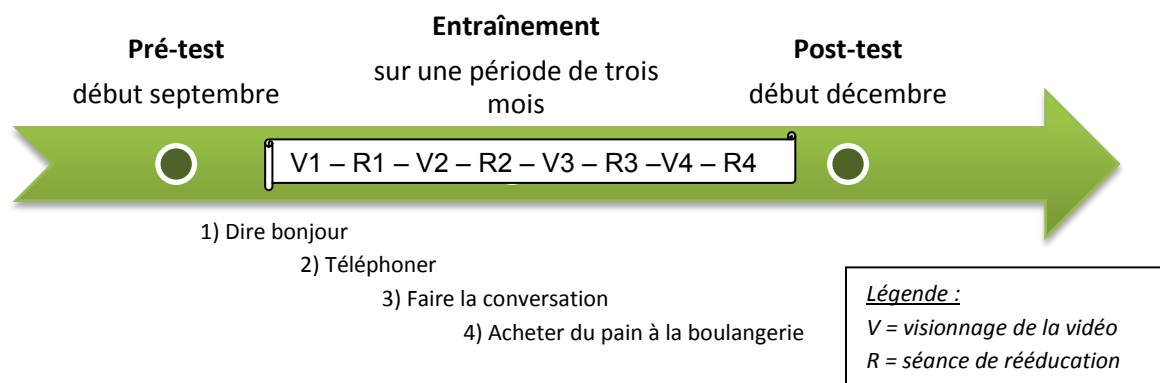


Figure 8 : Calendrier de l'intervention

3.1 Le pré-test

Les deux premières semaines de septembre ont été consacrées à la passation du pré-test. Il s'agissait d'une rencontre avec les parents et l'enfant au cabinet de l'orthophoniste pour Z., S. et T. et à domicile pour M. Nous étions toutes les deux présentes. Les outils utilisés étaient la CCC et les questionnaires d'évaluation et d'auto-évaluation. L'entretien a duré environ une heure.

3.2 L'entraînement

La période d'entraînement, étalée sur trois mois, correspond à huit semaines de rééducation effective. Chacune des 4 séquences sélectionnées pour l'expérimentation donnait lieu à un travail sur deux séances.

Durant les dernières minutes des séances « visionnage » (V sur la figure 3), au cabinet ou à domicile, l'orthophoniste ou les parents montraient la séquence au patient sans faire de commentaire dessus. Nous n'assistions pas toujours à ce visionnage car il ne nécessitait aucune intervention de notre part.

Les séances « rééducation » (R sur la figure 3) avaient lieu soit à domicile (pour M. et Z.) soit au cabinet de l'orthophoniste et donc en sa présence (pour T. et S.). Pour chaque enfant, seule l'une d'entre nous, toujours la même, était présente. Ces séances duraient entre 30 et 40 minutes.

Dans notre intervention, nous avons adapté l'approche d'éducation structurée de Théo Peeters (2014) et Bernadette Rogé (2003)³ en proposant un plan de séance à chaque fois identique et bien défini à l'avance. Nous nous conformions cependant à ce qui était déjà mis en place pour l'enfant afin de maintenir une continuité rassurante avec les séances d'orthophonie habituelles.

Concernant le déroulement d'une séance, nous annoncions tout d'abord le plan à l'aide de pictogrammes ou d'un support écrit selon le niveau de représentation des participants. Ce plan décrivait les quatre activités systématiques :

³ L'éducation structurée s'appuie sur deux axes : structurer l'environnement en définissant plusieurs espaces dans la pièce et expliciter les étapes en créant un schéma de séance adapté à l'enfant. En outre, il est possible d'ajouter un rituel de début et fin de séance et de laisser un temps de choix et/ou de récompense.

-
- ✓ Dans un premier temps, nous visionnions une seconde fois la même vidéo que celle de la semaine « visionnage » précédente.⁴
 - ✓ Ensuite nous discutons autour de cette vidéo et construisons une fiche récapitulative de la situation sociale correspondante et des habiletés conversationnelles nécessaires. Cette fiche était écrite soit par nous-mêmes, soit par l'enfant - à sa demande - et pouvait contenir des dessins ou pictogrammes.
 - ✓ Puis, nous entamons des jeux de rôle les plus variés possibles autour de la séquence vidéo avec une inversion des rôles entre le participant et nous-mêmes. Une fiche « jeu de rôle » (annexe IV) donnait des exemples de saynètes possibles à jouer.
 - ✓ Enfin nous donnions des objectifs personnalisés à faire chez soi dans le but d'obtenir une meilleure généralisation des acquis. Ces objectifs étaient trouvés et discutés avec l'enfant. Ils étaient notés sur une fiche prévue à cet effet (annexe IV), puis nous les annonçons aux parents. Une récompense pouvait aussi être accordée à la fin de la séance (un jeu choisi, etc.) selon les habitudes de l'enfant et la nécessité d'employer une motivation externe.

3.3 Le post-test

La passation du post-test avait lieu au cabinet (T., S.) ou à domicile (M., Z.) à la mi-décembre. Il s'agissait à nouveau d'une rencontre avec les parents et l'enfant. Nous utilisons les mêmes questionnaires d'évaluation et d'autoévaluation afin de mesurer les progrès.

Un questionnaire de satisfaction a été proposé ultérieurement par voie électronique aux parents et aux orthophonistes.

⁴ Ce choix de visionner deux fois la même séquence à une semaine d'intervalle a été fait car nous savons que l'anticipation est un facteur qui favorise la compréhension et l'imprégnation des situations d'habiletés sociales (Nadel, 2011). Or, un deuxième visionnage espacé suffisamment du premier permet cela puisque les informations se répètent de manière stable et prévisible.

Chapitre IV

PRESENTATION DES RESULTATS

I Les résultats par enfant

1 Résultats pour M.

1.1 Le questionnaire d'évaluation aux parents

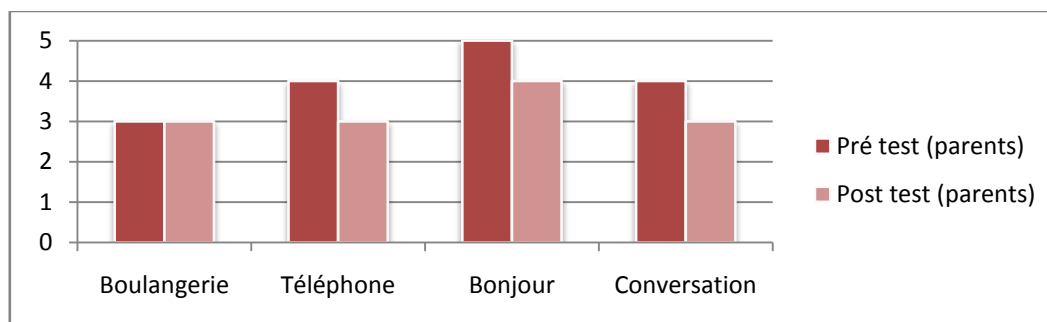


Figure 9 : questionnaire aux parents de M.

Le questionnaire que nous avons fait passer aux parents de nos participants est découpé en quatre parties selon les quatre thèmes abordés dans notre rééducation. Pour chacun, une question globale était proposée dans laquelle les parents devaient juger des compétences de leur enfant. Pour ce faire, ils choisissaient entre les mentions « pas du tout » qui correspond à un score de un sur cinq, « un peu » qui correspond à deux points sur cinq, « assez bien », trois points sur cinq, « très bien », quatre points sur cinq, et « parfaitement » pour un score de cinq sur cinq. Afin de compléter notre évaluation, des questions plus précises et des demandes de descriptions étaient également demandées aux parents pour chaque thème. Le même questionnaire a été proposé en pré-test et en post-test afin de comparer les compétences des enfants et ainsi évaluer l'impact de notre intervention.

La mère de M. a répondu à notre questionnaire à son domicile lors des deux entretiens semi-dirigés avec l'une d'entre nous en pré-test et en post-test. Elle a octroyé à son fils un score de 16/20 avant l'intervention et un score de 13/20 après l'intervention.

Pour la question « Votre enfant sait-il acheter du pain à la boulangerie », lors du pré-test, elle a répondu qu'il y parvenait « assez bien » (3/5). En post-test, à la même question, la maman a donné une réponse identique (cf. figure 8). En effet, avant notre intervention, M. participe parfois à la vente de pain dans la boulangerie familiale mais n'en a jamais acheté seul. Dans une situation plus ou moins similaire d'achat de bonbons, sa mère dit qu'il sait respecter les règles de politesse et que son comportement est adapté mais qu'il est timide et ne régule pas bien sa voix. Après l'intervention, la mère dit laisser plus souvent Mickael acheter du pain seul. Les réponses soulignent cette fois encore la timidité et ajoute qu'elle a observé une fuite du regard de la part de son fils juste après sa demande.

Pour la question « Sait-il appeler un ami pour l'inviter à jouer ? », avant la période d'entraînement, la mère de M. a répondu qu'il savait « très bien » (4/5) le faire. A la suite de l'intervention, elle trouvait finalement qu'il savait « assez bien » (3/5) téléphoner (cf. figure 8). En pré-test, la mère nous parle des coups de téléphone que M. passe parfois à sa famille au cours desquels elle le trouve plutôt adapté. Elle note toutefois un

comportement passif, il semble entendre sans écouter et ne répond pas toujours. En post-test, la mère explique que M. ne téléphone jamais seul à ses amis.

Pour la question « Votre enfant sait-il adapter sa manière de dire bonjour à la personne à qui il s'adresse ? », elle a répondu « parfaitement » (5/5) en pré-test alors qu'en post-test il sait « très bien » (4/5) le faire selon elle (cf. figure 8). Dès le premier entretien, elle dit avoir vu son fils utiliser tous les comportements de salutation que nous lui demandons, et ce de façon adaptée à son interlocuteur. Les résultats sont identiques après l'intervention.

Pour la question « Globalement, votre enfant est-il à l'aise dans la conversation, participe à l'échange de façon adéquate ? », la mère de M. a répondu « très bien » (4/5) en pré-test et « assez bien » (3/5) en post-test (cf. figure 8). Elle explique que son comportement est aléatoire, qu'il change parfois de sujet non adéquatement, ne respecte pas les tours de rôle. En post-test, elle dit que M. est de plus en plus à l'aise dans la conversation.

1.2 Le questionnaire d'auto-évaluation

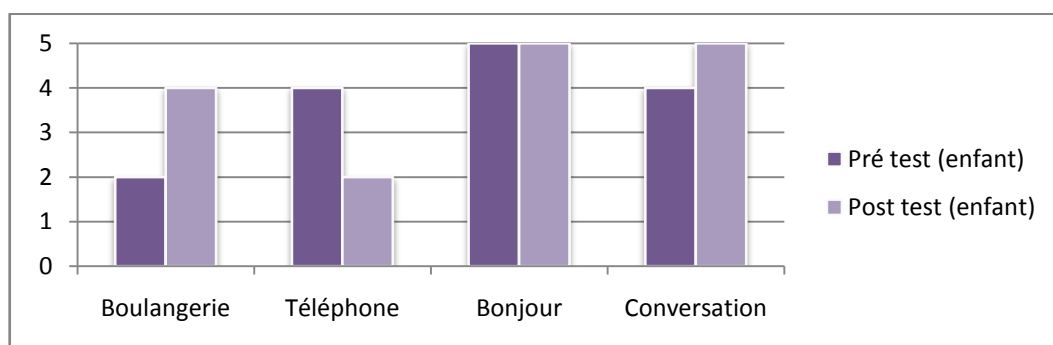


Figure 10 : Questionnaire d'auto-évaluation de M.

Toujours à domicile, pendant que la mère de M. répondait au questionnaire d'évaluation aux parents avec l'une d'entre nous, l'autre faisait passer le questionnaire d'auto-évaluation à M. Celui-ci s'est octroyé un score de 15/20 avant l'intervention et un score de 16/20 après l'intervention.

Pour la question « Sais-tu acheter du pain tout seul à la boulangerie ? », M. a répondu « un peu » (2/5) lors du pré-test et « très bien » (4/5) lors du post-test (cf. figure 9). En effet, avant notre intervention, M. avoue n'avoir jamais acheté du pain sans sa mère. Il dit simplement bonjour et au revoir. En post-test, il explique l'intégralité de la vidéo ainsi que tous les cas particuliers vus en jeux de rôle. C'est très théorique et il est difficile de savoir s'il sait vraiment mettre en pratique ses nouveaux acquis.

Pour la question « Sais-tu appeler un ami pour l'inviter à jouer ? », il a répondu savoir « très bien » (4/5) le faire en pré-test et finalement « un peu » (2/5) en post-test (cf. figure 9). Au premier entretien, il explique la longue liste des gens qu'il appelle souvent et ce qu'il leur dit. A la fin de la rééducation, il avoue finalement ne pas aimer téléphoner car il est trop timide.

Pour la question concernant l'adaptation des salutations selon l'interlocuteur, seules trois propositions étaient proposées aux enfants : « pas d'adaptation, je fais toujours pareil ou je ne dis pas bonjour », « bonnes adaptations mais maladresses », « adaptations parfaitement adéquates ». Nous aidions l'enfant à juger en lui demandant de mimer son comportement avec différents interlocuteurs. A cette question, M. a

répondu être « parfaitement » (5/5) adapté en pré-test comme en post-test (cf. figure 9). En posant des questions plus précises lors du pré-test, il s'avère que ses salutations sont indifférenciées selon qu'il s'agit d'un parent, un copain ou un professeur. Après la rééducation, il semble mieux s'adapter et dit « y penser en vrai ».

Pour la question « Est-ce que tu te sens à l'aise quand tu fais une conversation avec quelqu'un ? », M. a répondu qu'il était « très » (4/5) à l'aise en pré-test puis « parfaitement » (5/5) à l'aise en post-test (cf. figure 9). Il précise qu'il pose facilement des questions. Lors de l'entretien de post-test, il dit être moins timide qu'avant d'avoir travaillé cette habileté avec nous mais ajoute « il faut attendre que l'autre ait fini de parler ».

2 Résultats pour S.

2.1 Le questionnaire d'évaluation aux parents

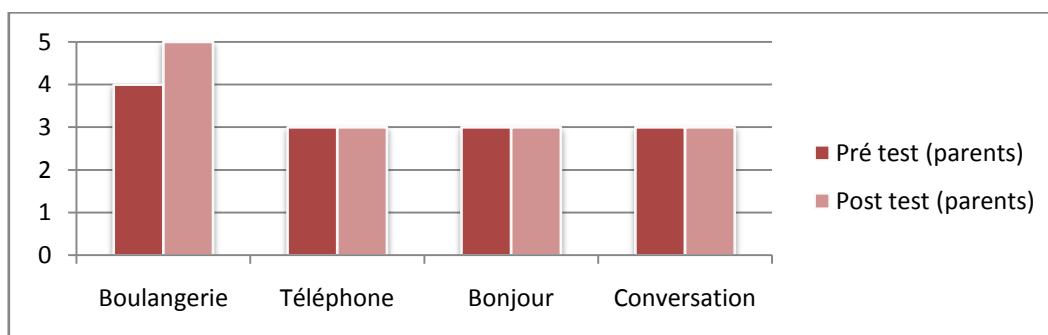


Figure 11 : Questionnaire aux parents de S.

La mère de S. a répondu à notre questionnaire au cabinet de l'orthophoniste habituelle de l'enfant, lors des deux entretiens semi-dirigés avec l'une d'entre nous en pré-test et en post-test. Elle a octroyé à un son fils un score de 13/20 avant l'intervention et un score de 14/20 après l'intervention.

Pour la question « Votre enfant sait-il acheter du pain à la boulangerie », lors du pré-test, elle a répondu qu'il y parvenait « très bien » (3/5), puis « parfaitement » (5/5) en post-test. (cf. figure 10). En effet, S. achète parfois le pain seul avant notre intervention, c'est une routine mise en place avec son père. Il a tendance à répéter trop souvent les formules de politesse, à parler trop fort, à perdre le contact visuel mais parvient à obtenir ce qu'il demande. Après, la rééducation la mère trouve que son attitude est correcte, bien qu'il parle encore un peu trop fort.

Pour la question « Sait-il appeler un ami pour l'inviter à jouer ? », avant et après la période d'entraînement, la mère de S. a répondu qu'il savait « assez bien » (3/5) le faire (cf. figure 10). Avant la rééducation, il connaît très bien le fonctionnement technique d'un téléphone, il s'y intéresse beaucoup et possède son propre portable. Ce qui pose problème finalement est la conversation téléphonique à proprement parler qui n'est pas très adaptée. Il ne pense pas à appeler ses amis ou même sa famille, y compris lorsqu'il a besoin de quelque chose. Après la rééducation, S. téléphone et envoie facilement des messages à ses amis. Son discours n'est pas toujours informatif et il a besoin d'anticiper ce qu'il va dire mais il pense à se présenter, sait se faire comprendre et répond adéquatement aux questions de l'interlocuteur.

Pour la question « Votre enfant sait-il adapter sa manière de dire bonjour à la personne à qui il s'adresse ? », elle a répondu « assez bien » (3/5) en pré-test comme en post-test

(cf. figure 10). Avant la rééducation, elle trouve que S. ne parvient pas à adapter sa façon de dire bonjour à l'interlocuteur : il crie très fort quand il est loin, se met parfois trop près, ne regarde pas dans les yeux, fait parfois la bise à mauvais escient. A la fin de la prise en charge, la mère souligne de très nets progrès depuis septembre qu'elle attribue principalement à l'entrée au collège. S. verbalise davantage sur ce qui lui pose problème ce qui l'aide à adapter son attitude.

Pour la question « Globalement, votre enfant est-il à l'aise dans la conversation, participe à l'échange de façon adéquate ? », la mère de S. a répondu « assez bien » (3/5) en pré-test et en post-test (cf. figure 10). Avant l'intervention, elle explique que S. pose parfois une question puis part avant d'avoir la réponse, qu'il n'écoute pas toujours bien quand on lui parle, qu'il est parfois hors-sujet, peut monopoliser la conversation avec ses sujets préférés, changer de thème au milieu d'une discussion. Après l'intervention, la mère estime que l'attitude conversationnelle de son fils peut être très adaptée par moment, notamment sur des thèmes qu'il apprécie. En revanche, il a des difficultés avec les questions ouvertes et répète parfois des questions fixement sans attendre de réponse.

2.2 Le questionnaire d'auto-évaluation

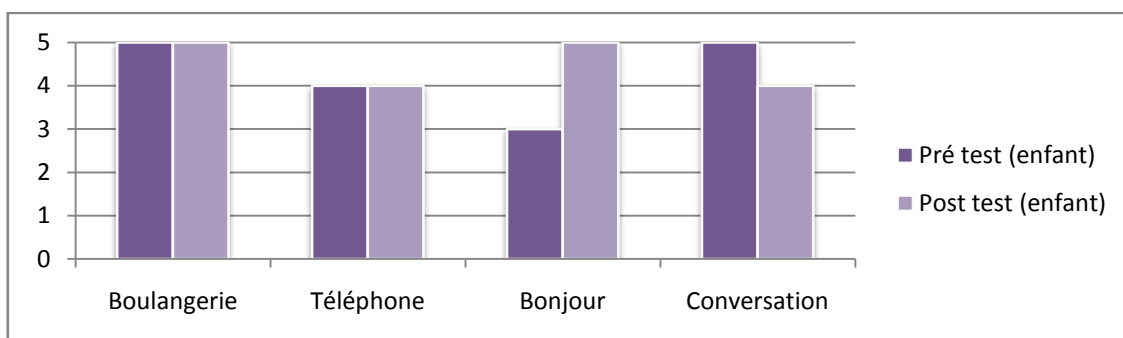


Figure 12 : Questionnaire d'auto-évaluation de S.

S. a répondu au questionnaire d'auto-évaluation avec l'une d'entre nous au cabinet de son orthophoniste, à l'heure habituelle de sa séance de rééducation. Il s'est octroyé un score de 17/20 avant l'intervention et un score de 18/20 après l'intervention.

Pour la question « Sais-tu acheter du pain tout seul à la boulangerie ? », S. a répondu « parfaitement » (5/5) lors du pré-test et lors du post-test (cf. figure 11). En effet, avant l'intervention, S. va souvent acheter du pain et des viennoiseries seul. Son père le dépose simplement devant la boulangerie avec de l'argent de poche. Après l'intervention, S. n'a pas modifié cette habitude.

Pour la question « Sais-tu appeler un ami pour l'inviter à jouer ? », il a répondu savoir « très bien » (4/5) le faire en pré-test et en post-test (cf. figure 11). S. explique qu'il lui arrive souvent d'appeler ces parents avec son téléphone portable lorsqu'il est au collège. Selon lui, il n'y a pas de changement après notre intervention.

Pour la question concernant l'adaptation des salutations selon l'interlocuteur, S. a répondu être « assez bien » (3/5) adapté en pré-test puis « parfaitement » (5/5) adapté en post-test (cf. figure 11). Avant l'intervention, S. ne sait pas trop expliquer sa manière de dire bonjour. Il dit serrer systématiquement la main à ses camarades d'école et à ses professeurs. Après l'intervention, sa description est plus précise et bien différenciée selon l'interlocuteur. Il explique la proximité physique, les gestes et mots qu'il choisit pour chaque personne ainsi que l'utilisation du vouvoiement/tutoiement.

Pour la question « Est-ce que tu te sens à l'aise quand tu fais une conversation avec quelqu'un ? », S. a répondu qu'il était « parfaitement » (5/5) à l'aise en pré-test puis « très » (4/5) à l'aise en post-test (cf. figure 11). Avant comme après l'intervention, S. dit qu'il aime discuter avec les autres sur de nombreux sujets, il se sent à l'aise quelle que soit la personne à laquelle il s'adresse et pense que tout le monde aime parler avec lui.

3 Résultats pour T.

3.1 Le questionnaire d'évaluation aux parents

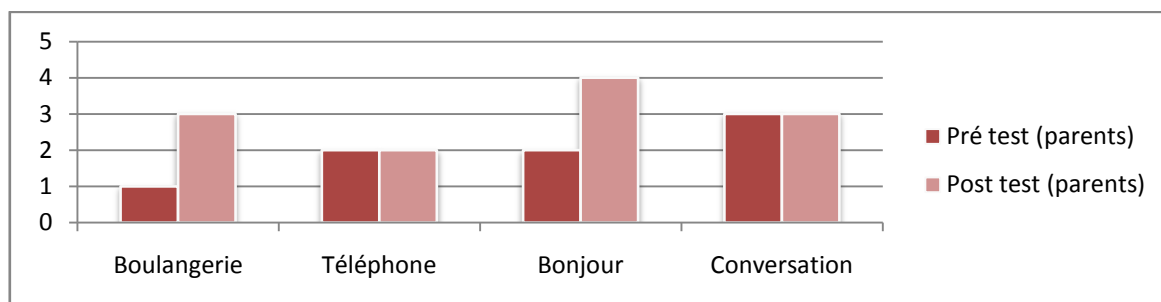


Figure 13 : Questionnaire aux parents de T.

La mère de T. a répondu à notre questionnaire au cabinet de l'orthophoniste habituelle de l'enfant, lors des deux entretiens semi-dirigés avec l'une d'entre nous en pré-test et en post-test. Elle a octroyé à son fils un score de 8/20 avant l'intervention et un score de 12/20 après l'intervention.

Pour la question « Votre enfant sait-il acheter du pain à la boulangerie », lors du pré-test, elle a répondu qu'il n'y parvenait « pas du tout » (1/5), et après l'entraînement elle a répondu qu'il y parvenait « assez bien » (3/5). (cf. figure 12). En effet, avant l'intervention, T. n'a jamais acheté de pain à la boulangerie. Il n'accompagne pas ses parents à cette sortie car son attitude est souvent impatiente, il touche à tout et a envie de rentrer chez lui. Après l'intervention, T. va régulièrement acheter du pain ou des viennoiseries avec sa mère, il sait être calme, contrôler ses stéréotypies. Il parle un peu trop fort mais regarde la boulangère dans les yeux. T. est également réceptif aux remarques de sa mère.

Pour la question « Sait-il appeler un ami pour l'inviter à jouer ? », avant et après la période d'entraînement, la mère de T. a répondu qu'il savait « un peu » (1/5) le faire (cf. figure 12). Avant l'intervention, T. accepte parfois de parler à sa mamie au téléphone mais il ne compose pas le numéro et ne reste jamais longtemps. Il n'appelle pas ses copains. Il comprend l'intérêt d'une telle démarche mais n'aime pas ça. Après l'intervention, T. ne téléphone toujours pas, c'est une forte source d'angoisse pour lui.

Pour la question « Votre enfant sait-il adapter sa manière de dire bonjour à la personne à qui il s'adresse ? », elle a répondu « un peu » (1/5) en pré-test puis « très bien » (4/5) en post-test (cf. figure 12). Avant l'intervention, T. dit « bonjour » plus ou moins de la même manière à tous les interlocuteurs. Il connaît pourtant les différentes formulations et gestes de salutations possibles. Son vouvoiement est adapté. Après l'intervention, T. ne dit pas bonjour systématiquement mais, lorsqu'on lui demande, il sait très bien le faire et de façon adaptée à la personne à qui il s'adresse.

Pour la question « Globalement, votre enfant est-il à l'aise dans la conversation, participe à l'échange de façon adéquate ? », la mère de T. a répondu « assez bien » (3/5) en pré-test et en post-test (cf. figure 12). Avant l'intervention, il échange facilement et

souvent sur des sujets qui l'intéressent, il pose régulièrement des questions. En revanche, lorsqu'il n'est pas déclencheur de la situation de communication, il peut être hors-sujet, répéter de façon écholalique ou répondre à côté aux questions qu'on lui pose. Il s'intègre parfois de façon brutale dans une conversation qui ne lui est pas destinée, monopolise ou coupe très souvent la parole. Il dit également souvent des choses vexantes à son entourage. Après l'intervention, la mère ne relève pas de différences significatives à ce niveau là. T. peut participer à une discussion si le sujet l'intéresse et qu'il est concentré.

3.2 Le questionnaire d'auto-évaluation

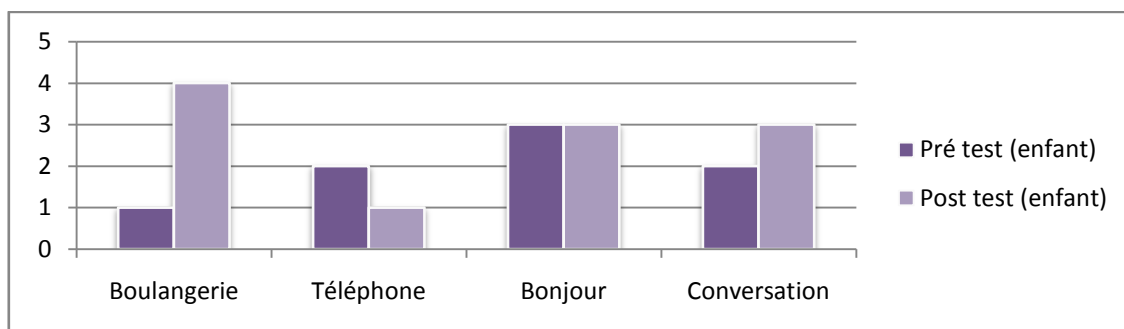


Figure 14 : Questionnaire d'auto-évaluation de T.

Pendant que sa mère répondait au questionnaire d'évaluation aux parents, T. a répondu au questionnaire d'auto-évaluation avec l'une d'entre nous au cabinet de son orthophoniste, à l'heure habituelle de sa séance de rééducation. Cette situation étant angoissante pour lui, T. a adopté une posture de rejet et d'opposition tout au long des entretiens. Il s'est octroyé un score de 8/20 avant l'intervention et un score de 11/20 après l'intervention.

Pour la question « Sais-tu acheter du pain tout seul à la boulangerie ? », T. a répondu « pas du tout » (1/5) lors du pré-test, puis « très bien » (4/5) après l'entraînement. (cf. figure 13). Avant l'entraînement, T. dit ne l'avoir jamais fait et avoir très peur d'être kidnappé. Après l'intervention, il y est allé plusieurs fois avec sa mère et trouve que cela s'est bien passé.

Pour la question « Sais-tu appeler un ami pour l'inviter à jouer ? », il a répondu savoir « un peu » (2/5) le faire en pré-test puis « pas du tout » (1/5) en post-test (cf. figure 13). Avant l'intervention, T. ne sait pas trop s'il sait téléphoner, il ne l'a fait que pour parler à ses grands-parents. Il avoue ne pas composer le numéro par peur de se tromper. Après l'intervention, il explique qu'il déteste utiliser le téléphone.

Pour la question concernant l'adaptation des salutations selon l'interlocuteur, T. a répondu être « assez bien » (3/5) adapté en pré-test comme en post-test (cf. figure 13). Avant l'intervention, il explique qu'il dit bonjour à ses parents en les embrassant sur la joue alors qu'il ne fait aucun geste pour saluer un professeur. Il explique oublier parfois cette formalité. Après l'intervention, il embrasse toujours ses parents. Pour les autres personnes, il attend qu'elles viennent vers lui pour les saluer d'un geste et d'un « bonjour » sonore.

Pour la question « Est-ce que tu te sens à l'aise quand tu fais une conversation avec quelqu'un ? », T. a répondu qu'il était « un peu » (2/5) à l'aise en pré-test puis « assez » (3/5) à l'aise en post-test (cf. figure 13). Avant l'intervention, T. dit ne pas oser parler aux autres à l'école, il trouve que c'est difficile et ne sais pas quoi dire. Après l'intervention, il

explique qu'il parle parfois à ses copains et surtout à une fille qui l'énerve. Il aime échanger au sujet des jeux vidéo par exemple.

4 Résultats pour Z.

4.1 Le questionnaire d'évaluation aux parents

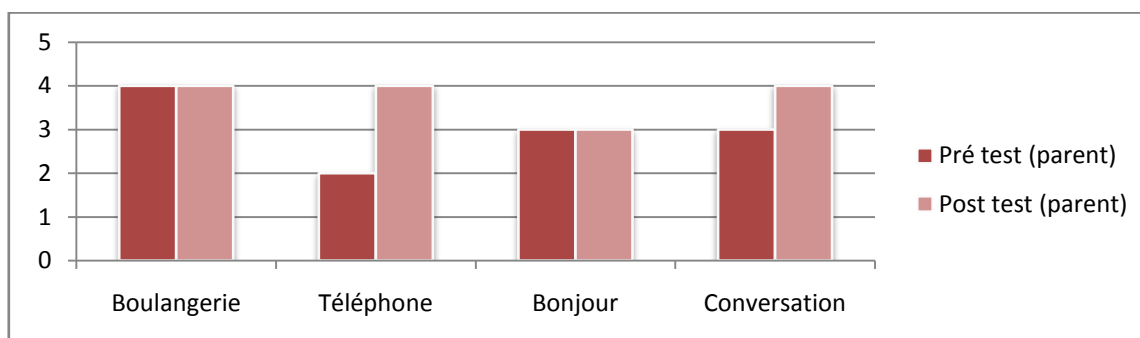


Figure 15 : Questionnaire d'évaluation des parents de Z.

Le père de Z. a répondu à notre questionnaire au cabinet de l'orthophoniste habituelle de l'enfant, lors de l'entretien semi-dirigé de pré-test. La mère a répondu au même questionnaire à domicile lors du post-test. Les parents ont octroyé à leur fils un score de 12/20 avant l'intervention et un score de 15/20 après l'intervention.

Pour la question « Votre enfant sait-il acheter du pain à la boulangerie », lors du pré-test, le père a répondu qu'il y parvenait « très bien » (4/5). En post-test, la mère a donné une réponse identique (cf. figure 14). Avant l'intervention, le père explique que Z. achète du pain seul depuis un an environ. Il le trouve relativement bien adapté malgré une grande timidité. Sa politesse est parfois trop exacerbée : il fait des compliments à la boulangère sur sa tenue ou laisse passer tout le monde avant lui. Son comportement peut être calme ou agité. Après l'intervention, la mère souligne le fait que le discours et le comportement de Z. est approprié dans cette situation d'achat bien qu'il soit bavard et pose de nombreuses questions à la boulangère.

Pour la question « Sait-il appeler un ami pour l'inviter à jouer ? », avant la période d'entraînement, le père de Z. a répondu qu'il savait « un peu » (2/5) le faire. A la suite de l'intervention, la mère trouvait finalement qu'il savait « très bien » (4/5) téléphoner (cf. figure 14). En effet, avant l'intervention, Z. accepte de parler au téléphone avec sa famille mais il fait souvent de longs monologues, ne se présente pas forcément. Après l'intervention, la mère de Z. souligne les qualités d'écoute et la conversation que son fils est capable d'avoir lorsqu'il téléphone. Sa grand-mère a également observé des progrès notables.

Pour la question « Votre enfant sait-il adapter sa manière de dire bonjour à la personne à qui il s'adresse ? », le père et la mère ont répondu « assez bien » (3/5) en pré et post-test (cf. figure 14). Avant l'intervention, la façon de dire bonjour de Z. est adaptée lorsqu'il s'adresse aux adultes mais pas aux enfants. En règle générale, il ne regarde pas vraiment dans les yeux et son serrage de main est hypotonique. Après l'intervention, la mère raconte que Z. a vraiment eu une prise de conscience concernant la proximité qu'il peut ou non avoir avec les gens. Il a compris la notion de « cercles sociaux » et cherche à la mettre en pratique en adaptant son attitude, sa distance aux autres, ses gestes et ses mots. Cette nouvelle capacité est en cours d'acquisition.

Pour la question « Globalement, votre enfant est-il à l'aise dans la conversation, participe à l'échange de façon adéquate ? », le père de Z. a répondu « assez bien » (3/5) en pré-test et la mère a répondu « très bien » (4/5) en post-test (cf. figure 14). Avant l'intervention, Z. est très à l'aise dans la conversation avec un adulte lorsque le thème lui plaît. Il a tendance à mener la discussion en monopolisant la parole et en relançant systématiquement par des questions qui vont dans la direction qu'il souhaite. Il évite habilement les situations qui le mettent mal à l'aise. Après l'intervention, la mère trouve que Z. monopolise moins la parole qu'avant. Ses réponses ne sont plus souvent hors sujet car il écoute mieux. Il est réellement dans l'interaction, sait initier ou relancer une conversation.

4.2 Le questionnaire d'auto-évaluation

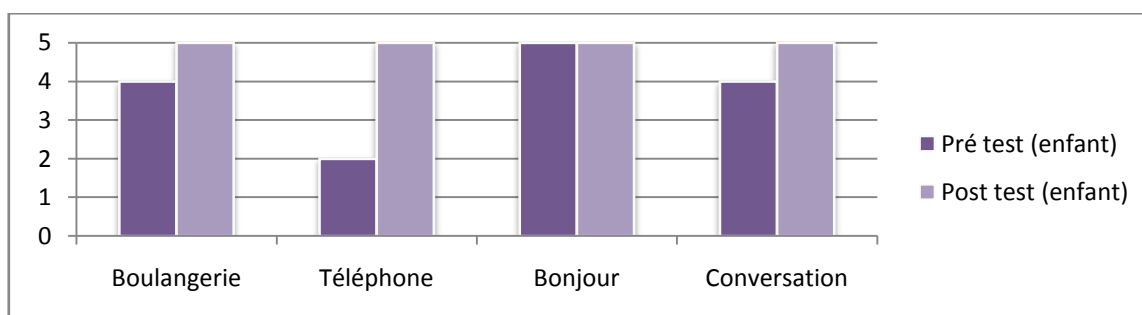


Figure 16 : Questionnaire d'auto-évaluation de Z.

En pré-test au cabinet d'orthophonie comme en post-test à domicile, pendant que ses parents répondaient au questionnaire d'évaluation aux parents avec l'une d'entre nous, Z. répondait au questionnaire d'auto-évaluation avec l'autre. Il s'est octroyé un score de 15/20 avant l'intervention et un score de 20/20 après l'intervention.

Pour la question « Sais-tu acheter du pain tout seul à la boulangerie ? », Z. a répondu « très bien » (4/5) lors du pré-test, puis « parfaitement » (5/5) après l'entraînement. (cf. figure 15). Avant l'intervention, il explique qu'il a l'habitude d'acheter du pain à l'épicerie. Il donne « les sous » avec son petit portefeuille. Après l'intervention, il ajoute « je connais les mots qu'il faut employer ».

Pour la question « Sais-tu appeler un ami pour l'inviter à jouer ? », il a répondu savoir « un peu » (2/5) le faire en pré-test puis « parfaitement » (5/5) en post-test (cf. figure 15). Avant l'intervention, il lui arrive de répondre au téléphone familial lorsqu'il sonne. Il a déjà appelé sa mère pour la rassurer lorsqu'il était seul chez lui. Il aimerait apprendre. Lors du post-test, Z. explique de façon théorique chaque étape d'une discussion téléphonique, depuis les présentations jusqu'au moment de raccrocher.

Pour la question concernant l'adaptation des salutations selon l'interlocuteur, Z. a répondu être « parfaitement » (5/5) adapté en pré-test comme en post-test (cf. figure 15). Il fait une bise ou un câlin à ses parents, dit « salut » à ses copains ou ses cousins en faisant un check et préfère un « bonjour maître » pour son enseignant. Après l'intervention, il ajoute qu'il faut agir différemment avec les personnes que l'on connaît bien qu'avec les autres.

Pour la question « Est-ce que tu te sens à l'aise quand tu fais une conversation avec quelqu'un ? », Z. a répondu qu'il était « très » (4/5) à l'aise en pré-test puis « parfaitement » (5/5) à l'aise en post-test (cf. figure 15). Avant l'intervention, Z. se décrit

comme très bavard, il aime particulièrement parler des vêtements. Après l'intervention, il se dit très à l'aise et adore parler avec les autres.

II Les questionnaires de satisfaction

1 L'avis des parents

Après notre intervention, nous avons interrogé les parents des enfants participant à notre étude par le biais d'un questionnaire en ligne. Seuls deux d'entre eux y ont répondu. Pour les deux autres, nous n'avons obtenu que des appréciations orales.

Les deux parents ayant répondu au questionnaire disent être globalement satisfaits que leur enfant ait participé à l'étude. Ils ont trouvé l'outil intéressant et clair et leurs enfants semblaient très enthousiastes avant les séances, l'un d'eux en parlait même à la maison.

Les parents ont la sensation que leurs enfants ont progressé, un peu pour l'un et beaucoup pour l'autre. Cette progression se retrouve dans tous les domaines travaillés : ils savent mieux dire bonjour, discuter avec les autres, téléphoner et acheter du pain seul. C'est cette dernière habileté qui a été le plus souvent relevée par les parents dans le questionnaire comme au cours des entretiens post-test. Au niveau du comportement global, toutes les compétences suivantes ont été cochées par au moins un des parents : les enfants ont plus confiance en eux, ont amélioré leur comportement global, sont plus volontaires et donnent davantage leur avis.

Concernant l'intervention, les parents ont apprécié notre disponibilité c'est-à-dire le temps que nous avons accordé aux échanges. Ils étaient majoritairement satisfaits par les réponses que nous avons pu leur apporter et la clarté des informations transmises. Ils ont souligné la qualité des rapports que nous avons avec leurs enfants et la qualité des outils visuels.

En revanche, ils nous ont fait part de plusieurs points faibles. Pour tous les parents, l'intervention était trop courte et ils nous ont conseillé un travail sur plus long terme pour avoir des résultats très concrets. Pour une des mamans les réponses que nous avons apportées à ses questions étaient insuffisantes.

Globalement, les parents ont trouvé les séances bénéfiques et nous ont conseillé de continuer à développer d'autres scénarii pour d'autres situations qui concernent la vie de tous les jours des enfants.

2 L'avis des orthophonistes

Nous avons également interrogé les orthophonistes qui ont participé à notre étude. Seule l'une d'entre elles n'a pas été sollicitée car elle n'a assisté à aucune séance (ni « Visionnage » ni « Rééducation »). Globalement, toutes ont dit être satisfaites, tant au niveau du matériel utilisé que de l'intervention.

Concernant l'outil, parmi une liste de dix adjectifs positifs et négatifs, les plus souvent cochés sont « ergonomique, intéressant, clair et attrayant ».

Les orthophonistes ont toutes trouvé leur patient investi et ont souligné des progrès notables. Selon les enfants, les domaines où elles ont observé le plus de progression sont différents : la conversation pour l'un ; les salutations et le téléphone pour un autre ; ou

encore l'achat chez un commerçant et la conversation pour un troisième. Deux d'entre elles regrettent parfois le manque de généralisation des nouvelles compétences observées en séance. En revanche, elles ont pu remarquer une amélioration du comportement global de l'enfant et, pour l'un d'entre eux, une augmentation de sa confiance en lui.

Nous avons également interrogé les orthophonistes au sujet de notre intervention, c'est-à-dire sur notre comportement auprès d'elles, des parents et des enfants ainsi que le contenu de nos séances de rééducation. Toutes ont répondu être totalement satisfaites et ont souligné quelques points forts : la disponibilité, la qualité des rapports avec le patient et avec les parents, la clarté du protocole et l'intérêt pour la clinique orthophonique. Nous leur avons également demandé leur avis sur les différentes étapes d'une séance « Rééducation » : l'explication du plan de séance à l'enfant, le visionnage de la vidéo, la discussion autour de la vidéo, les jeux de rôle et le choix d'objectifs à mettre en place dans le quotidien. Les orthophonistes ont apprécié ce déroulement. Concernant les points faibles : une des orthophonistes a trouvé l'étape « discussion autour de la vidéo » un peu moins bien réalisée que les autres, une autre a regretté de ne pas avoir davantage pu échanger avec nous.

Enfin, nous avons souhaité connaître leur avis sur le fait de visionner deux fois une même vidéo à une semaine d'intervalle. Les orthophonistes ont approuvé cette pratique qui permet selon elles d'anticiper le changement et d'apporter une prévisibilité rassurante tout en améliorant la mémorisation. En outre, toutes ont souligné l'enthousiasme des enfants à l'idée de voir la vidéo et de retrouver le personnage Nathan chaque semaine.

Chapitre V

DISCUSSION DES RESULTATS

I Retour sur nos hypothèses

En débutant cette étude, nous avons posé plusieurs hypothèses que nous avons par la suite cherché à affirmer ou infirmer. Elles concernaient l'utilité d'un matériel de video modeling dans la rééducation orthophonique des habiletés sociales des enfants porteurs de TSA. A la suite de nos expérimentations, nous obtenons les résultats ci-dessous.

1 Hypothèse 1

Dans un premier temps, nous posons l'hypothèse que les scores obtenus au post-test seraient supérieurs à ceux du pré-test au questionnaire d'évaluation proposé aux parents sur quatre comportements sociaux : la conversation, les salutations, l'utilisation d'un téléphone et l'achat dans une boulangerie.

Cette hypothèse est invalidée. En effet, les parents ont relevé des améliorations sur certains comportements (cf. tableau 2), mais les scores n'ont pas augmenté pour chacune des quatre compétences et pour chaque enfant.

Tableau 3 : Résultats obtenus aux questionnaires parentaux

	M.	S.	T.	Z.
Bonjour	-	=	+	=
Conversation	-	=	=	+
Boulangerie	=	+	+	=
Téléphone	-	=	=	+

+ : amélioration du comportement ; - : évaluation moins bonne en post-test ; = : aucun changement

Tout d'abord, la mère de M. a évalué les comportements de son enfant de manière plus négative en post-test qu'en pré-test. A l'aide des réponses qualitatives du questionnaire, nous avons pu nous apercevoir que M. va plus souvent seul à la boulangerie après la prise en charge ou encore qu'il est de plus en plus à l'aise dans la conversation alors que ces progrès ne se retrouvent pas dans les scores aux questionnaires. Pour la question sur l'utilisation d'un téléphone, en pré-test, la mère a évalué les compétences de M. lorsqu'il appelle sa famille. En post-test, la compétence précédente étant acquise, elle l'évalue sur sa capacité à appeler des amis et juge son fils plus sévèrement. Enfin, au niveau des salutations, on s'aperçoit que la mère décrit de manière quasiment identique le comportement de M. en pré et en post-test alors qu'elle lui attribue un score plus bas la seconde fois. Il semblerait que la mère de M. soit devenue plus experte pour analyser les compétences de son fils suite à l'intervention. En pré-test, il est possible qu'elle ait sur-évalué son fils. En post-test, elle semble mieux savoir quels comportements observer.

Dans le cas de S., la mère décrit des progrès globaux : une attitude plus appropriée à la boulangerie, une utilisation plus adéquate du téléphone, d'importants progrès pour saluer et un comportement conversationnel plus adapté. Pourtant, ces progrès ne se retrouvent que très peu dans les scores. La mère ayant jugé son fils assez sévèrement, un « assez bien » sous-entend déjà de nombreuses compétences pour elle. C'est pourquoi, en l'absence de progrès vraiment majeurs, elle n'a pas choisi un score supérieur pour son fils. Pour autant, cela ne veut pas dire qu'elle ne trouve pas qu'il ait progressé. Elle semblait avoir des attentes vraiment spécifiques qui ont influé sur le fait qu'elle n'ait pas jugé les progrès suffisamment importants. En outre, la plupart du temps, elle a attribué les progrès de S à son entrée au collège plutôt qu'à notre intervention.

Pour T., les scores sont proches de nos observations et en adéquation avec les remarques qualitatives. En effet, il a fait de très importants progrès pour acheter du pain puisqu'il ne l'avait jamais fait avant par peur et que notre rééducation lui a permis d'avoir le courage d'essayer plusieurs fois. La mère souligne aussi de très importants progrès d'adaptation à l'interlocuteur. En revanche, T. a toujours aussi peur de téléphoner à la fin de notre prise en charge et ne voit pas l'intérêt de discuter avec les autres. Il est donc normal de ne pas voir d'augmentation des scores pour ces deux domaines.

Enfin, pour Z., la mère souligne de très gros progrès au téléphone dont la grand-mère lui a fait part avec beaucoup d'étonnement à la suite d'une conversation avec ses différents petits-enfants. Lorsqu'il discute avec les autres, Z. est beaucoup plus dans l'interaction et est moins souvent hors-sujet. Ses progrès se retrouvent dans les scores bien qu'ils soient à nuancer de par le changement de parent entre le pré et le post-test. En ce qui concerne les salutations, la mère nous explique que son fils a vraiment pris conscience de la proximité sociale mais qu'il est encore difficile pour lui de le mettre en pratique. Cela explique sans doute que son score n'ait pas évolué pour cette compétence. Pour la boulangerie, Z. était déjà très performant avant notre intervention ce qui a limité la progression.

Nos hypothèses concernant l'interprétation de ces scores sont que le questionnaire n'est pas assez précis, qu'il est parfois difficile pour un parent d'évaluer son enfant, que l'humeur peut influencer sur les scores, ou encore que les exigences des parents peuvent différer à plusieurs mois d'intervalle. Cela montre un biais de notre méthode d'évaluation car répondre à un questionnaire implique une grande part de subjectivité.

2 Hypothèse 2

Nous supposons également que les scores obtenus au post-test seraient supérieurs à ceux du pré-test au questionnaire d'auto-évaluation proposé aux enfants sur quatre comportements sociaux : la conversation, les salutations, l'utilisation d'un téléphone et l'achat dans une boulangerie.

Cette hypothèse est invalidée puisque nous n'avons pas pu observer une amélioration des scores pour tous les comportements chez les 4 enfants.

Tableau 4 : Résultats obtenus aux questionnaires d'autoévaluation par les enfants

	M.	S.	T.	Z.
Bonjour	=	+	=	=
Conversation	+	-	+	+
Boulangerie	+	=	+	+
Téléphone	-	=	-	+

+ : amélioration du comportement ; - : évaluation moins bonne en post-test ; = : aucun changement

M. a noté une progression pour les compétences qu'il maîtrisait davantage au niveau théorique après l'intervention, en l'occurrence la conversation et la boulangerie. En effet, en post-test, M. nous a récité le déroulement de ces situations appris au cours des vidéos. Pourtant, cela ne nous indique pas s'il a pu mettre ces nouvelles connaissances en pratique au quotidien. A l'inverse, pour les salutations, M. ne note pas d'évolution positive alors que sa description concrète est plus précise en post-test qu'en pré-test. Son auto-évaluation correspond davantage à son niveau de connaissances théoriques plutôt qu'à ses compétences pratiques. En ce qui concerne le téléphone, la prise en charge lui a

permis de prendre conscience de son appréhension à ce sujet, d'où un score qui baisse en post-test.

S. dit réussir quasiment tout très bien ou parfaitement dès le pré-test mais il faut se méfier de son envie de nous faire plaisir. En effet, c'est un enfant qui souhaite donner à l'adulte ce qu'il pense qu'on attend de lui. S. se décrit qualitativement de manière identique en pré-test et en post-test pour la situation d'achat dans une boulangerie, pour le téléphone et pour la conversation. Dans les deux premiers domaines, les scores restent en effet identiques. Pour la conversation, le score baisse légèrement. Cela peut-être dû à une prise de conscience. Enfin, pour les salutations, les descriptions concrètes qu'il nous propose sont plus adaptées en post-test qu'en pré-test, avec notamment une utilisation appropriée du serrage de main et du vouvoiement, et cela se retrouve dans le score.

T. a fait preuve d'une bonne capacité à s'auto-évaluer malgré un comportement de refus global au premier abord. Concrètement, chacune de ses réponses débutaient par « je ne sais pas » mais finissaient par une appréciation pertinente. Pour la boulangerie et la conversation, les descriptions sont plus précises en post-test. T. a surmonté sa peur initiale d'aller vers les autres et de se faire kidnapper. Il en est fier et ces progrès se retrouvent dans les scores. Cela se retrouve aussi pour les salutations mais dans une moindre mesure : les remarques qualitatives montrent un progrès que l'on ne retrouve pas dans les scores. Enfin, T. s'est découvert une véritable phobie pour le téléphone. C'est pourquoi son auto-évaluation indique une baisse du score.

Z. est dans le même cas que S. : son évaluation en post-test est faussée par son envie de faire plaisir à l'adulte et ses difficultés d'auto-évaluation. Ainsi, en post-test, il se trouve « parfait » dans tous les domaines travaillés. Une analyse des remarques qualitatives nous permet tout de même de voir de réels progrès pour « la boulangerie », « le téléphone » et « la conversation ». Dans ce dernier domaine, c'est son attitude envers les enfants qui a évolué le plus positivement. Or il s'agissait d'un de nos objectifs initiaux. En ce qui concerne les salutations, Z. a compris l'intérêt des cercles sociaux c'est-à-dire de s'ajuster à l'interlocuteur en fonction du degré de proximité. Cette adaptation à l'autre est plus claire pour lui au niveau théorique mais encore difficile à mettre en pratique.

Globalement, les enfants n'ont pas tous réussi à s'auto-évaluer car c'est un exercice difficile. Pour autant, leurs avis concernant leurs progrès et la prise en charge nous ont apporté des indices complémentaires à l'évaluation de notre support.

3 Hypothèse 3

Nous nous attendions à ce que les orthophonistes notent des appréciations positives dans un questionnaire de satisfaction concernant le matériel et l'intervention auprès de leur patient.

Cette hypothèse est validée.

Tout d'abord, concernant le support, les orthophonistes n'ont coché aucun adjectif négatif parmi la liste proposée. Elles ont trouvé que le matériel permettait vraiment l'anticipation, l'apprentissage et augmentait la confiance en soi des enfants en leur donnant le recul nécessaire pour être à l'aise dans les situations travaillées. Les orthophonistes ont apprécié notre intervention et le déroulement des séances. Or nous avons confiance en leur expertise orthophonique. C'est pourquoi nous supposons que notre matériel et le contenu de nos séances était adapté aux enfants malgré notre manque d'expérience clinique. Les remarques qu'elles ont pu nous faire étaient constructives et nous ont aidées à nous ajuster tout au long de la rééducation.

Le manque de généralisation souvent regretté par les orthophonistes indique qu'un accompagnement familial complet, en parallèle de la prise en soin direct avec l'enfant, aurait été bénéfique. Les programmes familiaux basés sur une modification des attitudes parentales sont envisageables en cabinet libéral comme le suggère Agnès Bo (2000). Bien que nous l'ayons envisagé au départ, un tel accompagnement n'a pas été mis en place par manque de temps.

Les situations considérées comme réellement bénéfiques pour l'enfant ne sont pas les mêmes selon chaque orthophoniste. Cela montre l'intérêt d'avoir développé un panel de vidéos assez important. Une rééducation avec un support de video modeling, en dehors du protocole lié à notre étude, nécessite de choisir les vidéos en fonction du patient. En règle générale, il est toujours important d'adapter le cadre d'une intervention orthophonique et « d'imaginer des moyens de rééducation à partir des intérêts et des émergences observées chez l'enfant, en partenariat avec les parents et les professionnels qui s'occupent de lui » (Denni-Krichel, Bour, 2004).

En résumé, les orthophonistes ont beaucoup apprécié le support vidéo créé. Elles souhaitent toutes le réutiliser ultérieurement avec leurs patients. La rééducation quand à elle a été jugée comme adaptée mais avec quelques points faibles.

4 Hypothèse 4

Nous nous attendions à ce que les parents notent des appréciations positives dans un questionnaire de satisfaction concernant le matériel et l'intervention auprès de leur enfant.

Cette hypothèse est validée totalement concernant le matériel et partiellement pour le protocole de rééducation. En effet, toutes les remarques concernant le support vidéo sont positives et la grande majorité des remarques concernant l'intervention le sont également.

Les parents ont pu observer des progrès dans les quatre domaines travaillés mais c'est la boulangerie qui est le plus souvent retenu, sans doute car il s'agit d'une situation codifiée sur un temps restreint. Cette constatation pourrait suggérer que les vidéos travaillant des habiletés utilitaires permettraient des résultats plus facilement et rapidement observables que les vidéos travaillant les habiletés relationnelles. Cette hypothèse nécessiterait d'être validée par des études complémentaires. Ganz, Earles-Vollrath et Cook (2011) ont répertorié des études montrant des effets positifs du video modeling. Ils ont cité une amélioration des comportements d'interactions sociales, conversationnels, de la vie quotidienne, de jeu et une diminution des troubles du comportement. Pour autant, rien n'indique qu'un type de vidéo entraîne une meilleure progression plutôt qu'un autre. Au vu de nos observations, une alternance entre les vidéos utilitaires et relationnelles nous a semblé importante afin que les parents voient vraiment leur enfant progresser.

Le comportement global des enfants s'est amélioré dans plusieurs domaines. Pourtant, certains parents attribuent ces progrès à l'environnement scolaire de leur enfant. Il est probable que de nombreux facteurs entrent en jeu, y compris notre protocole. Si l'on se réfère à l'approche systémique qui « cherche toujours à restituer l'individu dans son système et à clarifier les interactions circulaires qui relient la personne à son contexte » (Hendrick, 2007), l'ensemble de l'environnement de l'enfant, qu'il soit scolaire, familial ou encore social, est donc à prendre en compte dans l'analyse des résultats. Aucun élément ne peut être considéré isolément.

Les parents ont souvent trouvé notre intervention trop courte et les réponses que nous apportons incomplètes. Cette exigence est normale pour des parents qui souhaitent le

meilleur pour leur enfant, qui se sentent parfois démunis et cherchent la moindre aide. En règle générale, les attentes des parents étaient importantes notamment lorsque les enfants avaient auparavant suivi d'autres rééducations des habiletés sociales. Nous avons parfois senti une légère frustration de leur part qui peut peut-être expliquer le fait que seule la moitié des parents ont répondu à ce questionnaire de satisfaction.

Globalement, nous avons obtenu beaucoup de remarques positives et les parents nous ont fait part d'une envie d'en voir plus. Cela prouve, d'une part, que l'intervention était un peu courte et pourrait être améliorée, et d'autre part qu'ils ont apprécié l'outil vidéo en lui-même.

5 Hypothèses théoriques

La première hypothèse théorique de notre mémoire était : « Nous supposons que les enfants porteurs d'autisme adapteront mieux certains comportements sociaux, que ce soit en cabinet ou dans leur quotidien, après avoir bénéficié de la rééducation avec support vidéo de type video modeling durant plusieurs mois. »

Cette hypothèse est donc partiellement validée. En effet, les scores aux questionnaires d'évaluation et d'auto-évaluation n'ont pas pu mettre en évidence une amélioration de l'ensemble des comportements travaillés. En revanche, une majorité des éléments qualitatifs relevés à l'aide de ces questionnaires d'évaluation sont positifs. Les questionnaires de satisfaction ont également révélé l'intérêt de notre intervention. Ils ont souligné l'apport de notre matériel pour la clinique.

La seconde hypothèse théorique était : « Nous supposons que les personnes ayant participé à l'étude seront satisfaites de l'intervention et du support vidéo créé. »

Cette hypothèse est validée. D'après les parents et les orthophonistes interrogés, l'outil vidéo créé est utilisable en l'état. Le protocole de rééducation que nous avons utilisé a montré des avantages mais aussi quelques points faibles. Il pourrait éventuellement être amélioré ou complété par de l'accompagnement familial.

II Regard critique sur l'expérimentation

1 Limitations de l'étude

1.1 La population

Nous avons pu recruter 4 sujets par le biais d'une liste de diffusion du CRA. Ce sont tous des garçons. Cela correspond au ratio plus élevé de garçons que de filles dans l'autisme qui est d'environ 4,2 pour 1 (Fombonne, 2005 cité par la HAS, 2010). Pour autant, le nombre réduit de sujets ne permet pas une généralisation des résultats de l'expérimentation à l'ensemble de la population autistique. D'autant plus que la population porteuse de TSA est très hétérogène (la HAS, 2010).

Les enfants choisis ont des profils assez différents les uns des autres. S. et M. ont déjà participé à des groupes d'habiletés sociales. Ainsi nous avons vu que ces enfants avaient déjà acquis des compétences. Par exemple, M. avait appris à dire bonjour de manière formalisée au SESSAD. La marge de progression était donc plus faible puisque ces enfants ne partaient pas du même point de départ. Nous avons aussi senti une attente forte des parents concernant la généralisation, or il s'agit de l'effet le plus difficile à

obtenir. D'après Théo Peeters (2014), les personnes autistes « ne possèdent peut-être pas les moyens internes nécessaires pour faire une généralisation spontanée » du fait de leur faible cohérence centrale et de leur style cognitif rigide. Néanmoins, la mère de S. a aussi souligné les bénéfices d'une intervention différente et attractive pour son enfant afin de réviser des compétences parfois déjà travaillées. T. et Z., quant à eux, n'avaient encore jamais participé à ce type de groupe et la marge de progression était plus forte. Les effets liés au travail sur les salutations différenciées selon l'interlocuteur ont été plus ressentis pour T. par exemple.

Nous avons aussi remarqué des différences au niveau du comportement social, entre les quatre enfants, que nous allons illustrer avec la classification en trois profils de Wing et Gould (1979) afin de classer nos sujets. Il s'agit de la neutralité sociale, de l'interaction passive et de l'interaction sociale active mais bizarre (cf. les trois types d'interactions sociales dans l'autisme, p. 18). M., S. et Z. semblent plutôt s'apparenter au profil d'interaction sociale active mais bizarre. En effet, ce sont des enfants qui recherchent l'interaction et qui sont intéressés par les relations sociales. T. ne semble pas encore en être à ce stade : son intérêt pour les interactions sociales n'est pas encore suffisant pour servir de facteur motivationnel. Une récompense lui était parfois proposée en fin de séance lorsqu'une motivation extrinsèque était nécessaire.

Un autre point à souligner est le degré de familiarité et de sécurité des participants avec les situations choisies. Certains thèmes travaillés ont mis les participants face à leurs angoisses. C'est certainement pour T. que nous avons le plus observé cet effet. Avant l'intervention, il était très effrayé à l'idée d'aller à la boulangerie ayant peur de se faire kidnapper, tout comme il était angoissé à l'idée de composer un numéro de téléphone et de se tromper de numéro. L'expérimentation a donc aussi été intéressante dans un but de dédramatisation des situations, puisque, dans le premier cas, avoir vu une vidéo a ultérieurement permis à T. d'acheter des produits en boulangerie.

1.2 Condition d'expérimentation

La durée de notre rééducation a été trop courte pour obtenir des résultats probants. En effet, nous n'avons pu réaliser notre protocole que sur une dizaine de séances pour chaque enfant. Cela est avant tout dû à un programme chargé de tâches à réaliser. En effet, durant la première année, il nous a fallu créer le film de rééducation. Ainsi nous n'avons pu entamer l'évaluation du matériel que la deuxième année. De plus, étant donné le manque de tests spécifiques, nous avons dû créer nos questionnaires de pré et post-test. Enfin, nous avons créé le protocole de rééducation adapté à notre matériel et à la population choisie.

Nous n'excluons pas non plus la possibilité d'un biais lié à l'expérimentateur ou au rééducateur puisque nous avons chacune rééduqué deux participants, seules. Des différences de progression ou d'évaluation peuvent être liées à cela. Pour autant, nous avons fait le choix d'un seul rééducateur par enfant pour que nos participants aient une prise en soin la plus constante et régulière possible. Cela a permis d'éviter de trop nombreux imprévus qui sont souvent source d'angoisse pour les personnes porteuses de TSA. Avoir le même rééducateur et le même expérimentateur pour tous les sujets aurait sans doute pu permettre des comparaisons plus fiables. En outre, certains enfants étaient suivis en cabinet tandis que d'autres l'étaient à domicile. Nous avons dû nous adapter aux contraintes des emplois du temps de nos participants et des possibilités des familles ou des choix des orthophonistes. Il n'était pas non plus question de surcharger l'emploi du

temps de ces enfants qui pouvaient avoir par ailleurs d'autres prises en charge comme par exemple celle de M. au SESSAD.

En outre, afin de permettre une meilleure généralisation des acquis, nous avons donné des objectifs en fin de séance à réaliser à la maison. Il se trouve que ceux-ci n'ont pas été souvent repris. Nous pensons que cela peut être lié à la durée courte du protocole qui n'aurait pas permis aux parents de pouvoir s'investir suffisamment dans notre projet. Cela demandait aussi un engagement et du temps que les familles n'ont peut-être pas pu fournir. Enfin, nous n'avons certainement pas assez insisté sur l'importance des objectifs dès le départ, ni passé de contrat avec la famille.

Pour notre protocole, nous nous sommes principalement appuyées sur le video modeling. Cependant, il nous a semblé aussi indispensable de compléter l'utilisation de ce support par une fiche explicative, des jeux de rôles et en attribuant des objectifs à réaliser chez soi. En effet, ces différentes mises en application des thèmes choisis permettent d'affiner la compréhension des situations et de renforcer les apprentissages. Sur une plus longue durée d'expérimentation, il aurait sans doute été intéressant de développer chaque thématique plus en profondeur avec divers supports comme la création de scénarii sur bandes dessinées, ou une confrontation au terrain plus écologique. A ce propos, Bellini et Akullian (2007) nous informent que le video modeling est très rarement utilisé seul dans les études réalisées. Si cet outil est jugé très pertinent et intéressant auprès de la population porteuse de TSA, il n'en reste pas moins, par sa nature de support, incomplet et destiné à être enrichi lors des rééducations.

1.3 Biais des outils d'évaluation

Au niveau du choix des outils d'évaluation, nous avons été confrontées à un manque d'outils étalonnés et fiables pour évaluer et mettre en évidence l'impact d'une expérimentation dans le domaine des habiletés sociales. Nous avons fait le choix d'utiliser la CCC (Maillart, 2003) qui est normée et reconnue dans le domaine, afin d'avoir une idée du niveau de départ des enfants. Toutefois, cet outil n'était pas assez précis pour montrer une éventuelle évolution des comportements que nous avons travaillés. C'est pourquoi nous avons pris le parti de créer nous-mêmes des questionnaires adaptés au protocole que nous proposons. En soi, le fait de créer soi-même son outil d'évaluation pour mesurer les effets de son intervention constitue un biais dont nous sommes bien conscientes. Toutefois, cela nous permettait d'obtenir des renseignements plus fins et ajustés à la situation. De plus, nous avons aussi recueilli des données qualitatives et créé un questionnaire de satisfaction afin d'avoir plus d'informations et de pouvoir apprécier la concordance des données entre elles.

En utilisant les grilles d'évaluation et d'auto-évaluation nous nous sommes rendues compte que les grilles n'étaient pas assez fines pour déceler une évolution des comportements, et que les questionnaires n'étaient pas assez détaillés et complets pour faire l'objet d'un traitement statistique.

D'autre part, l'utilisation des questionnaires parentaux et de questionnaire d'auto-évaluation des enfants donne une place importante à la subjectivité dans les réponses données. En effet, nous avons pu observer une variabilité de certaines réponses des parents entre le pré-test et le post-test qui semble extérieure aux effets de l'intervention. Par exemple, la mère de M. semblait plus sévère pour l'évaluation de son fils en post-test. En ce qui concerne l'auto-évaluation, elle a été parfois assez difficile pour les enfants. Par exemple, S. ne pouvait pas supporter une remise en question de ces compétences et Z.

s'évaluait à chaque fois de la manière la plus positive sans tenir compte des obstacles parfois rencontrés. Toutefois, cet outil nous a semblé intéressant pour investir les enfants dans leur prise en soin, afin qu'ils sentent qu'ils sont au cœur du dispositif et que leur avis compte. Cela nous permettait également de prendre connaissance de leur degré de conscience concernant leurs compétences et leurs difficultés.

2 Bénéfices observés :

Nous avons remarqué chez les enfants un intérêt pour les vidéos. Cet intérêt a aussi été rapporté par les enfants eux-mêmes, leurs parents et les orthophonistes. S. a par exemple souhaité obtenir notre support à la fin de la rééducation. A plusieurs reprises les enfants ont réclamé des vidéos supplémentaires à celles choisies pour le protocole. Ainsi, l'aspect motivationnel était bien présent lors de cette intervention. Les enfants semblaient contents de participer à l'expérience.

Le fait de visionner la vidéo une semaine avant de réaliser un travail approfondi sur celle-ci a vraiment permis aux enfants de se l'approprier et d'anticiper ce qui allait arriver ensuite. En effet, les enfants arrivaient en séance en connaissant les vidéos quasiment par cœur. Ils étaient capables de dire ce qui allait se passer. Or, nous savons que l'anticipation est importante dans les processus d'apprentissage. Pour Albert Bandura (1980), l'anticipation permet la motivation grâce à la connaissance des conséquences de ses actions. Le fait d'anticiper encourage aussi les individus à planifier leurs comportements. Ainsi, les enfants ayant participé à notre expérimentation pouvaient se projeter dans un modèle d'interaction sociale et avoir une représentation d'un type de situation.

Nous avons apprécié l'entretien semi-dirigé qui nous a permis de mieux connaître les enfants et d'avoir de bonnes relations avec les familles. Nous pensons que cela a vraiment ajouté une dimension de confiance supplémentaire à notre prise en charge.

III Les perspectives

1 Apports pour l'orthophonie

Notre travail a permis de présenter un outil encore méconnu qu'est le video modeling. Nous avons ainsi voulu montrer que c'est un support varié qui permet d'aborder de nombreuses compétences. Celles-ci peuvent être sociales, comportementales, communicatives ou concerner la résolution de problèmes par soi-même (« self-help ») visant une autonomie du sujet (Ganz, Earles-Vollrath & Cook, 2011).

D'après Marc Monfort, Isabelle Juarez (2001) et Laurent Mottron (2004), le support visuel est facilitant pour les personnes porteuses de TSA, en raison notamment d'une bonne discrimination perceptive et au contraire d'une difficulté à traiter les informations en contexte de communication. L'attractivité du support visuel rend le video modeling intéressant à utiliser en clinique orthophonique puisque celui-ci capte aussi plus facilement l'attention de nombreux patients porteurs d'autisme. Pour autant, tous les enfants ou adolescents porteurs d'autisme ne sont pas tous aussi sensibles à la vidéo. Par exemple, nous avons senti que Z. était moins attiré par ce type de support. Il est donc essentiel pour un thérapeute de centrer son projet rééducatif sur l'enfant et de l'adapter à ses capacités et ce qui retient son attention. De plus, comme le suggère Jacqueline Nadel (2011), ce support est stable. Les vidéos montrent un exemple d'interaction qui ne varie

pas. C'est un modèle auquel l'enfant peut facilement s'identifier. Sans compter que la prévisibilité du support lui permet d'anticiper ce qui va se passer lors d'un deuxième visionnage. Les actions deviennent plus claires et plus familières pour lui.

Autour de ces vidéos, d'une durée de trois à cinq minutes comme le préconise Tom Buggy (2005), il est possible de faire un travail sur des situations choisies à l'avance tout en pouvant adapter l'utilisation que l'on en fait, par exemple il est possible de choisir de compléter l'approche par des jeux de rôle, ou par une situation en milieu réel.

Ce support a également l'avantage de rendre explicite l'implicite. En effet, les situations sont largement commentées et expliquées par une voix off et à l'écrit ce qui permet l'utilisation de plusieurs canaux sensoriels : visuel et auditif. Nous avons utilisé ce procédé car d'après Théo Peeters (2014), le point fort des personnes autistes est la perception sensorielle. C'est l'interprétation de cette perception qui est mauvaise. Plus les informations reçues sont simples, donnant des informations littérales et concrètes, et mieux elles seront comprises par ces personnes. Les actions sont rendues significatives par les commentaires audio, or donner du sens améliore l'imitation pour les personnes porteuses de TSA d'après Sally Rogers (1993). Ce procédé permet donc d'aider à comprendre l'implicite, compétence déficitaire dans le cadre d'une pathologie autistique (Monfort, Juarez, Monfort Juarez, 2005).

Nous espérons que cet outil puisse se développer à l'avenir dans la clinique orthophonique et que d'autres recherches soient réalisées sur le sujet.

2 Prolongements possibles

Notre travail nous a amené à nous poser de nombreuses questions. De futures études seraient intéressantes pour améliorer ou compléter notre protocole, tout comme pour répondre à de nouvelles questions sur les thèmes du vidéo modeling et des habiletés sociales.

2.1 Sur un plus grand échantillon

En effet, tout d'abord, tester notre support sur un plus grand échantillon d'enfants porteurs de TSA pourrait permettre de généraliser des résultats plus fiables à l'ensemble de la population autistique. De ce fait, il serait alors possible de démontrer quel impact a l'utilisation du vidéo modeling dans la rééducation des habiletés sociales par rapport à d'autres rééducations utilisées classiquement. En outre, nous avons choisi un format de rééducation en individuel, mais le support pourrait aussi être utilisé dans un groupe d'habiletés sociales dans lequel les différents membres pourraient échanger sur les situations et participer ensemble à des jeux de rôles.

2.2 Inclure les émotions

Lorsque nous avons proposé le questionnaire de satisfaction aux orthophonistes, l'une d'elles nous a fait part de l'importance de faire plus de liens entre les situations sociales et les émotions ressenties par les différents interlocuteurs pour adapter son comportement. Inclure un travail approfondi sur les émotions et leurs implications dans les situations sociales pourrait donc également se révéler intéressant. Comme le souligne Bernadette Rogé (2003), s'ajuster aux émotions d'autrui est l'un des fondements de l'interaction sociale.

2.3 Créer un nouvel outil d'évaluation

Un autre axe d'amélioration du protocole consisterait à créer un nouvel outil d'évaluation plus objectif soit à partir d'un questionnaire plus ciblé et plus long qui permettrait une évaluation statistique quantitative, soit à partir de vidéos en situations réelles qui montrerait une évolution des comportements de manière plus écologique. En effet, filmer les pré- et post-tests permet d'obtenir un corpus et de repérer un certain nombre d'indicateurs d'habiletés pragmatiques répertoriées dans des grilles. Cette évaluation est plus objective car il est possible de comparer les deux vidéos successivement, sans que le temps n'ait d'influence sur le jugement.

2.4 D'autres types d'intervention avec vidéo

D'autre part, pour cette étude, nous nous sommes servies seulement d'une sorte d'intervention avec vidéo. Or, comme nous l'avons évoqué, il existe d'autres types d'approches comme le self-video-modeling qui consiste à se voir soi-même réaliser une tâche sur une vidéo (Buggey, 2007), le point of view video modeling qui consiste à voir la situation travaillée à travers les yeux du protagoniste. Ce sont des moyens qui méritent aussi un intérêt de la part des professionnels paramédicaux. Les différents types d'intervention seront choisis selon l'approche recherchée. Par exemple, le self-video-modeling permet à l'individu de se voir réussir l'exécution d'une action. Cela lui donne une image plus positive de lui-même. Dès lors c'est de cette manière valorisante que cette action sera enregistrée en mémoire (Kehle, Bray, Margiano, Theodore, & Zhou, 2002, cité in Buggey, 2007) afin que ladite situation ou action devienne plus rassurante et plus facile à vivre pour l'individu.

2.5 Elargissement du support

Il est également possible de créer de nouvelles vidéos pour cibler d'autres thèmes. En effet, notre matériel ne saurait être exhaustif et d'autres compétences sociales pourraient faire l'objet de nouveaux films. Les thérapeutes peuvent s'inspirer des situations sociales difficiles à vivre par leurs patients pour s'adapter au mieux à leurs besoins ou s'inspirer de scénarios sociaux déjà écrits comme ceux de Carole Gray (1997). De plus, nous avons ciblé une tranche d'âge, de 8 à 13 ans, mais il serait aussi très utile de s'adresser à un public plus jeune, plus âgé ou adulte avec de nouveaux protagonistes permettant une identification à chaque tranche d'âge et à chaque sexe. Une autre piste d'amélioration consisterait à proposer plus de ralentis sur images. Gepner et Féron (2009) montrent que l'on obtient de meilleurs résultats dans les compétences imitatives, verbales et cognitives des enfants porteurs de troubles autistiques lorsque la vitesse des mimiques, des gestes et du discours verbal est ralentie.

2.6 Travail approfondi sur la généralisation

Afin d'obtenir des résultats plus concluants pour ce type de rééducation, il est clair qu'une démonstration vidéo ne suffit pas. La confrontation au monde réel semble être un passage incontournable pour que les apprentissages puissent servir au quotidien. Pour ce faire, un travail sur le terrain pourrait donner suite au visionnage de la vidéo et à la compréhension de l'habileté sociale correspondante.

De plus, un accompagnement familial (AF) pourrait être mis en place afin de faire participer les parents. L'AF est une vision nouvelle de l'orthophonie, elle consiste en la participation active de l'entourage à la rééducation. En leur donnant des connaissances

sur la pathologie de leur enfant, on développe chez eux un sentiment de compétence, une prise de conscience et une motivation à l'action (Auzias & Le Menn, 2012). Les fiches « objectifs » que nous avons développées allaient dans ce sens. Elles ont permis aux familles d'entraîner leur enfant dans le quotidien sur des actions concrètes comme acheter du pain dans une boulangerie ou téléphoner à un grand parent. Ainsi, en étant mieux renseignés et inclus dans la prise en soin, les parents pouvaient aider à la généralisation des compétences développées en séance. C'est cet aspect qui pourrait être développé davantage.

Il serait aussi possible de développer un partenariat avec d'autres professionnels comme par exemple des éducateurs qui pourraient reprendre les apprentissages sur le terrain. Tout ceci semble nécessaire pour obtenir une meilleure généralisation des résultats.

CONCLUSION

Les habiletés sociales sont des compétences complexes. Pour les personnes porteuses de TSA, elles sont souvent la cause d'un réel handicap social et de souffrance. C'est pourquoi elles nécessitent un apprentissage explicite qu'il est possible de réaliser dans une prise en soin orthophonique. Différentes techniques de rééducation s'offrent aux professionnels parmi lesquelles nous pouvons citer le video modeling. Ce dernier utilise l'imitation de façon organisée et adaptée aux pathologies autistiques. Il devient ainsi un outil d'apprentissage efficace.

Notre ambition initiale était d'examiner la possibilité d'amélioration des habiletés sociales d'enfants de 8 à 13 ans à l'aide de notre support de video modeling. Nous souhaitions connaître l'impact du matériel que nous avons développé, savoir s'il était apprécié par les enfants et les professionnels et vérifier sa validité clinique.

Afin d'évaluer notre intervention auprès de quatre garçons porteurs d'autisme, divers questionnaires d'évaluation, de satisfaction, et une grille d'évaluation pragmatique ont été nécessaires. Les résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus ont la plupart du temps révélé une progression des habiletés sociales des enfants, aux niveaux utilitaire et relationnel. Quelques faiblesses dans le protocole n'ont pas permis une généralisation suffisante des nouvelles compétences dans la vie quotidienne des enfants. Pour autant, l'enthousiasme des professionnels, des enfants et des parents pour le matériel en souligne l'intérêt.

Pour poursuivre ce travail, il serait possible de développer d'avantage de situations sociales dans de nouvelles vidéos. Des séquences concernant des situations comportementales, comme par exemple apprendre à se brosser les dents, ou d'autres détaillant les états émotionnels pourraient également être ajoutées. Notre travail étant une étude pilote, les résultats obtenus ne sont pas suffisants pour valider l'impact réel du matériel. Il serait utile d'effectuer une seconde étude utilisant d'avantage de données quantitatives. Dans tous les cas, le video modeling est un support qui mérite d'être développé, c'est pourquoi nous souhaitons que notre matériel puisse être utilisé par les orthophonistes.

Finalement, pour les personnes porteuses de TSA, agir en société sera peut-être toujours pour eux comme jouer dans une immense pièce de théâtre comme le suggère Joseph Schovanec⁵ lorsqu'il parle de sa « comédie sociale ». Hugo Horiot, adulte autiste, en a même fait son métier puisqu'il est comédien. Le rôle du soignant ne serait-il donc pas de leur donner les clés pour leur permettre d'accomplir cette performance au quotidien ?

⁵ Interview de Joseph Schovanec sur les codes sociaux (France Inter, émission *La tête au carré*, 2012) http://www.dailymotion.com/video/xq9w9x_interview-de-joseph-schovanec-sur-les-codes-sociaux-et-les-autistes_news

REFERENCES

- Adrien, J.-L., & Gattegno, M. P. (2011). *L'autisme de l'enfant: Evaluations, interventions et suivis*. Wavre: Mardaga.
- Adrien, J.-L., Lenoir, P., Martineau, J., Perrot, A., Hameury, L., Larmande, C., & Sauvage, D. (1993). Blind Ratings of Early Symptoms of Autism Based upon Family Home Movies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(3), 617–626.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Washington, DC :American Psychiatric Association
- Arapi, & UNAPEI. (2007). *L'autisme, où en est-on aujourd'hui ? Etats des connaissances. Repères pour les accompagnants*. Paris: Les guides de l'UNAPEI.
- Auzias, L., Le Menn, M-A. (2012). *L'accompagnement familial dans la pratique clinique orthophonique au Québec et en France*. Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon, France.
- Bachevalier, J. (1994). Medial temporal lobe structures and autism: A review of clinical and experimental findings. *Neuropsychologia*, 32(6), 627–648.
- Bandura, A. (1974). *Psychological modeling: Conflicting theories*. New York: Aldine-Atherton.
- Bandura, A. (1980). *L'apprentissage social*. Bruxelles : Mardaga.
- Bellini, S., & Akullian, J. (2007). A meta-analysis of video modeling and video self-modeling interventions for children and adolescents with autism spectrum disorders. *Exceptional Children*, 73, 264–286.
- Bellini, S., Peters, J. K., Benner, L., & Hopf, A. (2007). A meta-analysis of school-based social skill interventions for children with autism spectrum disorders. *Remedial and Special Education*, 28(3), 153–162.
- Bernier, S., Lamy, M., & Mottron, L. (2003). *Socio-guide: programme aux habiletés sociales adapté pour une clientèle présentant un trouble envahissant du développement*. Montréal: CECOM - Centre de Communication en Santé Mentale.
- Bloom, L., & Lahey, M. (1978). *Language development and language disorders*. New York: Wiley.
- Bo, A. (2000). Essai d'adaptation d'un programme familial à la pratique en libéral. *Rééducation orthophonique*, 203, 139–144.
- Buggey, T. (2005). Applications of video self-modeling with children with autism in a small private school. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 20, 180–204.
- Buggey, T. (2007). A Picture Is Worth...: Video Self-Modeling Applications at School and Home. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 9(3), 151–158.
- Buggey, T. (2012). Video modeling applications for persons with autism. In R. J. McCauley & P. A. Prelock (Eds). *Treatment of Autism Spectrum Disorders. Evidence-based intervention strategies for communication & social interactions* (pp. 345–369). Baltimore: Paul K. Brookes Publishing Co.
- Charlop-Christy, M., & Daneshvar, S. (2003). Using video modeling to teach perspective taking to children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 5, 12–21.

-
- Charman, T., Swettenham, J., Baron-Cohen, S., Cox, A., Baird, G., & Drew, A. (1997). Infants with autism: An investigation of empathy, pretend play, joint attention, and imitation. *Developmental Psychology*, 5, 782–189.
- Coquet, F. (2005). Pragmatique : quelques notions de base. In F. Coquet (Ed.) *Les habiletés pragmatiques chez l'enfant*. Paris: Rééducation Orthophonique.
- Coquet, F., Ferrand, P., & Roustit, J. (2009). *EVALO 2-6. Notes théoriques, méthodologiques et statistiques*. Paris: Orthoédition.
- Curcio, F., & Piserchia, E. A. (1978). Pantomimic representation in psychotic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 8(2), 181–189.
- Dapretto, M., Davies, M. S., Pfeifer, J. H., Scott, A. A., Sigman, M., Bookheimer, S. Y., & Jacoboni, M. (2006). Understanding emotions in others: mirror neuron dysfunction in children with autism spectrum disorders. *Nature Neuroscience*, 9, 28–30.
- DeMyer, M. K., Alpern, G. D., Barton, S., DeMyer, W. E., Churchill, D. W., Hingtgen, J. N., Bryson, C. Q., Pontius, W. & Kimberlin, C. (1972). Imitation in autistic, early schizophrenic, and non psychotic subnormal children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 2, 264–287.
- Denni-Krichel, N., & Bour, S. (2004). Education ou rééducation du langage dans le cadre de l'autisme. In T. Rousseau (Ed.) *Les approches thérapeutiques en orthophonie* (Vol. 1, pp. 221–252). Isbergues: Orthoédition.
- Dixon, D. R., Tarbox, J. T., & Najdowski, A. (2009). Social skills in autism spectrum disorders. In J. L. Matson (Ed.), *Social Behavior and Skills in Children* (pp. 117–140). New York: Springer.
- Favrod, J., & Barrelet, L. (1993). Efficacité de l'entraînement aux habiletés sociales avec les personnes atteintes de schizophrénie. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 3(3), 84–95.
- Frith, U. (2010). *L'énigme de l'autisme* (2nde ed.). Paris: Odile Jacob.
- Ganz, J. B., Earles-Vollrath, T. L. & Cook, K. E. (2011). Video Modeling : A Visually Based Intervention for Children With Autism Spectrum Disorder. *Teaching Exceptional Children*, 43(6), 8–19.
- Gepner, B., & Féron, F. (2009). Autism: A world changing too fast for a mis-wired brain? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 33(8), 1227–1242.
- Gepner, B., Mestre, D., Masson, G., & Schonen, S. (1995). Postural effects of motion vision in young autistic children. *NeuroReport*, 6, 1211–1214.
- Gepner, B., & Tardif, C. (2009). Le monde va trop vite pour les autistes. *La Recherche*, 436, 56–59.
- Goffman, E. (1973). *La présentation de soi. La mise en scène de la vie quotidienne*. (Vol. 1). Paris: Éditions de Minuit.
- Grandin, T. (2014). *Dans le cerveau des autistes*. Paris: Odile Jacob.
- Gray, C. (1997). *Nouveau Livre De Scenarios Sociaux*. Arlington, Etats-Unis: Future Horizons Incorporated
- Happé, F., & Frith, U. (2006). The weak coherence account: detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(1), 5–25.
-

-
- Haute Autorité de Santé. (2010). *Autisme et autres Troubles Envahissants du Développement : État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale*. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/autisme__etat_des_connaissances_argumentaire.fr
- Hendrick, S. (2007). Un modèle de thérapie brève systémique intégrée. *Thérapie Familiale*, 28(2), 121–138.
- Hermelin, B., & O'Connor, N. (1970). *Psychological experiments with autistic children*. Londres: Pergamon Press.
- Hine, J., & Wolery, M. (2006). Using point-of-view video modeling to teach play to preschoolers with autism. *Topics in Early Childhood Special Education*, 26, 83–93.
- Hugues, C., & Russell, J. (1993). Autistic children's difficulty with mental disengagement from an object : its implications for theories of autism. *Developmental Psychology*, 29(3), 498–510.
- Joliffe, T., Landsdown, R., & Robinson, C. (1992). Autism : a personal account. *Communication*, 26(3).
- Lainé, F., Rauzy, S., Tardif, C., & Gepner, B. (2010). Slowing Down the Presentation of Facial and Body Movements Enhances Imitation Performance in Children with Severe Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(8), 983–996.
- Lane, A. E., Young, R. L., Baker, A. E. Z., & Angley, M. T. (2010). Sensory Processing Subtypes in Autism: Association with Adaptive Behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(1), 112–122.
- Liberman, R. P., Mueser, K. T., & De Risi, W. J. (2005). *Entraînement aux habiletés sociales pour les patients psychiatriques*. Paris: Retz.
- Maillart, C. (2003). Les troubles pragmatiques chez les enfants présentant des difficultés langagières. Présentation d'une grille d'évaluation : la Children's Communication Checklist (Bishop, 1998). *Les Cahiers de La SBLU*, 13, 12–32.
- Markram, H., Rinaldi, T., & Markram, K. (2007). The Intense World Syndrome – an alternative hypothesis for autism. *Frontiers in Neuroscience*, 1(1), 77–96.
- Michelson, L., Suguai, D. P., Wood, R. P., & Kazdin, A. E. (1983). *Social skills assessment and training with children: an empirically based handbook*. New York: Plenum Press.
- Miller, N. E., & Dollard, J. (1941). *Social learning and imitation*. New Haven, Etats-Unis: Yale University Press.
- Molenberghs, P., Cunninton, R., & Mattingley, J. B. (2009). Is the mirror neuron system involved in imitation? A short review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33(7), 975–980.
- Montfort, M., Juarez, A., & Monfort Juarez, I. (2005). *Les troubles de la pragmatique chez l'enfant*. Madrid: entha.
- Montfort, M., & Monfort Juarez, I. (2001). *L'esprit des autres*. Madrid: entha.
- Mottron, L., Dawson, M., Soulières, I., Hubert, B., & Burack, J. (2006). Enhanced perceptual functioning in autism: an update, and eight principles of autistic perception. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(1), 27–43.
- Mottron L. (2004). *L'autisme, une autre intelligence*. Wavre (Belgique): Mardaga.

-
- Mundy, P., Sigman, M., & Kasari, C. (1990). A longitudinal study of joint attention and language development in autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20(1), 115–128.
- Nadel, J. (2005). Imitation et autisme. In A. Berthoz & J. Massion (Eds) *Autisme, Cerveau et Développement : de la recherche à la pratique* (pp. 341–356). Paris: Odile Jacob.
- Nadel, J. (2011). *Imiter pour grandir* (Dunod). Paris.
- Nadel, J., Aouka, N., Coulon, N., Gras-Vincendon, A., Canet, P., Fagard, J., & Bursztejn, C. (2011). Yes they can! An approach of observational learning in low-functioning children with autism. *Autism*, 15(4), 421–435.
- Nikopoulos, C., & Keenan, M. (2004). Effects of video modeling on social initiations by children with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 37, 93–96.
- Oberman, L. M., Hubbard, E. M., McCleery, J. P., Altschular, E. L., Ramachandran, V. S., & Pineda, J. A. (n.d.). EEG evidence for mirror neuron dysfunction in autism spectrum disorders. *Cognitive Brain Research*, 24, 190–198.
- Osterling, J., & Dawson, G. (1994). Early recognition of children with autism: A study of first birthday home videotapes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 14, 239 – 252.
- Parson, T. (1951). *The Social System*. Londres: The Free Press Of Glencoe.
- Paterson, C. R., & Arco, L. (2007). Using video modeling for generalizing toy play in children with autism. *Behavior Modification*, 31, 660–681.
- Peeters, T. (1994). *Autisme: La forteresse éclatée*. Paris: Pro Aid Autism.
- Peeters, T. (2014). *L'autisme. De la compréhension à l'intervention* (2ème ed.). Paris: Dunod.
- Piaget, J. (1945). *La formation du symbole chez l'enfant*. Neuchâtel/Paris: Delachaux et Niestlé.
- Plantin, C. (1996). *L'argumentation*. Paris: Seuil.
- Qi, C. H., & Lin, Y.-L. (2012). Quantitative analysis of the effects of video modeling on social and communication skills for children with autism spectrum disorders. *Social and Behavioral Sciences*, 46, 4518 – 4523.
- Regnaux, J.-P., Guayb, V., & Marsal, C. (2009). Evidence based practice ou la pratique basée sur les preuves en rééducation, 9(94), 55–61.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3, 131–141.
- Rogé, B. (2003). *Autisme : comprendre et agir, santé, éducation, insertion*. Paris: Dunod.
- Rogers, S. (1996). Déficits imitatifs: le cas de l'autisme. *Enfance*, 49(1), 38–40.
- Rogers, S. J., & Pennington, B. F. (1991). A theoretical approach to the deficits in infantile autism. *Development and Psychopathology*, 3, 137–162.
- Rondal, J.-A. (2007). *Orthophonie contemporaine*. Paris: Isbergues.
- Schovanec, J. (2012). *Je suis à l'Est*. Plon.
-

-
- Schreibman, L., Whalen, C., & Stahmer, A. (2000). The use of video priming to reduce disruptive transition behavior in children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 2, 3–11.
- Skinner, B. F. (1953). *Science And Human Behavior*. New York: Macmillan.
- Tardif, C., Lainé, F., Rodriguez, M., & Gepner, B. (2007). Slowing down facial movements and vocal sounds enhances facial expression recognition and facial-vocal imitation in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1469–1484.
- Uzgiris, I. (1981). Two functions of imitation during infancy. *International Journal of Behavioural Development*, 4, 1–12.
- Verschueren, J. F., Östman, J.-O., & Blommaert, J. (1995). *Handbook of Pragmatics*. Amsterdam: John Benjamins.
- Wacker, D. P., Berg, W. K., Harding, J. W., & Cooper-Brown, L. J. (2009). Matching treatment to the function of destructive behavior. In *Behavioral Theories and Interventions for autism* (pp. 3–21). Swansea, UK: Phil Reed.
- Wallon, H. (1942). *De l'acte à la pensée*. Paris: Flammarion.
- Wing, L. (1988). The continuum of autistic characteristics. In E. Schopler & G. B. Mesibov (Eds) *Diagnosis and Assessment in Autism*. New York: Plenum Press.
- Wing, L., & Gould Judith. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. In *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, 11–29.
- Wong, C., Odom, S. L., Hume, K., Cox, A. W., Fettig, A., Kucharczyk, S., ... Schultz, T. R. (2014). Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism Spectrum Disorder. Retrieved from <http://autismpdc.fpg.unc.edu/sites/autismpdc.fpg.unc.edu/files/2014-EBP-Report.pdf>

ANNEXES

Annexe I : Nos choix de tournage et de montage

1. Tournage

Notre support étant destiné à des enfants porteurs de TSA âgés de 10 à 13 ans, l'acteur principal de notre film servant de modèle est un garçon de 11 ans. Il nous semblait judicieux de prendre de préférence un enfant de sexe masculin étant donné la prévalence du trouble autistique (4 garçons pour une fille). En effet, de nombreuses études montrent qu'un enfant autiste s'identifie d'avantage à un modèle qui lui ressemble. De plus, notre modèle n'a pas de signe distinctif (lunettes, etc.). Le tournage a été réalisé à Joué-Lès-Tours (37) dans des lieux que nous avons voulu le plus souvent neutres ou typiques : des pièces de vie en général peu meublées et peu décorées mais facilement identifiables, une boulangerie classique, et certaines scènes ont même été filmées sur fond blanc. L'objectif est que l'enfant puisse transférer ces situations dans son quotidien sans y attacher un lieu particulier.

Les situations que nous avons choisies de détailler nous ont été suggérées par les orthophonistes que nous avons interrogées par le biais de notre questionnaire. Parmi les nombreuses réponses obtenues, nous en avons développées un certain nombre directement en lien avec la communication : dans des situations générales (faire une conversation, adapter les salutations) ou spécifiques (acheter du pain, jouer, téléphoner, demander de l'aide). En effet, la communication fait partie des champs de compétence de l'orthophonie. En outre, nous avons l'espoir que développer de telles habiletés permettent à l'adolescent autiste d'être plus à l'aise et autonome en société.

2. Montage

Le dvd est découpé en courte séquences d'environ 2 minutes 30 chacune. Elles sont accessibles depuis un menu dont voici le plan :

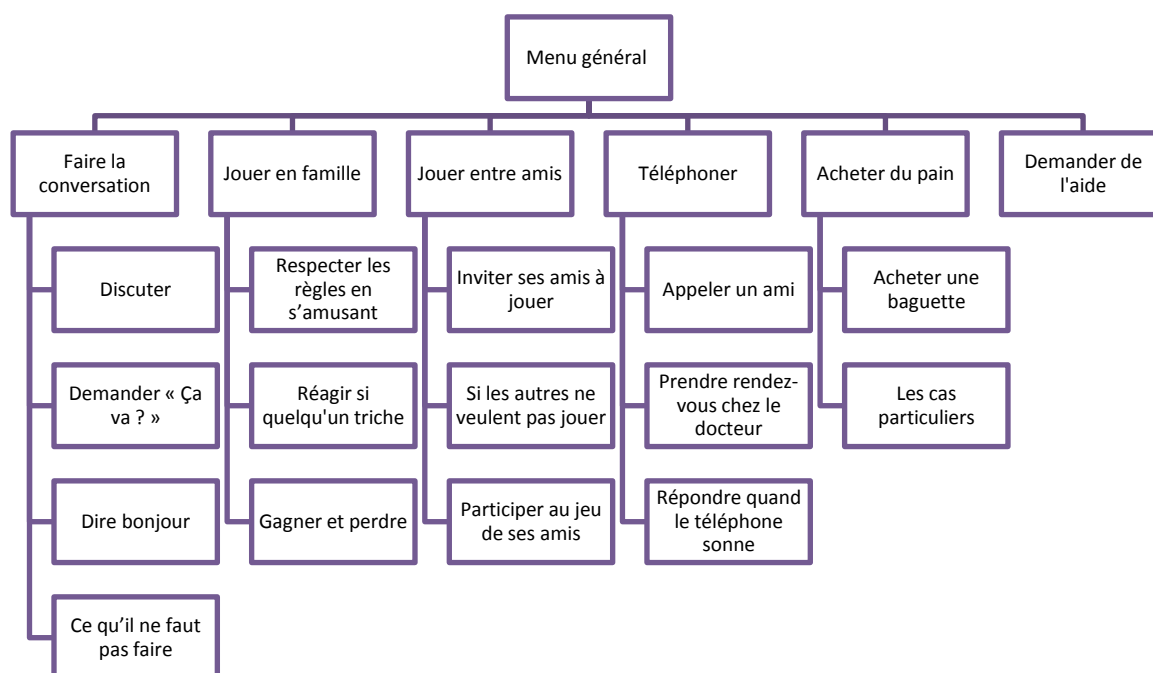


Figure 17 : Arbre décisionnel du menu du DVD *Rééduquer les habiletés sociales par l'imitation* (2013)

Chaque information est donnée par une voix off qui a été enregistrée par un professionnel de Radio France. Les couleurs choisies pour les fonds sont volontairement de couleurs froides pour orienter l'attention sur le texte. En conclusion, les points clés du film sont l'explicitation systématique et la focalisation sur les points essentiels.

Annexe II : Questionnaire d'évaluation aux parents

Question 1 : Votre enfant sait-il acheter du pain à la boulangerie ?

Pas du tout > un peu > assez bien > très bien > parfaitement

- ✓ Pourquoi ? Qu'est-ce qu'il sait faire ? Qu'est-ce qu'il ne sait pas faire ?
- ✓ Est-il poli ? bonjour, au revoir, merci
- ✓ Est-ce qu'il sait demander tout seul ? Comment fait-il ? (regard, intensité de la voix ...)
- ✓ Quel est son comportement ? calme, agité, touche à tout, etc.

Question 2 : Sait-il appeler un ami pour l'inviter à jouer ?

Pas du tout > un peu > assez bien > très bien > parfaitement

- ✓ Au préalable (avant la question 2) : Est-ce qu'il lui arrive de téléphoner ?
- ✓ Pourquoi ? Qu'est-ce qu'il sait faire ? Qu'est-ce qu'il ne sait pas faire ?
- ✓ Pense-t-il à se présenter ?
- ✓ Trouvez-vous qu'il s'exprime bien, qu'on le comprend bien ?
- ✓ Est-ce qu'il écoute l'autre ?

Question 3 : Votre enfant sait-il adapter sa manière de dire bonjour à la personne à qui il s'adresse ?

Pas du tout > un peu > assez bien > très bien > parfaitement

- ✓ Pourquoi ? Qu'est-ce qu'il sait faire ? Qu'est-ce qu'il ne sait pas faire ?
- ✓ Est-ce qu'il sait adapter la distance et les mots qu'il choisit avec (expliquer comment il fait) :
 1. un adulte proche
 2. un adulte peu proche
 3. un copain
 4. une copine
- ✓ Est-ce que votre enfant sait utiliser les gestes suivants ?
 1. Salut de la main (coucou)
 2. Faire la bise
 3. Faire un check
 4. Serrer la main

Question 4 : Votre enfant sait-il demander de l'aide (s'il est perdu, s'il ne sait pas faire, etc.) ?

Pas du tout > un peu > assez bien > très bien > parfaitement

-
- ✓ Pourquoi ? Qu'est-ce qu'il sait faire ? Qu'est-ce qu'il ne sait pas faire ?
 - ✓ Est-ce qu'il ose s'adresser à quelqu'un ? Qu'il connaît ? Qu'il ne connaît pas ?
 - ✓ Est-ce que vous trouvez qu'il sait bien exprimer ce qu'il veut ? Est-ce adapté ?
 - ✓ Pensez-vous qu'il écoute la réponse de son interlocuteur ? Est-ce qu'il se sert des informations qu'on lui a données ?

Question 5 : Globalement, votre enfant est-il à l'aise dans la conversation, participe à l'échange de façon adéquate ?

Pas du tout > un peu > assez bien > très bien > parfaitement

- ✓ Est-ce qu'il écoute l'autre, le regarde ?
- ✓ Sait-il commencer une conversation ? Vient-il vers vous pour vous parler de quelque chose ?
- ✓ Est-ce qu'il sait répondre à vos questions de façon adéquate ? en restant dans le thème ? en prenant en compte vos réactions ?
- ✓ Lui-même, pose-t-il des questions pour relancer la conversation ?
- ✓ Est-ce qu'il sait :
 1. ne pas monopoliser la conversation avec ses sujets préférés ?
 2. ne pas couper l'autre ?
 3. ne pas dire de chose vexante ?
- ✓ Quels sont ses sujets de conversation favoris ?

Remarques diverses :

Annexe III : questionnaire d'auto-évaluation de l'enfant

Question 1 : Sais-tu acheter du pain tout seul à la boulangerie ?

Pas du tout > un peu > assez bien > très bien > parfaitement

Pourquoi ? Qu'est-ce que tu sais faire ? Qu'est-ce que tu ne sais pas faire ? (ou « racontes moi comment tu fais » ou « pourquoi tu n'as jamais essayé ? », éventuellement demander pour les bonbons/aime bien ? Souvent été ?)

Question 2 : Sais-tu appeler un ami pour l'inviter à jouer ? Est-ce que tu trouves que tu y arrives :

Pas du tout > un peu > assez bien > très bien > parfaitement

Pourquoi ? Qu'est-ce que tu sais faire ? Qu'est-ce que tu ne sais pas faire ? (ou « racontes moi comment tu fais » ou « pourquoi tu n'as jamais essayé ? » De quoi aimes-tu parler avec eux)

Question 3 : Raconte moi comment tu dis bonjour à :

- ✓ Maman ou papa (ou mamie, cousine proche)
- ✓ Ton copain d'école
- ✓ A tes professeurs

Pas du tout (aucune différence interindividuelle ou ne sais pas) > assez bien (différences interindividuelles mais maladresse) > parfaitement (ces réponses nous semblent très appropriées)

Question 4 : Est-ce que tu oses parler avec les autres ? Est-ce que tu penses qu'ils aiment discuter avec toi ?

Est-ce que tu te sens à l'aise quand tu fais une conversation avec quelqu'un ? Pour toi, est-ce que c'est facile ?

Pas du tout > un peu > assez bien > très bien > parfaitement

Pourquoi ? Qu'est-ce que tu sais faire ? Qu'est-ce que tu ne sais pas faire ? (ou « racontes moi comment tu fais » ou « pourquoi tu n'as jamais essayé ?)

Annexe IV : Extrait des fiches utilisées en séance :

1. La fiche jeu de rôle du



LA BOULANGERIE

Personnages : le client et la boulangère
Matériel : un objet qui symbolise une baguette de pain,
de fausses pièces de monnaie

Dialogue :

- Bonjour madame ! (en entrant)
 - Bonjour !
 - Je voudrais une baguette s'il vous plaît (devant la dame)
 - Oui bien sûr ... ce sera 90 centimes
 - Tenez ! (tendre la monnaie)
 - Merci, c'est parfait !
 - Merci, au revoir ! (prendre la baguette)
- Le client repart.

Pour généraliser :

- L'enfant fait la boulangère
- Le client demande un croissant (ou autre)
- Le client donne un euro, la boulangère lui rend la monnaie.

2. La fiche objectif



LA BOULANGERIE

Quand j'achète du pain :

- Je suis poli
- Je regarde la boulangère
- Je ne touche pas à tout
- Je suis patient

Remarques personnalisées :

-
-
-
-
-

Ces fiches sont à adapter à l'enfant en fonction
de ce qui s'est passé en séance d'entraînement.

Annexe V : Questionnaires de satisfaction

1. Questionnaire à destination des orthophonistes

Quel est le prénom du patient concerné ?

Globalement, êtes-vous satisfaite que votre patient ait participé à notre étude ?

- ☐ Oui, tout à fait
- ☐ Partiellement
- ☐ Non, pas du tout
- ☐ Sans avis

Extrait vidéo

L'outil en lui-même vous a-t-il paru intéressant ?

- ☐ Oui, tout à fait
- ☐ Oui, plutôt
- ☐ Non, en tout cas ce n'est pas adapté à mon patient
- ☐ Non, pas du tout
- ☐ Autre :

Concernant l'outil

Cochez la ou les cases correspondantes

- ☐ ergonomique
- ☐ intéressant
- ☐ clair
- ☐ attrayant
- ☐ surchargé
- ☐ complet
- ☐ trop directif
- ☐ imprécis
- ☐ Autre :

Que pensez-vous de la double présentation de chaque vidéo dans un but d'anticipation ?

D'après vous, votre patient est-il content d'avoir participé à cette étude ?

- ☐ Oui, je l'ai senti investi
- ☐ Cela dépend des moments
- ☐ Non, je l'ai senti en difficulté
- ☐ Autre :

2. Questionnaire à destination des parents

Comment s'appelle votre enfant ?

Globalement, êtes-vous satisfait que votre enfant ait participé à cette étude ?

- ☐ Oui, tout à fait
- ☐ Partiellement
- ☐ Non, pas du tout
- ☐ Sans avis

Extrait vidéo

L'outil en lui-même vous a-t-il paru intéressant ?

- ☐ Oui, tout à fait
- ☐ Oui, plutôt.
- ☐ Non, en tout cas, il n'est pas adapté à mon enfant.
- ☐ Non, pas du tout
- ☐ Autre :

Concernant l'outil

Cochez ce qui correspond d'après vous.

- ☐ ergonomique
- ☐ attrayant
- ☐ intéressant
- ☐ clair
- ☐ surchargé
- ☐ trop directif
- ☐ imprécis
- ☐ complet
- ☐ Autre :

Votre enfant semble-t-il content d'avoir participé à cette étude ?

- ☐ Oui, il semblait très enthousiaste avant les séances.
- ☐ Oui, il en même parfois parlé à la maison
- ☐ Non, je l'ai senti en difficulté
- ☐ Non, mais je ne sais pas trop pourquoi
- ☐ Autre :

Globalement, avez-vous l'impression que votre enfant a progressé ?

- ☐ Oui beaucoup
- ☐ Oui un peu
- ☐ Non pas tellement
- ☐ Absolument pas

Si oui, dans quel domaine ?

Parmi les situations travaillées, la ou lesquelles vous semblent plus faciles pour lui ?

- ☐ Il sait mieux dire bonjour
- ☐ il sait mieux discuter avec les autres
- ☐ Il sait mieux téléphoner
- ☐ Il sait mieux acheter du pain seul
- ☐ Rien du tout, il a seulement révisé des choses qu'il connaissait déjà

Plus globalement, trouvez vous que votre enfant ...

- ☐ a plus confiance en lui
- ☐ a amélioré son comportement global
- ☐ est plus volontaire
- ☐ donne davantage son avis

Etes-vous satisfait de notre intervention ?

- ☐ Oui totalement
- ☐ Oui, partiellement
- ☐ Globalement non
- ☐ Non pas du tout

Points forts de notre intervention

Cochez les éléments dont vous êtes satisfait.

- ☐ Disponibilité (temps accordé aux échanges)
- ☐ Réponses apportées à mes questions
- ☐ Qualité des rapports avec mon enfant
- ☐ Clarté des informations
- ☐ Autre :

Points faibles de notre intervention

Cochez les éléments sur lesquels nous pourrions nous améliorer.

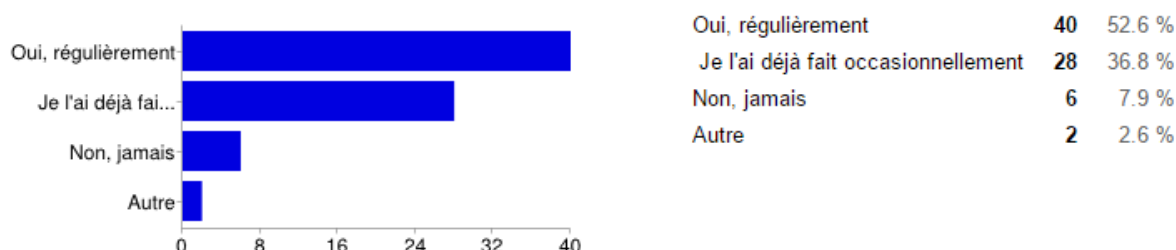
- ☐ Disponibilité (temps accordé aux échanges)
- ☐ Réponses apportées à mes questions
- ☐ Qualité des rapports avec mon enfant
- ☐ Clarté des informations
- ☐ Autre :

Remarques globales, suggestions.

Annexe VI : Le sondage initial : questions et réponses obtenues auprès de 76 orthophonistes

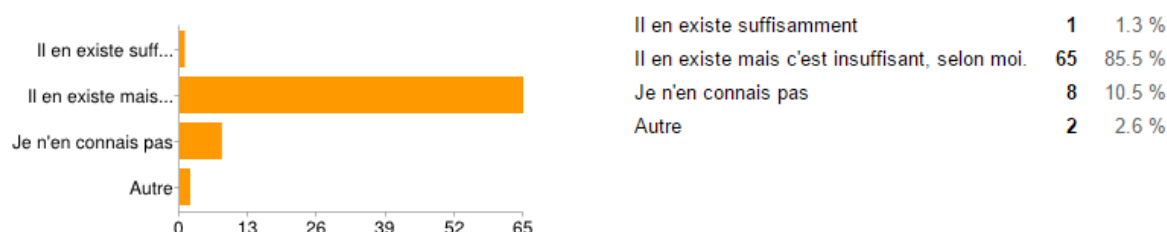
Rééduquez-vous des enfants autistes au niveau des habiletés sociales dans votre cabinet ?*

- ☐ Oui, régulièrement
☐ Je l'ai déjà fait occasionnellement
☐ Non, jamais
☐ Autre :



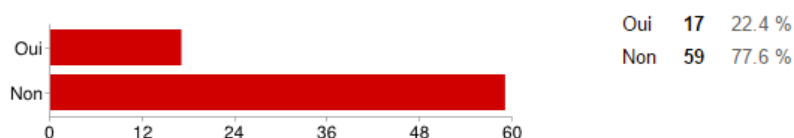
Trouvez-vous qu'il existe suffisamment de supports en orthophonie pour ce type de rééducation ?*

- ☐ Il en existe suffisamment
☐ Il en existe mais c'est insuffisant, selon moi.
☐ Je n'en connais pas
☐ Autre :



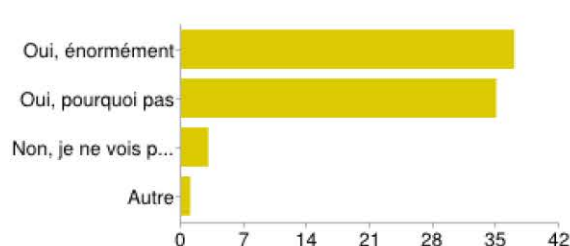
Connaissez-vous le modeling ? Il s'agit d'un support de rééducation, développé aux Etats-Unis, sous forme de courts films pour expliquer les scénarii sociaux aux enfants autistes.*

- ☐ Oui
☐ Non



Pensez-vous qu'un tel support, adapté en français, vous serait utile ?*

- ☐ Oui, énormément
☐ Oui, pourquoi pas
☐ Non, je ne vois pas l'utilité
☐ Autre :

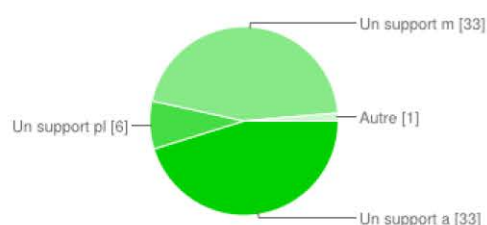


Oui, énormément	37	48.7 %
Oui, pourquoi pas	35	46.1 %
Non, je ne vois pas l'utilité	3	3.9 %
Autre	1	1.3 %

Si oui ...

Vous préféreriez ...

- ☐ Un support adapté à la prise en charge individuelle ?
- ☐ Un support plutôt pour les prises en charge groupales ?
- ☐ Un support mixte ?
- ☐ Autre :



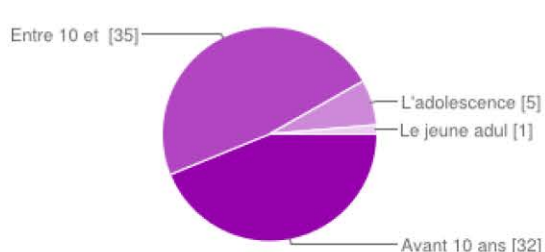
Un support adapté à la prise en charge individuelle ?	33	43.4 %
Un support plutôt pour les prises en charge groupales ?	6	7.9 %
Un support mixte ?	33	43.4 %
Autre	1	1.3 %

Quels sont les thèmes que vous trouveriez intéressant à développer ?

Exemples : le "bonjour", le vouvoiement/tutoiement, l'entrée en classe, la demande d'informations à un inconnu/à un proche, etc.

Quelle tranche d'âge serait à aborder en priorité selon vous ?

- ☐ Avant 10 ans
- ☐ Entre 10 et 13 ans (notre choix actuel)
- ☐ L'adolescence (12 à 16 ans)
- ☐ Le jeune adulte



Avant 10 ans	32	42.1 %
Entre 10 et 13 ans (notre choix actuel)	35	46.1 %
L'adolescence (12 à 16 ans)	5	6.6 %
Le jeune adulte	1	1.3 %

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Modèle tridimensionnel d'après Bloom et Lahey (1978).....	13
Figure 2 : degré d'intérêt pour la création d'un support de VM.	27
Figure 3 : type de prise en charge préféré.	27
Figure 4 : Scores à la CCC de M. par rapport à la norme.....	32
Figure 5 : Scores à la CCC de S. par rapport à la norme	33
Figure 6 : Scores à la CCC de T. par rapport à la norme.	34
Figure 7 : Scores à la CCC de Z. par rapport à la norme.	35
Figure 8 : Calendrier de l'intervention.....	37
Figure 9 : questionnaire aux parents de M.	40
Figure 10 : Questionnaire d'auto-évaluation de M.	41
Figure 11 : Questionnaire aux parents de S.....	42
Figure 12 : Questionnaire d'auto-évaluation de S.	43
Figure 13 : Questionnaire aux parents de T.....	44
Figure 14 : Questionnaire d'auto-évaluation de T.	45
Figure 15 : Questionnaire d'évaluation des parents de Z.....	46
Figure 16 : Questionnaire d'auto-évaluation de Z.	47
Figure 17 : Arbre décisionnel du menu du DVD <i>Rééduquer les habiletés sociales par l'imitation</i> (2013)	69

TABLE DES MATIERES

ORGANIGRAMMES	2
1 Université Claude Bernard Lyon1.....	2
1.1 Secteur Santé :	2
1.2 Secteur Sciences et Technologies :	2
2 Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE	3
REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION	8
PARTIE THEORIQUE	10
I Autisme, généralités :	11
1 Définitions	11
2 Fonctionnement cognitif	12
3 Traitement de l'information	12
4 Difficultés pragmatiques	12
II Une altération de l'imitation et des habiletés sociales :	14
1 L'imitation.....	14
1.1 Qu'est-ce qu'imiter ?.....	14
1.2 L'imitation dans l'autisme :	15
2 Les habiletés sociales :	16
2.1 Définition	16
2.2 Les différentes manifestations du trouble des habiletés sociales :	17
III Rééducation des habiletés sociales par l'imitation : le video modeling	18
1 La rééducation des habiletés sociales	18
1.1 Les outils de rééducation :	19
1.2 Les axes de rééducation des habiletés sociales :	19
2 Le video modeling.....	19
2.1 Le concept de modeling	20
2.2 Qu'est-ce que le Video Modeling ?.....	20
2.3 Effets du Video Modeling (VM) dans l'autisme.....	21
2.4 Conclusion	22
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	23
I Problématique :	24
II Hypothèses :	24
1 Hypothèses théoriques :	24
2 Hypothèses opérationnelles :	24
PARTIE EXPERIMENTATION.....	26

I	Développement d'un support de video modeling	27
1	Questionnaire préalable (annexe VI).....	27
2	Description des scenarii	27
3	Schéma d'une séquence filmée	29
II	Evaluation du support.....	30
1	Participants :	30
1.1	Sélection de la population	30
1.2	Présentation des enfants	31
2	Matériel :	35
2.1	La Children Communication Checklist (Bishop, 1998)	35
2.2	Les questionnaires d'évaluation	36
2.3	Les questionnaires de satisfaction (Annexe V)	36
3	L'entraînement.....	36
3.1	Le pré-test.....	37
3.2	L'entraînement.....	37
3.3	Le post-test	38
	PRESENTATION DES RESULTATS	39
I	Les résultats par enfant	40
1	Résultats pour M.....	40
1.1	Le questionnaire d'évaluation aux parents	40
1.2	Le questionnaire d'auto-évaluation.....	41
2	Résultats pour S.	42
2.1	Le questionnaire d'évaluation aux parents	42
2.2	Le questionnaire d'auto-évaluation.....	43
3	Résultats pour T.	44
3.1	Le questionnaire d'évaluation aux parents	44
3.2	Le questionnaire d'auto-évaluation.....	45
4	Résultats pour Z.	46
4.1	Le questionnaire d'évaluation aux parents	46
4.2	Le questionnaire d'auto-évaluation.....	47
II	Les questionnaires de satisfaction	48
1	L'avis des parents.....	48
2	L'avis des orthophonistes	48
	DISCUSSION DES RESULTATS	50
I	Retour sur nos hypothèses	51
1	Hypothèse 1.....	51
2	Hypothèse 2.....	52
3	Hypothèse 3.....	53

4	Hypothèse 4	54
5	Hypothèses théoriques	55
II	Regard critique sur l'expérimentation	55
1	Limitations de l'étude	55
1.1	La population	55
1.2	Condition d'expérimentation	56
1.3	Biais des outils d'évaluation	57
2	Bénéfices observés :	58
III	Les perspectives	58
1	Apports pour l'orthophonie	58
2	Prolongements possibles	59
2.1	Sur un plus grand échantillon	59
2.2	Inclure les émotions	59
2.3	Créer un nouvel outil d'évaluation	60
2.4	D'autres types d'intervention avec vidéo	60
2.5	Elargissement du support	60
2.6	Travail approfondi sur la généralisation	60
	CONCLUSION	62
	REFERENCES	63
	ANNEXES	68
	Annexe I : Nos choix de tournage et de montage	69
1.	Tournage	69
2.	Montage	69
	Annexe II : Questionnaire d'évaluation aux parents	71
	Annexe III : questionnaire d'auto-évaluation de l'enfant	73
	Annexe IV : Extrait des fiches utilisées en séance :	74
1.	La fiche jeu de rôle du	74
2.	La fiche objectif	74
	Annexe V : Questionnaires de satisfaction	75
1.	Questionnaire à destination des orthophonistes	75
2.	Questionnaire à destination des parents	76
	Annexe VI : Le sondage initial : questions et réponses obtenues auprès de 76 orthophonistes	78
	TABLE DES ILLUSTRATIONS	80
	TABLE DES MATIERES	81

Elodie MERLAUD
Audrey SAMSON

**L'UTILISATION DU VIDEO MODELING COMME SUPPORT DE REEDUCATION DES
HABILETES SOCIALES CHEZ DES ENFANTS PORTEURS D'UN TROUBLE DU
SPECTRE AUTISTIQUE : Développement et évaluation d'un matériel orthophonique.**

83 Pages

Mémoire d'orthophonie – UCBL-ISTR – Lyon 2015

RESUME

Le video modeling est un support de rééducation largement développé en Amérique du Nord. Ce type de film permet à un individu de s'approprier une séquence d'actions de la vie quotidienne ou une situation d'interaction sociale. Pour ce faire, il observe une personne, souvent un pair, réalisant une démonstration, l'objectif étant qu'il puisse l'imiter par la suite. Il existe assez peu d'outils francophones de ce type malgré un intérêt de la part des professionnels travaillant auprès des enfants et adolescents porteurs d'un trouble du spectre autistique (TSA). Cette étude a permis l'élaboration d'un matériel de video modeling utilisable en cabinet libéral, c'est-à-dire adaptée à la prise en soin individuelle, pour les enfants âgés de 8 à 13 ans. Le support vidéo ainsi créé est composé de 16 courtes séquences filmées présentant différents types d'habiletés sociales utilitaires et relationnelles. Quatre études de cas avec des garçons âgés de 8 à 12 ans porteurs d'un TSA, sans troubles associés, ont montré l'intérêt de ce matériel. En effet, nous avons observé un apprentissage efficace des situations au fil des visionnages des vidéos. La redondance et la stabilité des informations présentées sont rassurantes pour l'enfant porteur de TSA et rendent possible l'anticipation. Nous attribuons également ces progrès à la motivation induite par l'attrait du matériel. Pour autant, utilisé isolément, cet outil ne permet pas une généralisation des résultats au quotidien de l'enfant : il est donc complémentaire des supports existant actuellement. En outre, il est important de l'inclure dans une rééducation orthophonique globale, ciblée en fonction des besoins spécifiques du patient. Pour étoffer encore le panel de matériel de rééducation existant, d'autres films de ce type pourraient être créés s'inspirant d'autres situations sociales.

MOTS-CLES

Troubles du spectre autistique, video modeling, habiletés sociales, imitation, intervention

MEMBRES DU JURY

GALLIFET Natacha
FORGEARD Louis
BONGIOVANI Vanessa

DIRECTEUR DE MEMOIRE

Laurence ANCONA

DATE DE SOUTENANCE

25 Juin 2015
