

Entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme

Guide pour les intervenants

Chez le même éditeur

Manuel de psychiatrie, J.-D. Guelfi, F. Rouillon, 2^e édition, à paraître

Traitements du trouble de la personnalité borderline, F. Mehran, 2^e édition, collection Médecine et psychothérapie. 2011, 320 pages.

Les personnalités pathologiques, Q. Debray, 6^e édition, collection Médecine et psychothérapie. 2011, 240 pages.

Les psychothérapies comportementales et cognitives, J. Cottraux, collection Médecine et psychothérapie. 2011, 384 pages.

TCC et neurosciences, J. Cottraux, collection Médecine et psychothérapie. 2009, 240 pages.

Echelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent, M. Bouvard, volume 1, collection Psychologie. 2008, 192 pages.

Thérapie cognitive et émotions, la troisième vague, J. Cottraux, collection Médecine et psychothérapie. 2007, 224 pages.

L'autisme et les troubles du développement psychologique, P. Lenoir, J. Malvy, C. Bodier-Rethore, 2^e édition, collection Les âges de la vie. 2007, 280 pages.

Autisme et communication, V. Brun, C. Aussilloux, collection Rencontres en rééducation. 2004, 144 pages.

Stratégies éducatives de l'autisme et des autres troubles du développement, E. Schopler, R. Jay Reichler, M. Lansing, collection Médecine et psychothérapie. 2003, 256 pages.

Entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme

Guide pour les intervenants

Amaria Baghdadli

Pédopsychiatre, professeur des universités, coordonateur du centre de ressources Autisme du Languedoc-Roussillon

Judith Brisot -Dubois

Orthophoniste au centre de ressources Autisme Languedoc-Roussillon, chargée d'enseignement à l'école d'orthophonie de Montpellier I, doctorante en psychologie du développement (EA 4556, Epsilon)



**ELSEVIER
MASSON**



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2011, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

ISBN : 978-2-294-70742-1

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
www.elsevier-masson.fr

Abréviations

ABA	<i>Applied Behaviour Analysis</i>
BEPL	batterie d'évaluation psycholinguistique
BILO	bilan informatisé de langage oral
CCC	<i>children's communication checklist</i>
CELF	<i>clinical evaluation of language fundamentals</i>
CFTMEA	Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent
CIM 10	Classification internationale des maladies, 10 ^e version
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CRA	Centre de Ressources Autisme
DANVA 2	<i>diagnostic analysis of non verbal accuracy 2</i>
DANVA 2 AF	<i>diagnostic analysis of non verbal accuracy 2 adult face</i>
DANVA 2 CF	<i>diagnostic analysis of non verbal accuracy 2 child face</i>
DDDC	<i>Douglas Developmental Disabilities Center</i>
DSM III	<i>diagnostic and statistical manual</i> , 3 ^e révision
DSM IV	<i>diagnostic and statistical manual</i> , 4 ^e révision
DTT	<i>discret trial training</i>
EC2	évaluation des contraintes pour le cycle 2
ECOSSE	épreuve de compréhension syntaxico-sémantique
ECSP	échelle d'évaluation de la communication sociale précoce
EIBI	<i>early intensive behavioral intervention</i>
ELO	examen du langage oral
EOWPVT	<i>expressive one-word picture vocabulary test</i>
HAS	Haute Autorité de santé
HFA	<i>high functioning autism</i>
IBI	<i>intensive behavioral intervention</i>
LEAP	<i>learning experiences an alternative program for preschoolers and parents</i>
L2MA	batterie pour l'examen psycholinguistique de l'enfant
MIA	module d'intervention appliqué à l'autisme
NEE-L	nouvelle épreuve pour l'examen du langage oral
NHS	<i>National Health Service</i>
NRC	<i>National Research Council</i>
PPVT	<i>peabody picture vocabulary test</i>
SESSAD	service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
TDAA	trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité
TCC	thérapie cognitive et comportementale
TEACCH	<i>treatment and education of autistic and related communication handi-capped children</i>
TED	troubles envahissants du développement
TED-Nos	troubles envahissants du développement non spécifiques
TED-SDI	troubles envahissants du développement sans déficience intellectuelle
TED-SRM	troubles envahissants du développement sans retard mental

TLC	<i>test of language competence</i>
TOM	<i>theory of mind</i>
TOPL	<i>test of pragmatic of language</i>
TOPS 2/3 ^E	<i>test of problem solving</i>
TROG	<i>test for reception of grammar</i>
QI	quotient intellectuel
QIV	quotient intellectuel verbal
SSP	<i>short sensory profile</i>

Préface

L'autisme et l'ensemble des troubles envahissants du développement (TED) se caractérisent selon les témoignages des personnes qui vivent cet « être au monde » différent et selon celles qui les côtoient, par des modalités différentes dans les échanges sociaux et la communication. Ceci se traduit par des incompréhensions réciproques qui peuvent entraîner de graves conséquences tout au long des expériences éducatives et dans les possibilités d'inclusion dans le groupe familial et social, réalisant un véritable handicap.

Dans les cas où il existe une déficience intellectuelle associée, celle-ci masque, chez les personnes qui en sont atteintes, les particularités de fonctionnement psychologique qui sont au cœur de l'autisme. Elles sont donc mieux mises en évidence dans les autres cas, en particulier lorsque les signes cliniques réalisent le syndrome qu'a décrit Hans Asperger. Celui-ci écrivait en 1944 : « Les enfants "normaux" acquièrent les habitudes sociales sans en être conscients la plupart du temps. (...) Ce sont ces relations où l'instinct joue un rôle qui sont perturbées... (dans le cas des personnes avec trouble), c'est par l'intellect que se fait l'adaptation sociale chez eux, ils doivent tout apprendre par l'intelligence. »¹ Il insiste aussi sur l'impact de la perception des sentiments (qu'il appelle « passion ») dans l'éducation : « Ce qui fait qu'un enfant obéit, n'est pas de prime abord le contenu des paroles qu'il saisit et absorbe cognitivement, mais les affects de celui qui l'élève et qui découlent de ses paroles. (...) Dans notre cas, et dans tous les cas analogues, la vie affective est largement perturbée. (...) Si les passions de ce garçon étaient si anormales qu'on éprouvait des difficultés à s'y reconnaître, il n'est pas surprenant que ses propres réactions aux émotions de l'éducateur n'aient pas été bonnes. »²

Malgré l'absence de déficience intellectuelle, et en raison de troubles dans les interactions sociales, les limitations dans le devenir à l'adolescence et à l'âge adulte sont importantes, compromettant l'autonomie de vie sociale et l'insertion professionnelle. De plus les troubles anxieux sont fréquents, probablement liés à la perception des problèmes d'interaction et aux échecs répétés de l'intégration sociale. Ils retentissent fortement sur la qualité de vie de la personne et de son entourage.

Selon les recherches actuelles, ces difficultés adaptatives sont reliées aux troubles de l'expression et de la compréhension émotionnelle et à la lecture des situations sociales. Il est donc capital d'aider ces personnes sur l'ensemble de ces plans. Alors que l'apprentissage des habiletés sociales se fait d'habitude de façon spontanée, naturellement dans les échanges ordinaires de la vie quotidienne, ils doivent dans ces cas être appris intellectuellement.

1 Asperger H. *Les psychopathies autistiques pendant l'enfance*. (Traduction française Wagner E, Tivollier N, L'Hôpital D, préface Constant J.) Éditions Synthélabo ; 1998, p. 86

2 Asperger H. *op. cit.*, p. 68-9

C'est l'objectif que se sont fixés le professeur Baghdadli et son équipe, en travaillant avec des groupes de jeunes adolescents et en utilisant des protocoles d'intervention rigoureux, avec la pleine collaboration des participants et de leurs familles et l'aide des équipes éducatives et de soins dans une optique de réseau.

Comme le soulignent les auteures, il s'agit de donner à ces adolescents « des clés de compréhension d'un monde dont les codes sociaux sont complexes ». Trop longtemps le caractère impérieux de la résolution de l'énigme de l'autisme a entraîné des recherches exclusivement tournées vers les facteurs qui seraient responsables de l'apparition de l'autisme. Il est admis actuellement que « contrairement à ce qui a pu être cru dans le passé, il n'y a pas à ce jour de preuve supportant l'hypothèse que l'autisme serait causé par une éducation parentale déficiente ou inadaptée »³. Des recherches épidémiologiques, génétiques et biologiques trouvent des facteurs multiples qui sont, dans certains cas, associés à l'apparition de l'autisme. Il est indispensable que ces efforts de recherche se poursuivent.

Actuellement, les études psychologiques et d'imagerie cérébrale sur le fonctionnement cognitif et émotionnel des personnes avec trouble envahissant du développement mettent en lumière les différences avec ce que l'on observe dans la normale, chez ceux qui sont parfois dénommés « neurotypiques ». Il en résulte une aide dans l'intercompréhension entre les personnes avec ou sans autisme qui peut se traduire par des adaptations éducatives et des modifications dans la configuration de l'environnement qui visent à diminuer les troubles du comportement et le handicap et à alléger le stress des familles, des aidants et des professionnels de l'éducation et de la santé.

Mais il est très important que dès maintenant des études soient réalisées permettant d'évaluer les résultats des pratiques nouvelles afin de mieux préciser leurs indications et de bénéficier davantage des complémentarités des méthodes proposées.

Ce livre d'Amaria Baghdadli et de Judith Brisot, qui est le résultat du travail de l'équipe du centre de ressources Autisme du Languedoc-Roussillon, répond à cette exigence scientifique et pratique. Il est la marque de la qualité des collaborations qui existent maintenant en recherche clinique dans ce domaine, et j'éprouve une satisfaction réelle dans le constat de cette évolution.

Professeur Charles Aussilloux

Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,
faculté de médecine de Montpellier

3 HAS. *Autisme et autres troubles envahissants du développement : état des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, et recherche fondamentale. Synthèse et argumentaire*. HAS ; 2010

Remerciements

Nous ne pensions pas en démarrant notre programme d'entraînement des habiletés sociales, il y a plus de quatre ans, en faire un livre. Ce projet s'est ensuite imposé à nous. Beaucoup y ont contribué, ceux, nombreux, qui nous ont demandé un guide pratique leur permettant d'appliquer ce même programme sur leur propre terrain professionnel et ceux qui nous ont aidés à le mettre au point. Ainsi, nous voulons remercier chaleureusement ici, l'équipe du centre de ressources Autisme, en particulier François Séganti éducateur, Camille Souche psychologue, Cécile Sentenac médecin, ainsi que Colette Boy documentaliste. C'est cette équipe qui a alimenté – par son travail quotidien, son exigence et sa rigueur mis au service des enfants que nous recevons – notre réflexion et nous a aidées dans la mise en application de notre projet. Nous avons également une pensée chaleureuse pour les enfants et adolescents qui ont bénéficié de notre programme et auprès desquels nous avons beaucoup appris. Merci aussi à leurs familles du témoignage de leur confiance et de nous avoir poussé à mettre en place une offre de soins encore insuffisante. La publication de ce livre doit beaucoup à leurs attentes, leurs questions et leurs préoccupations. Nos remerciements sincères vont enfin au professeur Charles Aussilloux qui est un modèle pour notre pratique professionnelle et au professeur Jean-Philippe Boulenger qui nous a donné le goût de la thérapie cognitive et comportementale. Nous avons eu la chance de trouver dans les éditions Elsevier Masson, des partenaires patients, qui ont su nous accompagner, qu'ils en soient également remerciés.

Les auteures, Amaria Baghdadli et Judith Brisot-Dubois

« Ouvre l'œil et regarde, tu verras ton visage dans tous les visages. Tends l'oreille et écoute, tu entendas ta propre voix dans toutes les voix. »

Khalil Gibran, Le sable et l'écume

Note des auteurs : Le lecteur pourra, en complément de cet ouvrage, exploiter des vidéos mises en ligne sur le site www.autisme-ressources-lr.fr/ehs/

Introduction

L'autisme, qualifié par la CIM 10 à tort d'infantile (car s'il apparaît bien dans l'enfance, il dure toute la vie), et les autres troubles du spectre autistique apparaissent aujourd'hui à la lueur des études épidémiologiques récentes comme des troubles fréquents. Ces troubles du développement longtemps assimilés à des maladies rares sont considérés désormais comme des problèmes importants de santé publique qui mobilisent les politiques nationales comme l'ont montré les deux plans Autisme successifs (2005, 2008). Parmi les facteurs qui ont contribué à la hausse de la prévalence des troubles du spectre autistique constatée ces dix dernières années, on peut noter l'amélioration des pratiques diagnostiques et notamment la meilleure identification des cas sans retard mental associé. Ces personnes pouvaient être considérées comme psychotiques ou bien qualifiées de bizarres, « originales » sans qu'un diagnostic soit établi. Pourtant au-delà du fait qu'elles sont différentes (ce qui peut être une source de richesse pour notre société), ces personnes sont souvent en souffrance dans une société très normative et en situation de handicap, comme le confirment de nombreux témoignages.

C'est probablement Hollywood, avec le film *Rain Man* qui a contribué à une meilleure connaissance par le grand public de l'autisme. Des rumeurs ont circulé également ici ou là sur Internet, faisant d'individus illustres à la personnalité originale, tels qu'Albert Einstein, Glen Gould ou encore Béla Bartók, des personnes autistes. Au plan scientifique, si Asperger a été le premier, juste après la publication de Kanner sur l'autisme, à individualiser les cas d'enfants avec autisme et sans retard mental, c'est Lorna Wing, psychiatre anglaise, elle-même maman d'un enfant atteint d'autisme, qui a fait connaître le syndrome d'Asperger. Cette publication datant de 1981 a précédé de quelques années l'intégration dans les classifications internationales du syndrome d'Asperger comme entité nosologique distincte de l'autisme infantile. Sans entrer dans les débats sur la validité nosologique contestée du syndrome d'Asperger vis-à-vis de l'autisme, la distinction entre les formes avec et sans retard mental apparaît importante au plan du pronostic et probablement aussi des étiologies. C'est ainsi que les notions d'autisme de haut niveau ou encore de TED sans retard mental sont devenues utiles à la fois en recherche et en pratique clinique, notamment autour de la question des prises en charges diagnostiques et thérapeutiques.

Les dix dernières années ont été marquées par une réflexion et des avancées importantes sur les prises en charge des personnes avec des TED sans retard mental. Le constat de leur retard adaptatif très marqué malgré leur intelligence « normale » a conduit à développer des pratiques visant à favoriser leur meilleure adaptation sociale. Ces pratiques plus courantes chez l'enfant ne sont pourtant pas nouvelles dans le champ de la psychiatrie générale de l'adulte et de la réhabilitation, où elles sont appliquées depuis longtemps et souvent inspirées de la thérapie cognitive et comportementale (TCC). Ainsi,

les notions nouvelles dans le champ de l'autisme d'intervention prosociale, d'entraînement aux habiletés sociales ou de scénarios sociaux connaissent un bel accueil de la part des professionnels avides d'adapter leurs pratiques aux besoins très spécifiques de cette population si particulière que sont les personnes avec TED sans retard mental. La demande fréquente de ces professionnels, y compris ceux déjà formés à l'approche TCC, est de disposer d'un cadre et d'une méthodologie pour appliquer ce type de prise en charge dans leur pratique quotidienne. C'est ainsi que nous avons eu l'idée et l'envie de ce guide pratique destiné aux professionnels qui accompagnent des enfants et adolescents avec TED-SRM vers une plus grande autonomie sociale. Il ne s'agit pas, comme certains pourraient le craindre, de transformer des êtres « différents » en robots mais juste de leur donner des clés de compréhension d'un monde dont les codes sociaux sont complexes. Notre expérience nous a montré que beaucoup se saisissaient d'abord de façon stricte voire rigide de l'enseignement proposé, peut être le temps de l'intégrer, puis qu'ils se montraient capables de s'en détacher, afin de poursuivre leur développement personnel avec moins de tensions.



Aspects cliniques et théoriques

1 Aspects cliniques de l'autisme sans retard mental

Nosographie

Les troubles autistiques ont certainement été repérés bien avant leur description par Kanner et Asperger, comme en attestent les écrits sur les enfants qualifiés au XIX^e siècle « d'idiots » ou encore comme atteints de démences précoces, voire précocissimes. C'est finalement Kanner, éminent psychiatre américain, qui publie en 1943 un article *princeps* dans lequel figure la description clinique de 11 enfants présentant des troubles autistiques du contact affectif [1]. Kanner utilise alors le terme d'autisme en référence à la séméiologie de la schizophrénie décrite par Bleuler. Tout en soulignant chez les enfants autistes leur tendance extrême au repli sur soi malgré une apparente intelligence, Kanner la distingue immédiatement de celle observée dans la schizophrénie où la rupture de contact est plus massive. Peu de temps après, Asperger, pédiatre autrichien (d'origine viennoise comme Kanner), publie sa thèse d'habilitation aux fonctions de professeur en 1944 [2]. Sans avoir *a priori*, connaissance des cas publiés par Kanner, il y décrit les cas de quatre jeunes garçons chez qui il repère une maladresse relationnelle importante malgré une intelligence normale. Dans son travail, et dans un contexte où les enfants en difficulté étaient souvent laissés de côté, Asperger insiste sur la possibilité des enfants qu'il décrit d'accéder à l'éducation et de progresser socialement. La publication d'Asperger est restée longtemps méconnue, probablement du fait de sa rédaction en langue allemande mais aussi du contexte de guerre mondiale. C'est finalement Wing, dans un article publié en 1981 [3], qui fait connaître ce syndrome en décrivant plusieurs cas cliniques. Cette publication intervient juste après que l'autisme a été classé par le DSM III [4] comme un trouble global du développement et non plus comme une psychose. Cette publication marque le début d'une croissance exponentielle des articles publiés sur l'autisme de haut niveau et des recherches effectuées sur les problématiques reliées. Plus tard, le DSM IV (1992) intègre l'autisme et le syndrome d'Asperger parmi les « troubles envahissants du développement », cette catégorisation étant également retrouvée dans la 10^e version de la Classification internationale des maladies [5], avec une bonne correspondance entre les deux systèmes classificatoires. Plus récemment, la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent [6] a fait référence, elle aussi, aux notions de troubles envahissants du développement, de syndrome d'Asperger et d'autisme.

Dans les deux systèmes de classification que sont le DSM IV et la CIM 10 (cf. annexe, p. 114), l'autisme est défini par des altérations qualitatives – dans les interactions sociales réciproques et les différents modes de communication –, des intérêts au caractère restreint et des comportements, répétitifs et stéréotypés. Ces anomalies qualitatives sont habituellement associées à d'autres troubles du comportement, telles que l'impulsivité, les troubles de l'attention, l'agressivité ou encore l'agitation, qui renforcent les difficultés interactives. L'autisme est présent dès les premières années de la vie, envahit tous les aspects du développement de l'enfant et dure toute la vie. Lorsqu'un individu présente les caractéristiques de l'autisme mais sans retard cognitif significatif ni retard de langage, son « autisme » est appelé par convention syndrome d'Asperger. Lorsqu'un individu présente des caractéristiques propres à l'autisme, mais en nombre ou en intensité insuffisante, son « autisme » est qualifié TED non autrement spécifié.

L'autisme est donc caractérisé par une grande hétérogénéité syndromique, d'où le terme fréquent de troubles du spectre autistique qui recouvre l'autisme, le syndrome d'Asperger et les troubles envahissants du développement non autrement spécifiés. Une grande partie de la variabilité phénotypique de l'autisme semble liée notamment au niveau d'efficacité intellectuelle [7]. Si Kanner dans sa publication *princeps* considérait que les enfants atteints de troubles autistiques du contact affectif étaient normalement intelligents, il a été montré depuis que beaucoup d'entre eux ont un retard mental, celui-ci pouvant être sévère. Fombonne [8] indique que dans l'autisme la proportion médiane de sujets avec retard léger ou modéré est de 30 % et qu'elle est de 40 % pour les sujets avec retard profond. Ce même auteur donne un taux médian de 30 % pour les cas d'autisme sans retard mental. La prévalence du retard mental apparaît plus faible, autour de 12 % dans les TED-Nos et, par définition, il n'y a pas de retard mental dans le syndrome d'Asperger [9]. Ainsi, comme cela a été rappelé récemment par la Haute Autorité de santé [10], la prévalence des TED sans déficience intellectuelle est estimée actuellement autour de 30/10 000, ces données étant issues d'études étrangères en l'absence d'études épidémiologiques françaises.

Le syndrome d'Asperger est actuellement inclus dans les classifications médicales parmi les TED comme une entité distincte de l'autisme (CIM 10, DSM IV) sans que des différences cliniques significatives avec l'autisme sans retard mental soient démontrées [11,12]. Les différences entre syndrome d'Asperger et autisme de haut niveau apparaissant surtout quantitatives et ayant tendance à s'atténuer avec l'âge, les deux tableaux sont souvent englobés sous l'appellation de TED sans retard mental (TED-SRM) [13]. C'est cette dernière appellation que nous utiliserons souvent dans cet ouvrage pour faire référence aux adolescents présentant un syndrome d'Asperger, un autisme de haut niveau ou un autre TED sans retard mental.

Évolution et facteurs pronostiques

La question de l'évolution et du pronostic des enfants qui reçoivent un diagnostic d'autisme est essentielle pour eux, leur famille et les professionnels

qui les accompagnent. Pourtant, l'évolution des personnes avec autisme est mal connue, probablement en raison du peu d'études prospectives permettant de suivre des cohortes sur de longues périodes et d'identifier leurs trajectoires évolutives depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Globalement, l'impression qui domine est celle de progrès pour la plupart des enfants depuis l'heure du premier diagnostic [14]. Ces progrès pourraient être plus marqués pour les générations actuelles qui ont bénéficié de traitements plus précoces et plus spécifiques, c'est-à-dire davantage centrés sur leurs difficultés sociocommunicatives. Cependant, les études disponibles confirment l'idée que l'autisme et ses conséquences en termes de handicap adaptatif sont durables, y compris dans les formes sans retard mental. Ainsi, si la plupart des enfants avec un autisme de haut niveau ou un syndrome d'Asperger ont eu accès à une scolarité ordinaire, très peu à l'âge adulte font des études supérieures ; moins de la moitié exerce une activité professionnelle salariée et moins de 30 % sont en habitat autonome [15]. Ainsi, malgré les traitements proposés, le diagnostic reste stable pendant la vie, ce qui incite à une réflexion sur un accompagnement des personnes avec autisme, prenant en compte les spécificités de leur âge et de leurs tableaux cliniques.

Les facteurs pronostiques identifiés pour le moment sont le niveau d'intelligence mesuré dans l'enfance et la capacité à utiliser un langage oral [14]. Ainsi, les enfants qui ont un retard sévère et pas de langage oral évoluent vers les formes les plus handicapantes du spectre autistique. Ces facteurs bien que consensuels restent globaux, pour ne pas dire grossiers, et n'expliquent qu'une petite partie de la variabilité des trajectoires évolutives. Le rôle de variables cognitives ou cliniques plus fines (par exemple, les capacités métacognitives ou encore la présence de comorbidités médicales) n'est pas connu, car elles sont rarement intégrées dans les suivis de cohorte. En outre, l'impact des thérapeutiques sur l'évolution de personnes atteintes d'autisme reste l'objet de débat [14]. Les recherches sur la plasticité neuronale ont incité les professionnels à considérer les interventions précoces comme des facteurs susceptibles d'influencer le développement des enfants avec autisme. Depuis la publication des travaux *princeps* de Lovaas [16,17], l'intensité des interventions précoces et le fait qu'elles se situent dans une approche comportementale sont aussi souvent présentés comme des aspects nécessaires à leur efficacité. D'autres travaux mettent en avant l'intérêt de programmes construits en référence à l'approche cognitivocomportementale (tel le programme TEACCH) [18-22]. Plusieurs revues de la littérature [23-28] s'accordent à souligner l'utilité des interventions utilisant les principes de la psychologie cognitive et comportementale pour améliorer l'évolution des enfants avec autisme, mais aucune n'affirme que leur efficacité est supérieure à celle d'autres types d'interventions.

Description clinique

Altération qualitative des modes de communication

Malgré la présence d'un langage pouvant être de bonne qualité sur le plan formel (bonne mobilité du stock lexical, construction syntaxique

élaborée), les personnes avec TED-SRM sont souvent en grande difficulté dans l'organisation et la structuration de leurs échanges conversationnels. Parmi les facteurs explicatifs, il faut souligner l'existence de problèmes de communication, tant sur le versant expressif que sur le versant réceptif (compréhension, perception) de celle-ci. En effet, les attitudes, les gestes, les regards et les mimiques faciales soutiennent et contribuent fortement à l'intelligibilité du discours et à la clarté de l'échange conversationnel. La capacité à les observer, à les décrypter et à les interpréter à bon escient est par conséquent indispensable. L'altération de ces comportements ou l'incapacité de les décoder, comme c'est le cas dans les TED-SRM, produisent des perturbations sévères des relations avec autrui. Ainsi, l'inadéquation ou parfois l'absence de regards, de mimiques faciales (ou les difficultés dans leur compréhension) ou encore une gestualité inappropriée, comme cela est observable chez les personnes avec autisme, court-circuitent leurs possibilités d'interaction sociale. Les singularités vocales souvent présentes (au plan de la prosodie émotionnelle, du timbre de la voix ou de son intensité) ou encore un manque d'ajustement ou de flexibilité dans les aptitudes conversationnelles augmentent les difficultés relationnelles. La compréhension du langage est également souvent littérale, au premier degré et les notions implicites fréquentes dans une conversation ne sont pas perçues.

Les conséquences sont d'autant plus graves que ces perturbations s'installent tôt dans leur développement et que les enfants avec de telles difficultés vont perdre des opportunités d'interactions qui pourraient leur permettre un apprentissage social. S'installe alors un véritable « cercle vicieux », lié au fait que des difficultés interactives « innées » sont renforcées par l'évitement des situations sociales anxiogènes.

Intérêt restreint, comportements répétitifs

Les personnes avec TED-SRM abordent le monde avec une curiosité singulière pouvant les conduire à se focaliser excessivement sur des intérêts qui prennent alors un caractère restreint. Elles développent également des comportements répétitifs, stéréotypés pouvant être perçus comme des troubles obsessionnels compulsifs. Ces aspects peuvent être source de comportements non adaptés socialement et de troubles pragmatiques. À titre d'illustration, des thématiques récurrentes (intérêt restreint pour les insectes, par exemple) peuvent envahir le discours de la personne sans que le contexte et le statut social de l'interlocuteur soient pris en compte. Par ailleurs, des conduites motrices « gênantes » pour la personne ou son environnement peuvent survenir (mouvements de *flapping* des mains, balancements).

Fonctionnement sensoriel

Les particularités perceptives des personnes avec autisme sont souvent sous-évaluées, alors qu'elles donnent lieu à beaucoup d'inconfort au plan sensoriel et sont probablement responsables de nombreux troubles du comportement et d'anxiété. Ces particularités sont liées à des troubles

de la modulation sensorielle, c'est-à-dire des difficultés de régulation et d'organisation des comportements en réponse aux informations sensorielles. De ce fait, peuvent exister des hyporéactivités (méconnaissance ou réponse lente à un stimulus), des hyperréactivités (réaction exagérée, vive ou prolongée à un stimulus) ou encore la recherche exagérée de stimulations sensorielles. Toutes les fonctions sensorielles peuvent être concernées (somesthésique, visuelle, auditive, vestibulaire, tactile et gustative) et les troubles fonctionnels peuvent n'être compris par l'environnement que comme des troubles du comportement. Ainsi, les mains posées longtemps sur les oreilles et une agitation peuvent traduire une hyperacousie, des mouvements latéraux de la tête une recherche de stimulations visuelles ou labyrinthiques, le retrait brutal de la main une irritation tactile. De façon peut être moins perceptible au plan des comportements observables, mais avec des conséquences négatives au plan cognitif, certaines personnes avec autisme souffrent excessivement du brouhaha dans une salle pleine de monde, une cour de récréation ou un grand magasin par exemple. Il s'ensuit souvent chez eux fatigue, anxiété et évitement.

Ces particularités dans la perception de l'état du corps nous semblent particulièrement importantes quand elles sont replacées dans le cadre théorique récent des émotions proposé par Damasio [29]. Ce neurologue américain a réactualisé les théories de James-Lange [30], d'abord très controversées puis oubliées, qui accordaient une place principale au corps dans la genèse des émotions. Pour Damasio [31], le corps n'est pas bien sûr la seule entité sur laquelle se fonde l'expérience émotionnelle, un autre élément clé étant l'analyse cognitive. Damasio donne d'ailleurs des exemples cliniques de plusieurs patients souffrant d'asomatognosie (liée à des lésions cérébrales impliquées dans l'encartage des états du corps) et à laquelle sont associés des déficits émotionnels. Nous pouvons envisager la possibilité que les modifications de la perception de l'état du corps dans l'autisme soient également associées à une modification du niveau émotionnel.

Particularités des cognitions et des émotions

Le fonctionnement intellectuel des personnes avec trouble envahissant du développement se situe dans la zone normale, c'est-à-dire que les notes de QI mesuré aux épreuves psychométriques conventionnelles sont au-dessus d'une note de 70. Cette apparente normalité s'associe en réalité à une forte hétérogénéité entre les différentes dimensions de l'intelligence. Par ailleurs, les TED-SRM sont marqués par un retard adaptatif important caractérisé par des difficultés dans les dimensions de la socialisation, de la communication et de l'autonomie. Les hypothèses actuelles relient ces difficultés aux particularités du fonctionnement métacognitif [32]. Parmi ces particularités, il est spécialement souligné les troubles de l'expression émotionnelle, de la reconnaissance visuelle des émotions faciales ou encore ceux de la lecture des situations sociales [33]. Il est aussi évoqué le défaut de théorie de l'esprit, faisant ainsi référence aux difficultés d'attribution des états mentaux (intentions, croyances, désirs), mais ces difficultés ne sont pas spécifiques à

l'autisme et sont retrouvées dans d'autres troubles du développement ou dans des pathologies psychiatriques telles que la schizophrénie [10]. Les fonctions exécutives, c'est-à-dire la capacité à planifier mentalement les séquences d'une action, sont également troublées [10]. D'autres particularités, notamment au plan de la perception sensorielle [34], sont considérées comme liées aux troubles adaptatifs et susceptibles de se traduire par une forte anxiété.

Comorbidités psychiatriques

L'observation de comorbidités psychiatriques est assez habituelle dans les TED avec un repérage plus facile à effectuer chez les personnes sans retard important associé, notamment parce qu'elles peuvent plus facilement exprimer des plaintes qui orientent le diagnostic médical. Les troubles psychiatriques le plus souvent rapportés sont les troubles anxiodépresseurs [35-37], le trouble avec déficit de l'attention-hyperactivité (TDAH) [38], mais aussi la schizophrénie [39].

La littérature actuelle est encore assez pauvre en données sur la prévalence des comorbidités psychiatriques chez les enfants et adolescents avec TED [40-42]. En effet, ces maladies comorbides sont sous-diagnostiquées parce qu'elles sont souvent considérées comme une conséquence naturelle des TED, une dimension clinique de ce syndrome [42]. C'est ainsi le cas des symptômes d'anxiété qui sont régulièrement interprétés comme des comportements aberrants directement liés aux TED, ce qui ne favorise pas des stratégies diagnostiques et thérapeutiques adaptées [43].

Les données disponibles indiquent une prévalence élevée des comorbidités psychiatriques dans les TED [44]. Chez l'adolescent, ce sont les troubles anxieux qui sont les plus fréquents avec un taux estimé autour de 50 % [45,46]. Les troubles anxieux seraient aussi plus intenses chez ces adolescents avec TED (en particulier, ceux avec un syndrome d'Asperger) que chez ceux issus d'une population « typique » [46,47]. Les mécanismes sous-jacents seraient d'ordre réactionnel (difficultés de relation sociale propres aux TED entraînant de l'anxiété) et aussi liés aux particularités perceptives. L'anxiété peut entraîner une altération de la reconnaissance des expressions faciales ou de mauvaises stratégies de résolution de problèmes [48].

Anxiété

Comme nous venons de l'évoquer, les personnes avec TED-SRM ont souvent des manifestations anxieuses, particulièrement chez l'adolescent ou l'adulte [15,48, 49]. Leurs troubles anxieux apparaissent liés aux difficultés rencontrées dans leurs expériences sociales, notamment dans leur scolarité [50-52]. En termes de prévalence de l'anxiété chez l'enfant et l'adolescent avec TED-SRM, la littérature fait état de taux variables selon les études (entre 47 et 84 %), ces différences étant partiellement imputables aux choix méthodologiques des auteurs [51,53, 54]. Cette prévalence apparaît plus élevée chez les enfants et adolescents avec TED-SRM que dans des populations avec d'autres troubles du développement, notamment un

retard mental sévère et/ou une épilepsie [55] ou un trouble du langage [53]. Compte tenu de cette apparente spécificité, des questions importantes se posent sur les modalités d'interventions thérapeutiques permettant de limiter les troubles adaptatifs et l'anxiété secondaire.

En effet, il apparaît que peu de recherches portent sur les modes de traitement de l'anxiété observée chez les personnes TED-SRM. Une revue de la littérature met en évidence deux formes d'intervention pratiquées auprès de cette population : thérapie d'inspiration psychodynamique d'une part [56,57] et traitement pharmacologique d'autre part [58,59]. Toutefois, les résultats obtenus ne semblent pas concluants et il est nécessaire d'explorer d'autres formes de prise en charge de cette anxiété. Une recherche, menée par Chalfant, Rappe et Carroll [60], propose de prendre en compte les aspects cognitifs et comportementaux participant à la survenue des troubles anxieux dans cette population. Une intervention en groupe de type thérapie cognitive et comportementale (TCC) a ainsi été mise en œuvre auprès de 47 enfants TED-SRM âgés de 8 à 13 ans. Les sessions proposées aux enfants dans ce cadre portaient notamment sur la reconnaissance de l'état anxieux, l'identification des situations sociales anxiogènes et la mise en place de jeux de rôle sociaux. Cette étude semble mettre en évidence une réduction significative des symptômes anxieux des enfants bénéficiant de TCC, comparés à un groupe d'enfants témoins TED-SRM ne bénéficiant pas d'une telle TCC. Ce type d'intervention (qualifiée parfois dans la littérature de prosociale) utilisant les principes de l'entraînement aux habiletés sociales a une efficacité mise en avant par d'autres études dont le nombre est encore limité [61-66]. Ces études insistent également sur la nécessité d'adapter les techniques cognitives et comportementales proposées aux enfants TED [67]. Ces techniques mobilisent en effet fortement les capacités de raisonnement social et d'abstraction fragiles dans ce type de population et il faut développer des approches plus concrètes basées sur des supports adaptés.

Plusieurs hypothèses peuvent être formulées pour expliquer la présence et le niveau de l'anxiété dans les TED. Ainsi, interviendraient la perception des problèmes d'interaction et les échecs répétés de l'intégration sociale d'une part et les troubles des cognitions sociales d'autre part. Il a été montré que les particularités dans les modalités d'interprétation et d'attribution sociale et dans la perception et l'interprétation des expressions émotionnelles seraient liées à l'anxiété [48]. Par ailleurs, Tomchek et Dunn [68], utilisant l'échelle *short sensory profile* (SSP), montrent que 95 % des enfants avec TED ont des dysfonctionnements du système sensoriel, notamment concernant le filtrage auditif et les sensations tactiles. Un courant récent de recherche, portant sur les particularités sensorielles observées chez les personnes avec TED, met en avant leur lien avec les troubles de l'adaptation sociale et l'anxiété.

En théorie, de nombreuses modalités psychothérapeutiques utilisées chez l'adolescent (TCC, psychothérapie interpersonnelle, psychothérapie psychodynamique, thérapie familiale...) pourraient trouver une application dans la prise en charge de ceux qui ont des TED-SRM. En pratique, beaucoup

de questions sont soulevées par l'application d'une psychothérapie, en particulier concernant leur efficacité. Les travaux sur l'effet des psychothérapies sont rares et ne concernent que des thérapies cognitives brèves, ce qui ne permet pas de conclure à leur supériorité. En outre, les thérapies étudiées sont souvent peu décrites.

Références

- [1] Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child* 1943 ; 2(2) : 30-217.
- [2] Asperger H. Die « autistischen psychopathen » im kindesalter. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1944 ; 117(1) : 76-136.
- [3] Wing L. Asperger's syndrome : a clinical account. *Psychological Medicine* 1981 ; 11(01) : 115-29.
- [4] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III. 3rd ed. Washington, DC : American psychiatric Association ; 1980.
- [5] OMS. CIM 10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 1992.
- [6] Misès R, Quemada N, Botbol M, et al. CFTMEA 2000 : nouvelle version de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Annales Médico-psychologiques* 2002 ; 160(3) : 213-5.
- [7] Aussilloux C, Baghdadli A. Évolution du concept et actualité clinique du syndrome d'Asperger. *Revue Neurologique* 2008 ; 164(5) : 406-13.
- [8] Fombonne E. The prevalence of autism. *JAMA* 2003 ; 289(1) : 87.
- [9] Chakrabarti S, Fombonne E. Pervasive developmental disorders in preschool children : confirmation of high prevalence. *American Journal of Psychiatry* 2005 ; 162(6) : 1133.
- [10] HAS. Autisme et autres troubles envahissants du développement – état des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale. HAS ; 2010.
- [11] Volkmar FR, Lord C, Bailey A, Schultz RT, Klin A. Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2004 ; 45(1) : 135-70.
- [12] Macintosh KE, Dissanayake C. Annotation : the similarities and differences between autistic disorder and Asperger's disorder. A review of the empirical evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2004 ; 45(3) : 421-34.
- [13] De Spiegeleer N, Appelboom J. Le syndrome d'Asperger existe-t-il ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2007 ; 55(3) : 137-43.
- [14] Baghdadli A, Darrou C, Coudurier C, Michelon C, Rayse P, Ledesert B, et al. Durée des prises en charge d'enfants autistes et qualité de vie de leurs parents. *Pratiques et Organisation des soins* 2008 ; 39(1) : 53-60.
- [15] Tsatsanis KD. Outcome research in Asperger syndrome and autism. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2003 ; 12(1) : 47.
- [16] Lovaas OI. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in bung autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987 ; 55(1) : 3-9.
- [17] McEachin JJ, Smith T, Lovaas OI. Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *Mental Retardation* 1993 ; 97(4) : 359-72.

- [18] Aldred C, Green J, Adams C. A new social communication intervention for children with autism : pilot randomised controlled treatment study suggesting effectiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2004 ; 45(8) : 1420-43.
- [19] Howlin P, Gordon RK, Pasco G, Wade A, Charman T. The effectiveness of picture exchange communication system (pecs) training for teachers of children with autism : a pragmatic, group randomised controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2007 ; 48(5) : 473-81.
- [20] Kasari C, Freeman S, Paparella T. Joint attention and symbolic play in young children with autism : a randomized controlled intervention study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2006 ; 47(6) : 611-20.
- [21] Ozonoff S, Cathcart K. Effectiveness of a home program intervention for young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1998 ; 28(1) : 25-32.
- [22] Panerai S, Ferrante L, Caputo V, Impellizzeri C. Use of structured teaching for treatment of children with autism and severe and profound mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities* 1998 ; 33(4) : 367-74.
- [23] Baghdadli A, Picot MC, Michelon C, et al. What happens to children with pdd when they grow up ? Prospective follow-up of 219 children from preschool age to mid-childhood. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007 ; 115(5) : 403-12.
- [24] Howlin P, Magiati I, Charman T. Systematic review of early intensive behavioral interventions for children with autism. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities* 2009 ; 114(1) : 23-41.
- [25] National Research, Council. Educating children with autism. Washington, DC : National Academy Press-NRC ; 2001.
- [26] Ospina MB, Seida JK, Clark B, Karkhaneh M, Hartling L, Tjosvold L, et al. Behavioural and developmental interventions for autism spectrum disorder : a clinical systematic review. *PLoS One* 2008 ; 3(11) : 3755.
- [27] Reichow B, Wolery M. Comprehensive synthesis of early intensive behavioral interventions for young children with autism based on the ucla young autism project model. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2009 ; 39(1) : 23-41.
- [28] Rogers SJ, Vismara LA. Evidence-based comprehensive treatments for early autism. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2008 ; 37(1) : 8-38.
- [29] Damasio AR. Spinoza avait raison : joie et tristesse, le cerveau des émotions. Paris : Odile Jacob ; 2003.
- [30] Titchener EB. An historical note on the james-lange theory of emotion. *The American Journal of Psychology* 1914 ; 427-47.
- [31] Damasio AR, Sutherland S. Descartes' error : emotion, reason, and the human brain. Picador ; 1995.
- [32] Speranza, M. Cognitions sociales et schizophrénie début précoce. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2009 ; 57(1) : 14-20.
- [33] Golan O, Baron-Cohen S. Systemizing emotions : using interactive multimedia as a teaching tool. *Learners on the Autism Spectrum : Preparing Highly Qualified Educators* 2008 ; 235.
- [34] Gerrard S, Rugg G. Sensory impairments and autism : a re-examination of causal modelling. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2009 ; 39(10) : 1449-63.
- [35] Leyfer OT, Folstein SE, Bacalman S, Davis NO, Dinh E, Morgan J, et al. Comorbid psychiatric disorders in children with autism : interview development

- and rates of disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2006 ; 36(7) : 849-61.
- [36] Leyfer OT, Ruberg JL, Woodruff-Borden J. Examination of the utility of the beek anxiety inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders* 2006 ; 20(4) : 444-58.
 - [37] Kuusikko S, Pollock-Wurman R, Jussila K, et al. Social anxiety in high-functioning children and adolescents with autism and Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2008 ; 38(9) : 1697-709.
 - [38] Gadow KD, DeVincent CJ, Pomeroy J. ADHD symptom subtypes in children with pervasive developmental disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2006 ; 36(2) : 271-83.
 - [39] Da Fonseca D, Viellard M, Fakra E, et al. Schizophrénie ou syndrome d'Asperger ? *La Presse Médicale* 2008 ; 37(9) : 1268-73.
 - [40] Ghaziuddin M. Mental health aspects of autism and Asperger syndrome. Jessica Kingsley Pub 2005.
 - [41] Sverd J. Psychiatric disorders in individuals with pervasive developmental disorder. *Journal of Psychiatric Practice* 2003 ; 9(2) : 111.
 - [42] Mason J, Scior K. Diagnostic overshadowing amongst clinicians working with people with intellectual disabilities in the UK. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2004 ; 17(2) : 85-90.
 - [43] Tsai LY. Autistic disorders. *Essentials of Child and Adolescent Psychiatry* 2006 ; 153.
 - [44] Bryson SA, Corrigan SK, McDonald TP, Holmes C. Characteristics of children with autism spectrum disorders who received services through community mental health centers. *Autism* 2008 ; 12(1) : 65.
 - [45] Klin A, Pauls D, Schultz R, Volkmar F. Three diagnostic approaches to Asperger syndrome : Implications for research. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2005 ; 35(2) : 221-34.
 - [46] Bellini S. Social skill deficits and anxiety in high-functioning adolescents with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities* 2004 ; 19(2) : 78.
 - [47] Evans DW, Canavera K, Kleinpeter FL, Maccubbin E, Taga K. The fears, phobias and anxieties of children with autism spectrum disorders and down syndrome : comparisons with developmentally and chronologically age matched children. *Child Psychiatry and Human Development* 2005 ; 36(1) : 3-26.
 - [48] Meyer JA, Mundy PC, Van Hecke AV, Durocher JS. Social attribution processes and comorbid psychiatric symptoms in children with Asperger syndrome. *Autism* 2006 ; 10(4) : 383.
 - [49] Barnhill GP. Social attributions and depression in adolescents with Asperger syndrome. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities* 2001 ; 16(1) : 46.
 - [50] Coupland NJ. Social phobia : etiology, neurobiology, and treatment. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2001 ; 62 : 25.
 - [51] Muris P, Steerneman P, Merckelbach H, Holdrinet I, Meesters C. Comorbid anxiety symptoms in children with pervasive developmental disorders. *Journal of Anxiety Disorders* 1998 ; 12(4) : 387-93.
 - [52] Tonge BJ, Brereton AV, Gray KM, Einfeld SL. Behavioural and emotional disturbance in high-functioning autism and Asperger syndrome. *Autism* 1999 ; 3(2) : 117.
 - [53] Gillott A, Furniss F, Walter A. Anxiety in high-functioning children with autism. *Autism* 2001 ; 5(3) : 277.

- [54] Rumsey JM, Rapoport JL, Sceery WR. Autistic children as adults : psychiatric, social, and behavioral outcomes. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1985 ; 24(4) : 465-73.
- [55] Steffenburg S, Gillberg C, Steffenburg U. Psychiatric disorders in children and adolescents with mental retardation and active epilepsy. *Archives of Neurology* 1996 ; 53(9) : 904.
- [56] Braconnier A. Les traitements psychanalytiques à l'adolescence. *La Semaine des hôpitaux de Paris* 1983 ; 59(33) : 2303-7.
- [57] Heinemann E. A psychoanalytical approach to mental handicap. In : De Groef J, Heinemann E, et al. *Psychoanalysis and mental handicap*. Londres : Free Association Books ; 1999. p. 173-88.
- [58] McDougle CJ, Brodtkin ES, Naylor ST, et al. Sertraline in adults with pervasive developmental disorders : a prospective open-label investigation. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1998 ; 18(1) : 62.
- [59] Tsai LY. Psychopharmacology in autism. *Psychosomatic Medicine* 1999 ; 61(5) : 651.
- [60] Chalfant AM, Rapee R, Carroll L. Treating anxiety disorders in children with high functioning autism spectrum disorders : a controlled trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2007 ; 37(10) : 1842-57.
- [61] Ozonoff S, Miller JN. Teaching theory of mind : a new approach to social skills training for individuals with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1995 ; 25(4) : 415-33.
- [62] Mesibov GB. Social skills training with verbal autistic adolescents and adults : a program model. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1984 ; 14(4) : 395-404.
- [63] Williams TI. A social skills group for autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1989 ; 19(1) : 143-55.
- [64] Marriage KJ, Gordon V, Brand L. A social skills group for boys with Asperger's syndrome. *Australasian Psychiatry* 1995 ; 29(1) : 58-62.
- [65] Howlin P, Yates P. The potential effectiveness of social skills groups for adults with autism. *Autism* 1999 ; 3(3) : 299.
- [66] Solomon M, Goodlin-Jones BL, Anders TF. A social adjustment enhancement intervention for high functioning autism, Asperger's syndrome, and pervasive developmental disorder nos. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2004 ; 34(6) : 649-68.
- [67] Reaven JA, Blakeley-Smith A, Nichols S, et al. Cognitive-behavioral group treatment for anxiety symptoms in children with high-functioning autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities* 2009 ; 24(1) : 27.
- [68] Tomchek SD, Dunn W. Sensory processing in children with and without autism : a comparative study using the short sensory profile. *The American Journal of Occupational Therapy* 2007 ; 61(2) : 190.

Clinique et évaluation des habiletés et cognitions sociales

Nous parlons à autrui, nous partageons ses émotions, évaluons ses comportements et leurs conséquences, sans y faire attention et sans effort. Pourtant, il s'agit là de tâches complexes, liées à nos habiletés sociales, qui reposent sur la construction très progressive au cours du développement de différentes fonctions mentales dont le dysfonctionnement conduit inévitablement à des difficultés interactives.

L'intérêt de la psychologie du développement pour les capacités d'interaction des bébés a permis de mieux comprendre le caractère très précoce de ces capacités, ainsi que leurs modalités d'évolution, et de construire des paradigmes d'observation. Nous savons également aujourd'hui que ces capacités innées se développent dans une interaction dynamique, constante et étroite avec l'environnement familial ou social et les expériences personnelles. Certaines de ces compétences nécessitent toutefois une part d'apprentissage. Ainsi, l'enfant acquiert la marche, le langage oral ou l'attention conjointe, mais il apprend la lecture ou encore les conventions sociales propres à sa culture. Dans le cas de retard ou de troubles des acquisitions, la question est celle de la stimulation, de la rééducation adaptée. Avant tout traitement, il est nécessaire d'effectuer un diagnostic fonctionnel précis. Il ne s'agit pas juste d'apposer un nom (ou une étiquette) sur les difficultés d'un enfant mais plus de les décrire ainsi que leurs troubles associés, de connaître les points forts de l'enfant, ses stratégies de compensation, sa motivation. Cette approche permet également d'expliquer à l'enfant et à son environnement (famille, école...) les difficultés, d'en favoriser la compréhension et de pouvoir alors réfléchir avec eux au projet de remédiation.

Les habiletés sociales sont les comportements verbaux et non verbaux résultant de processus cognitifs et affectifs permettant de s'adapter à l'environnement. Il s'agit donc d'un ensemble de capacités qui nous permettent de percevoir et de comprendre les messages communiqués par les autres, de choisir une réponse à ces messages et de l'émettre par des moyens verbaux et non verbaux, de façon appropriée à une situation sociale. Dans la partie ci-dessous, nous exposons quelques-unes des capacités spécifiques sur lesquelles se fondent les habiletés sociales. De ce fait, nous abordons à la fois des données théoriques relatives à ces capacités et les modalités de leur évaluation.

Intelligence et habiletés adaptatives

Les études de Piaget et Wallon ont ouvert la voie de l'exploration du développement des processus intelligents. Les procédures de fonctionnement cognitif sont indissociables des significations d'une situation et de l'objet, ou plus précisément des moyens choisis pour atteindre un but [1]. En fonction de la phase de développement et donc en fonction de l'âge, les stratégies d'approche sont différentes. Piaget décrit deux stades de la socialisation :

- un stade élémentaire, qui se développe entre 0 et 2 ans durant le stade sensori-moteur et qui procède essentiellement par l'imitation ;
- un stade plus tardif qui correspond à la socialisation de la pensée vers 7 ans, et qui peut être superposé au concept de théorie de l'esprit.

L'intelligence représente à la fois les capacités cognitives (c'est-à-dire l'aptitude à assimiler les informations issues de l'environnement) et la capacité d'adapter son comportement selon cet environnement, à analyser les situations et inventer des solutions pour résoudre des problèmes. Les habiletés adaptatives découlent de l'intelligence pratique et de l'intelligence sociale [2]. Elles englobent en plus des comportements adaptatifs proprement dits, un certain nombre de connaissances ou de stratégies cognitives. Elles sont composées d'une dizaine de domaines tels que la communication, les soins personnels, les habiletés domestiques, les habiletés sociales, etc.

Méthode d'évaluation

Ce n'est qu'à partir des années 1970 que les premiers instruments mesurant les habiletés adaptatives ont commencé à être disponibles, après que les habiletés adaptatives sont devenues parties intégrantes de la définition du retard mental. Les premiers tests d'intelligence ont été mis au point par Binet dans l'objectif d'identifier les enfants en difficultés scolaires (lois Jules Ferry). Il a mis au point des situations de tests relativement complexes, variées et de difficultés croissantes, à l'origine du concept d'âge mental transformé ensuite en QI par Stern. Plus tard, cette approche globale de l'intelligence s'est retrouvée dans les échelles de Wechsler [3] qui introduisent des tests de performance (visuospatiale) et transforment le QI en un rang dans une distribution gaussienne. Ces tests sont actuellement les plus utilisés dans le monde, à la fois en pratique clinique et en recherche. L'inconvénient de ces tests liés à une approche factorielle de l'intelligence est qu'ils ne portent pas d'attention suffisante à l'ensemble du fonctionnement intellectuel, notamment les liens entre émotion et intelligence.

Communication verbale et non verbale

La communication représente un élément fondamental de cohésion sociale entre les individus. Tous les individus de toutes les espèces animales communiquent entre eux par différents moyens, mais leur répertoire est assez limité. L'être humain dispose pour sa part d'un nombre considérable de moyens lui permettant de partager avec ses semblables ses émotions ainsi

que ses intentions. En effet, il peut mobiliser pour cela, de façon extrêmement précise, différents processus lui permettant d'adopter des attitudes particulières, de lancer des regards et d'en modifier l'intensité, d'esquisser des gestes et de les associer ou non à des mimiques faciales. La perception de ceux-ci grâce à l'efficacité du canal visuel permet l'utilisation instinctive de cette dimension de la communication, très développée chez le bébé ou le très jeune enfant chez qui le langage oral est encore réduit. En se développant, le langage oral, puis le langage écrit apportent une dimension supplémentaire et complémentaire, nécessaire à l'émission et la compréhension des actes de communication. Le langage se conçoit en effet comme un instrument de communication se composant de sons propres à une communauté donnée, s'associant pour former des mots puis des phrases. Pour que la communication ait une valeur d'échange, il est indispensable qu'un certain nombre d'ingrédients (mots, gestes, prosodie...) soient interprétés et soutenus par le contexte de leur émission (on parle de pragmatique du langage). La pragmatique du langage est ainsi altérée dans l'autisme sans retard mental, ce qui a pour conséquence de gêner les échanges sociaux. En effet, alors que le langage formel est habituellement de bon ou très bon niveau, les échanges conversationnels sont limités par ses difficultés de prise en compte du contexte ou encore des problèmes de gestion de l'implicite.

Méthode d'évaluation : l'évaluation formelle

L'évaluation formelle de la communication concerne les capacités phonétiques, phonologiques, lexicales et syntaxiques, sur les versants expressif et réceptif du langage oral et écrit. Il existe de façon générale divers outils de mesure des capacités de langage et de communication de l'enfant et l'adolescent [4]. Les capacités de langage réceptif et expressif des enfants avec TED-SRM peuvent être évaluées avec des instruments généraux comme le *peabody picture vocabulary test* (PPVT) [5], l'*expressive one-word picture vocabulary test* (EOWPVT) [6] ou encore la *clinical evaluation of language fundamentals* (CELF) [7]. Ces deux derniers outils permettent d'obtenir à la fois une évaluation des capacités lexicales des enfants et leur âge développemental précis (dans une fourchette d'âge entre 2 et 38 ans).

Le niveau de compréhension syntaxique peut être évalué avec l'ECOSSE, épreuve de compréhension syntaxico-sémantique [8], qui est une adaptation française validée du TROG (*test for reception of grammar*) de Bishop [9]. Il s'agit d'une épreuve de compréhension orale applicable chez des enfants de 4 à 12 ans, composée de 23 blocs de quatre items comportant des énoncés illustrant une structure syntaxique donnée à la complexité croissante (des syntagmes nominaux aux relatives complexes). Des données concernant le versant expressif peuvent également être recueillies à partir des BEPL-A et B (batterie d'évaluation psycholinguistique) [10]. La BEPL-A qui propose un examen précoce du langage de 2 à 4 ans est complémentaire de la BEPL-B. Elle permet l'évaluation des aspects formels du langage (en expression et en compréhension) et des capacités non verbales. Dans sa forme complète, cette batterie se compose de 23 subtests permettant d'évaluer : la motricité orofaciale, l'articulation, l'organisation

visuospatiale, la rétention verbale immédiate, les capacités phonologiques, lexicales, sémantiques et syntaxiques.

Le BILO (bilan informatisé de langage oral) [11] se compose de trois modules destinés à l'évaluation du langage oral chez les enfants et adolescents. Les trois modules sont indépendants les uns des autres. BILO 2 et BILO 3C concernent respectivement les enfants en cycle 2 et ceux en cycle 3 ou au collège. EC2 explore les contraintes praxiques et cognitives qui peuvent freiner l'entrée au cycle 2. Il constitue un complément très intéressant à BILO 2. BILO 2 permet d'analyser le fonctionnement du langage au moment de l'entrée dans l'écrit, d'identifier les points de vulnérabilité éventuels pour pouvoir y remédier à temps. Les épreuves se composent de l'évaluation du lexique en réception (vocabulaire et précision des représentations phonologiques), de l'analyse de l'efficacité des stratégies de compréhension, du lexique en production (disponibilité des noms et verbes), de la qualité de la phonologie lexicale, de l'habileté morphosyntaxique en production. Des épreuves de lecture y sont associées. BILO 2 est une version enrichie d'ELO. Ces épreuves s'adressent à des enfants et adolescents bénéficiant d'une scolarisation en milieu ordinaire et peuvent être particulièrement intéressantes dans l'évaluation des enfants avec troubles envahissants du développement sans déficience intellectuelle (TED-SDI).

La NEE-L (nouvelle épreuve pour l'examen du langage oral) [12] concerne plusieurs niveaux d'analyse du langage pour une classe d'âge de 3 à 8 ans. Elle comprend deux protocoles (forme G, forme P). Cette batterie est composée de 17 subtests. Elle permet de faire un bilan complet des constituants formels du langage (phonologiques, lexicaux, morphosyntaxiques), sur les deux versants réceptifs et expressifs, ainsi que des processus cognitifs en jeu dans l'apprentissage du langage (mémoire auditivoverbale, etc.). Elle peut être utilisée auprès d'adultes avec un déficit cognitif important.

Le L2MA (batterie pour l'examen psycholinguistique de l'enfant) [10] propose un bilan complet du langage écrit et oral de 8 à 10 ans. Cette batterie se compose de 24 épreuves réparties en cinq domaines : langage oral, langage écrit, mémoire, attention, aptitudes visuomotrices. Il s'agit d'un instrument à visée descriptive et explicative.

Imitation et attention conjointe

Imitation

L'imitation est habituellement définie comme la capacité à reproduire une action que l'on voit faire. Elle apparaît très tôt dans la période néonatale et elle est considérée comme une base essentielle aux apprentissages sociaux ultérieurs. En France, Jacqueline Nadel, professeur émérite de psychologie et chercheur au CNRS, a consacré une grande part de son activité de recherche à comprendre les fonctions de cette aptitude humaine dans le développement de l'enfant sain ou avec autisme. Elle a montré que cette capacité se développait habituellement avec l'âge et la maturation cérébrale, selon un continuum depuis ses formes les plus simples (par exemple : imitation de

la protrusion de langue par un bébé de quelques jours) jusqu'aux formes les plus complexes impliquées dans la communication et l'adaptation sociale [13]. Pour Nadel, les difficultés d'imitation sont à la base des troubles autistiques dans la mesure où elles perturbent le développement des capacités sociocommunicatives et interfèrent avec l'aptitude au jeu, essentielle au développement relationnel de tout enfant.

Il n'y a d'explication neurobiologique ni formelle ni définitive à ces troubles de l'imitation dans l'autisme, mais la théorie des neurones miroirs est séduisante. Les neurones qualifiés de « miroirs » s'activent lorsqu'un individu effectue une action motrice, mais aussi lorsque ce même individu en observe un autre en train de la réaliser. Ces neurones semblent donc impliquer dans l'imitation. C'est une équipe de chercheurs italiens qui a découvert fortuitement l'action de ces neurones situés dans le cortex prémoteur lors de travaux effectués chez le singe [14]. Cette découverte a été suivie de nombreuses recherches et certaines ont amené à formuler l'hypothèse d'un dysfonctionnement du réseau des neurones miroirs dans l'autisme [15].

Attention conjointe

L'attention conjointe est une compétence sociocommunicative d'apparition précoce chez l'enfant. Elle est liée à la capacité à coordonner son attention avec autrui, sur un stimulus, afin de pouvoir échanger des informations sur ce stimulus. Cette capacité, marquée par l'orientation du regard et du geste de pointer en direction d'autrui, apparaît chez la plupart des enfants autour de 10 mois mais ne stabilise qu'aux environs de 18 mois [16]. Les vidéos familiales retraçant le développement des enfants avec un diagnostic d'autisme confirment l'absence ou l'altération précoce entre 12 et 18 mois de leurs capacités d'attention conjointe. L'observation de telles perturbations chez un enfant de 12 à 18 mois est d'ailleurs aujourd'hui considérée comme un signe d'alerte devant conduire à l'orienter vers un centre de dépistage [17,18].

Méthode d'évaluation

L'échelle d'évaluation de la communication sociale précoce (ECSP) [19] et la grille d'observation de Wetherby et Prutting [20] peuvent être utilisées pour décrire le profil de communication en particulier chez les enfants avec peu ou pas de langage [17]. Elles peuvent être également utilisées lors de l'évaluation d'adultes sans langage, afin de décrire la nature des différents actes de communication énoncés qui sont recueillis à partir de l'observation clinique. La grille de Wetherby distingue, parmi les actes de communication, ceux qui sont autocentrés (juste destinés à accompagner la motricité ou l'activité par exemple) de ceux à visée plus interactive au sein desquels sont différenciés les comportements d'attention conjointe. L'ECSP permet, elle aussi, de décrire les capacités d'attention conjointe en distinguant les comportements initiés par l'enfant et ceux auxquels il répond. Cette échelle permet également d'étudier les capacités d'imitation sous différentes formes.

Résolution de problèmes et flexibilité cognitive

La résolution de problèmes et la flexibilité cognitive sont deux dimensions essentielles aux interactions sociales.

Un problème est défini comme une situation pour laquelle l'organisme a un but mais ne dispose pas d'un moyen connu pour y parvenir. La résolution de problèmes a d'abord été conçue dans le cadre des théories comportementales comme relevant d'un apprentissage progressif et non intentionnel par essais erreurs. Elle est aujourd'hui considérée comme une activité complexe, finalisée dans laquelle la représentation mentale (*insight*) de la situation occupe une place centrale.

La flexibilité cognitive est souvent décrite comme une des fonctions exécutives participant au contrôle exécutif. Le contrôle exécutif renvoie à un ensemble de processus cognitifs intervenant dans l'adaptation face aux situations nouvelles dans lesquelles des routines d'exécution ne sont pas suffisantes pour réaliser la tâche [21]. Les mécanismes exécutifs regroupent un grand nombre de processus distincts tels que l'inhibition de réponses prédominantes, l'initiation de comportements, la planification de l'action, la génération d'hypothèses, la flexibilité cognitive, le jugement et la prise de décision, etc. [22]. La flexibilité cognitive dépend elle-même des processus attentionnels (endogène ou exogène). Ainsi, est-ce le cas dans les conduites de persévération observables dans l'autisme, où l'investissement dans l'action et la réalisation de buts mobilise toutes les ressources attentionnelles et empêche la prise en compte des signaux de l'environnement qui informent qu'il faut changer.

Méthode d'évaluation

L'évaluation des fonctions exécutives peut s'appuyer de façon intéressante sur le *test of problems solving* (TOPS) pour lequel il existe deux versions selon l'âge chronologique.

TOPS 3^E [23]* : ce test permet une évaluation standardisée de la capacité d'enfants de 6 à 12 ans à résoudre un problème et à justifier verbalement leur raisonnement. Il recouvre 18 situations photographiées servant de support à un examinateur qui formule des questions. Pour chaque situation, six domaines sont évalués : inférence, résolution de problèmes, cause à effet, prédictibilité, séquentialisation, question négative. Chaque réponse de l'enfant est cotée 2 (juste), 1 (intermédiaire) ou 0 (faux), permettant ensuite le calcul d'un score total pouvant être exprimé en âge équivalent.

TOPS 2 [24]* : ce test permet l'évaluation standardisée de la capacité d'adolescents de 12 à 18 ans à résoudre et justifier verbalement un raisonnement. Des textes sont lus par l'examinateur tandis que les stimuli visuels sont laissés à disposition de l'adolescent. Cinq sous-domaines sont évalués : inférence, déduction, résolution de problèmes, perspective, transfert de connaissance. Quatre de ces sous-domaines comprennent chacun 15 items ;

* Le TOPS 3 et le TOPS 2 sont en cours de traduction par notre équipe.

l'un des cinq sous-domaines comprend 14 items. Au total, 74 items sont proposés. Chacune des tâches requiert une écoute attentive des questions posées par l'examineur et une réponse. Toutes les réponses sont cotées 1 (juste) ou 0 (faux), permettant ensuite le calcul d'un score total exprimé en âge équivalent.

Aspects sociopragmatiques du langage

Ils concernent les actes de communication verbale et non verbale qui contribuent à l'élaboration du message oral. Celui-ci est formé à partir d'un ensemble d'éléments formels essentiels à sa production et à sa compréhension. Ces éléments sont étayés par un ensemble de données dites pragmatiques : verbales (données implicites, métaphores...) et non verbales (contact oculaire, gestes, expressions faciales, langage corporel).

Méthode d'évaluation

Il existe différents outils qui permettent de les évaluer, tels que le *test of language competence* (TLC) [25] et la *children's communication checklist* (CCC) [26].

Citons également le *test of pragmatic of language* (TOPL) élaboré en 1992 par Phelps-Teraski et Phelps-Gunn [27]. Ce test concerne une population d'enfants et adolescents âgés de 5 à 17 ans. Il a trois objectifs : identifier des problèmes pragmatiques en comparaison avec des enfants du même âge ; déterminer les aspects forts et faibles sur le plan de la pragmatique du langage ; étudier les progrès de langage dans le domaine pragmatique.

Le TOPL est constitué de 44 items dont trente-six sont accompagnés d'une planche de dessins en noir et blanc que l'on présente à l'enfant ou à l'adolescent (ces illustrations visuelles du contexte permettent aux enfants de se centrer sur l'item proposé pour répondre aux questions concernant le déroulement de la situation).

Lecture des émotions

L'homme est un être social, doté d'intelligence et capable d'émotions. Les liens entre cognition et émotion passionnent les chercheurs de différentes disciplines depuis longtemps. Pour Darwin, l'émotion, exprimée en particulier par la mimique du visage, est innée, universelle, communicative et source de motivations pour l'action de l'homme [28]. Selon la théorie périphérique de James [29], les changements physiologiques et corporels sont la cause première des processus émotionnels. C'est la perception de ces changements en réponse à un stimulus émotionnel qui déclenche le sentiment subjectif (c'est parce que nous tremblons que nous avons peur). Ainsi, le ressenti émotionnel est en lien direct avec les changements du corps et ne nécessite pas de médiation de l'évaluation cognitive de l'événement. Dans cette perspective, Lange [30] affirme que les émotions se

différencient à partir des réponses périphériques du système, chaque émotion correspondant à un *pattern* physiologique spécifique. Au contraire, selon Cannon [31], les *patterns* physiologiques ne sont pas assez différenciés et le point de départ des émotions se trouve dans le système nerveux central. Le thalamus, en particulier guiderait au niveau périphérique les changements physiologiques et, au niveau cortical, il provoquerait le sentiment subjectif. Pour Shachter et Singer [32], les processus émotionnels impliquent à la fois une activité physiologique et une activité cognitive. Selon eux, les réactions corporelles ne prennent sens que lorsque leur contexte d'apparition est évalué.

Les théories actuelles des émotions sont regroupées en deux grandes catégories : les théories biologiques et les théories cognitives. Les premières (dans la lignée des conceptions darwinienne) postulent une organisation biologique innée de l'émotion. Ainsi, Ekman [33] et Izard [34] définissent les émotions comme un ensemble automatique et préprogrammé de processus d'adaptation à l'environnement. Ces processus comprennent un ensemble de *patterns* de réponses préprogrammées, innées et universelles, aux niveaux viscéral, musculaire, expressif et subjectif. Ainsi, les émotions de base comme la joie, la peur sont reconnues à partir de la configuration des expressions faciales qui seraient hautement standardisées. Toutefois ces auteurs ont plus récemment reconnu le rôle de l'environnement et des dimensions culturelles dans le développement des émotions et de leurs expressions [35]. L'autre courant théorique est celui de l'évaluation cognitive (*appraisal*) pour lequel le déclenchement de l'émotion est fonction de l'interprétation subjective qu'un individu fait d'une situation et de ses conséquences ainsi que de ses possibilités de s'y adapter (*coping potential*) [36]. Dans les deux approches, on retrouve des critères d'évaluation communs comprenant la perception des changements dans l'environnement, qui sollicitent les processus attentionnels (prévisibilité de l'événement), la pertinence de l'événement par rapport aux buts, ou encore l'évaluation de l'événement par rapport aux normes sociales.

Concernant l'aspect neurobiologique de l'émotion, les débats contemporains reposent sur l'opposition entre une vision « modulaire », selon laquelle il existerait des zones cérébrales dévolues au traitement émotionnel, et une vision plus intégrative, où émotions et cognitions sont vues comme deux processus intimement liés [37]. Les observations effectuées chez des patients cérébrolésés ont permis de décrire comment les atteintes de certaines zones cérébrales peuvent entraîner des modifications du fonctionnement aux plans comportemental, cognitif et émotionnel. Ces observations ont permis de constater qu'une réduction des capacités émotionnelles entraîne de fortes difficultés dans différents processus cérébraux. Ainsi, les travaux de Damasio ont éclairé de façon remarquable le rôle de l'émotion dans l'adaptation sociale, ou encore son impact sur la prise de décision et la planification de l'action [38,39]. Dans les TED, ces travaux ont donné lieu à de nombreuses études en neuro-imagerie fonctionnelle à l'origine de théories encore débattues rattachant les troubles des cognitions sociales à des

anomalies du fonctionnement de l'amygdale cérébrale, considérée comme un des centres du « cerveau émotionnel ».

Reconnaissance des mimiques faciales émotionnelles

Les expressions faciales sont essentielles pour permettre d'identifier les états émotionnels d'autrui et comprendre ses intentions. Cette aptitude à lire les émotions sur le visage d'un interlocuteur débute très tôt dans le développement. Des nourrissons d'à peine 4 mois peuvent distinguer sur des photographies de visages la tristesse, la joie et la surprise [40], mais la capacité à interpréter les émotions d'autrui se développe avec l'âge chronologique et n'atteint sa maturation qu'autour d'un âge de 10 ans environ [41]. Les enfants avec un autisme de haut niveau ont, malgré leur absence de retard mental, des difficultés socio-interactives durables [42]. Ces difficultés entraînent chez eux repli sur soi, anxiété et finalement altèrent leur qualité de vie [43-45]. Des études suggèrent que ces troubles socio-interactifs sont particulièrement liés à la difficulté à reconnaître les mimiques faciales d'autrui même basiques [46,47]. Des auteurs considèrent notamment que les personnes avec TED ne peuvent classer correctement les émotions faciales de base, tout particulièrement celles qui portent sur des affects négatifs [48-50]. D'autres auteurs fondent les difficultés interactives dans les TED sur des processus perceptifs atypiques, avec un traitement focal plutôt que global, comme c'est le cas habituellement, et une fixation moindre de la zone du regard très utile pour décoder une émotion [51]. Si l'évolution de ces capacités avec l'âge est à peu près connue en population saine, très peu d'études portent spécifiquement sur l'évolution de ces capacités dans les TED. Il semble que de façon habituelle cette capacité se développe également avec l'âge dans les TED mais qu'elle reste atypique, en particulier quand il faut analyser des émotions de basse intensité, c'est-à-dire plus discrète [52]. Cela a pour conséquence d'alimenter les difficultés relationnelles avec un impact négatif et durable sur plusieurs dimensions de la qualité de vie [53,54].

Méthode d'évaluation : DANVA

Quelques tests standardisés (en cours de traduction par notre équipe CRA L-R) présentent également un intérêt majeur dans l'évaluation des capacités de métacommunication chez l'enfant et l'adolescent avec TED-SDI.

Le *diagnostic analysis of non verbal accuracy 2 adult facial expression and child facial expression* (DANVA 2 AF et DANVA 2 CF [55]) peut être utilisé pour évaluer la capacité des enfants et adolescents d'identification des émotions par la reconnaissance d'expressions faciales. Le DANVA est constitué de quatre subtests : expressions faciales adultes (AF), expressions faciales enfants (CF), paralangage adulte (AP) et paralangage enfant (CP). Chacun des subtests est composé de 24 items (photographies ou enregistrements vocaux) exprimant quatre émotions (joie, peur, tristesse, colère) selon deux niveaux d'intensité (basse, élevée). La version française ne permet pour l'instant que l'utilisation d'une forme courte du DANVA 2 : le DANVA 2 AF (24 items) et le DANVA 2 CF

(24 items). La version informatisée permet le défilement automatique des items à l'écran toutes les deux secondes. La passation est par conséquent rapide (15 minutes environ). Le score total obtenu indique le nombre d'erreurs et permet de comparer le résultat à celui d'une population référente par classe d'âge (3 à 99 ans).

Théorie de l'esprit

La notion de théorie de l'esprit (*theory of mind* : TOM) a été introduite par des primatologues au sujet de l'aptitude, qu'ils observaient chez des chimpanzés, à interpréter les comportements d'autres individus en leur attribuant des états mentaux [56]. Cette notion a été ensuite transposée en psychologie cognitive pour décrire la capacité des individus à se décentrer de leurs propres pensées et à attribuer à autrui des intentions, ce qui leur permet d'interpréter les comportements humains et finalement d'interagir avec d'autres. Habituellement, la théorie de l'esprit se développe avec l'âge. Ainsi, les bases de cette aptitude se mettent en place vers 3 ou 4 ans, faisant suite chronologiquement à la stabilisation chez l'enfant de capacités essentielles aux interactions que sont l'attention conjointe et le jeu symbolique. Avant 3 ans, l'enfant est centré sur sa propre pensée de laquelle il a du mal à se distancier (les autres croient ce qu'il croit). Vers 7 ans, les enfants accèdent à un mode de raisonnement sur leur pensée et celle d'autrui qui leur permet d'envisager plus correctement ce qui doit ou non être dit et ce qui est adapté ou non socialement.

Des troubles de la TOM sont observés dans plusieurs troubles psychiatriques, tels que la schizophrénie ou certains troubles de la personnalité, mais également dans l'autisme. De nombreuses études ont montré l'existence de déficits dans le raisonnement lié à la TOM chez les personnes atteintes d'autisme [57]. Toutefois d'autres études contredisent ces observations en montrant que des personnes avec un autisme sans retard mental réussissent les épreuves de TOM. L'interprétation de ces divergences de résultats s'est faite en soulignant qu'une passation de test ne mobilise pas la TOM de façon aussi complexe qu'une situation de la vie quotidienne. D'autres recherches, ayant pris en compte davantage les paramètres dynamiques mobilisés habituellement lors d'une interaction sociale (exemple : visionnage d'un film et non plus seulement d'une image ou d'une photo), soulignent plus de difficultés dans la TOM chez les participants avec TED (y compris sans retard mental) comparés à des groupes contrôles [58]. L'hypothèse d'un déficit en théorie de l'esprit apparaît donc une interprétation pertinente des difficultés d'adaptation sociale que rencontrent les personnes avec des TED. Cette théorie est d'ailleurs confortée depuis quelques années par des données de neuro-imagerie fonctionnelle. Si cette théorie est loin d'expliquer tous les symptômes de l'autisme, et notamment les stéréotypies ou encore le surfonctionnement perceptif, elle a ouvert la voie à tout un domaine de la réhabilitation visant l'amélioration des capacités de TOM.

Méthode d'évaluation

Il existe plusieurs tests capables d'évaluer la théorie de l'esprit et en particulier les tests de fausse croyance de premier et deuxième ordre. Tout d'abord le test de Sally et Anne [59] permet d'étudier la fausse croyance de premier ordre, c'est-à-dire la capacité de se représenter mentalement la pensée d'autrui. Il a été montré que cette aptitude débute vers 3 ou 4 ans, car avant cet âge le raisonnement de l'enfant est centré sur sa propre pensée dont il ne peut se distancier (les autres croient ce qu'il croit). Cette aptitude se développe avec l'âge et vers 7 ans, les enfants sont capables de résoudre les tests de fausse croyance de deuxième ordre (exemple, test du marchand de glace) qui évaluent la capacité d'un individu à raisonner de façon plus complexe sur la pensée d'autrui. D'autres tests peuvent être utilisés, comme « le faux pas », test basé sur l'analyse des comportements socialement inappropriés de personnages mis en scène au travers de scénarios sociaux [60].

Références

- [1] Inhelder B, Chipman HH. Piaget and his school. A reader in developmental psychology. New York : SpringerVerlag ; 1976.
- [2] Greenspan SI. Comprehensive clinical approaches to infants and their families : psychodynamic and developmental perspectives. In : Meisels J, Shonkoff JP. (Eds). Handbook of early childhood intervention. New York : Cambridge University Press ; 1990. p. 150-72.
- [3] Wechsler. Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants et adolescents. 4^e éd. Paris : Les Éditions du Centre de psychologie ; 2005, 307.
- [4] Ozonoff S, Goodlin-Jones BL, Solomon M. Evidence-based assessment of autism spectrum disorders in children and adolescents. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology 2005 ; 34(3) : 523-40.
- [5] Dunn LM. Peabody picture vocabulary test. Circle Pines, MN : American Guidance Service ; 1997.
- [6] Brownell R. Expressive one-word picture vocabulary test-2000 (eowpvt-2000). Novato, CA : Academic Therapy Publications ; 2000.
- [7] Semel E, Wiig E, Secord W. Clinical evaluation of language fundamentals. 4th ed. San Antonio : Psychological Corporation ; 2003.
- [8] Lecocq P. L'ECOSSE une épreuve de compréhension syntaxico-sémantique. Presses Universitaires du Septentrion ; 1996.
- [9] Bishop DV. Trog-test for reception of grammar. Medical Research Council. Chapel Press ; 1983.
- [10] Chevrie-Muller C, Simon AM, Fournier S, Brochet MO. Batterie langage oral-langage écrit, mémoire-attention. L2ma Paris : Centre de Psychologie Appliquée ; 1997.
- [11] Khomsi A, Khomsi J, Pasquet F, Parbeau-Guénou A. Bilans informatisés du langage oral. Paris : ECPA ; 2007.
- [12] Chevrie-Muller C, Plaza M. N-eel, nouvelles épreuves pour l'examen du langage : ECPA. les Éd. du Centre de psychologie appliquée ; 2008.
- [13] Nadel J. Imitation et autisme. Cerveau & Psycho 2003 ; 4.
- [14] Rizzolatti G, Fadiga L, Gallese V, Fogassi L. Premotor cortex and the recognition of motor actions. Cognitive Brain Research 1996 ; 3(2) : 131-41.
- [15] Iacoboni M, Dapretto M. The mirror neuron system and the consequences of its dysfunction. Nature Reviews Neuroscience 2006 ; 7(12) : 942-51.

- [16] Scaife M, Bruner JS. The capacity for joint visual attention in the infant. *Nature* 1975 ; 253 : 265-6.
- [17] HAS. Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme. Fédération française de psychiatrie, HAS ; 2005, 167.
- [18] HAS. Autisme et autres troubles envahissants du développement-état des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale. HAS ; 2010, 186.
- [19] Guidetti M, Tourrette C. Évaluation de la communication sociale précoce-ECSP. Paris : Éditions Scientifiques et Psychologiques ; 1993.
- [20] Wetherby AM, Prutting CA. Profiles of communicative and cognitive-social abilities in autistic children. *Journal of Speech and Hearing Research* 1984 ; 27(3) : 364.
- [21] Duncan J. Disorganisation of behaviour after frontal lobe damage. *Cognitive Neuropsychology* 1986 ; 3(3) : 271-90.
- [22] Collette F, Hogge M, Salmon E, Van der Linden M. Exploration of the neural substrates of executive functioning by functional neuroimaging. *Neuroscience* 2006 ; 139(1) : 209-21.
- [23] Zachman L, Huisinigh R, Barrett M, Orman J, LoGiudice C. Elementary test of problem solving revised. Moline, IL : Linguisystems ; 1994.
- [24] Bowers L, Huisinigh R, LoGiudice. The Test of problem solving. Third Edition-Elementary. East Moline, IL : Linguisystems ; 2007.
- [25] Wiig E, Secord W. Test of language competence (TLC). San Antonio, Tex : Psychological Corp. ; 1989.
- [26] Bishop DVM, Baird G. Parent and teacher report of pragmatic aspects of communication : use of the children's communication checklist in a clinical setting. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2001 ; 43(12) : 809-18.
- [27] Phelps-Terasaki D, Phelps-Gunn T. Test of pragmatic language. Austin, TX : Pro-Ed ; 1992.
- [28] Darwin C. The expression of the emotions in man and animals ; with an introduction, afterword, and commentaries by paul ekman. New York : Oxford University ; 1872.
- [29] James W. What is an emotion ? *Mind* 1884 ; 9(34) : 188-205.
- [30] Lange C, James W. The Emotions (1885). Ed. Knight Dunlap, psychology classics reprint. Baltimore : Williams and Wilkins Company ; 1922 135 p.
- [31] Cannon WB. Again the james-lange and the thalamic theories of emotion. *Psychological Review* 1931 ; 38(4) : 281-95.
- [32] Schachter SSJ. Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review* 1962 ; 69 : 379-99.
- [33] Ekman P. Universals and cultural differences in facial expressions of emotion. 1971.
- [34] Izard CE. The face of emotion. New York : Appleton-Century-Crofts ; 1971.
- [35] Ekman P, Davidson RJ. The nature of emotion : fundamental question. New York : Oxford University Press ; 1994.
- [36] Monat A, Lazarus RS. Stress and coping : an anthology. Columbia Univ Pr. ; 1991.
- [37] Pessoa L. On the relationship between emotion and cognition. *Nature Reviews Neuroscience* 2008 ; 9(2) : 148-58.
- [38] Damasio AR, Sutherland S. Descartes' error : emotion, reason, and the human brain. Picador ; 1995.
- [39] Damasio AR, Blanc M. L'erreur de Descartes : la raison des émotions. Paris : Odile Jacob ; 2006.
- [40] Young-Browne G, Rosenfeld HM, Horowitz FD. Infant discrimination of facial expressions. *Child Development* 1977 ; 48(2) : 555-62.

- [41] Tonks J, Williams WH, Frampton I, Yates P, Slater A. Assessing emotion recognition in 9-15 years olds : preliminary analysis of abilities in reading emotion from faces, voices and eyes. *Brain Injury* 2007 ; 21(6) : 623-9.
- [42] Rao PA, Beidel DC, Murray MJ. Social skills interventions for children with Asperger's syndrome or high-functioning autism : a review and recommendations. *Journal of Autism and Developmental Disorders*; 2008 ; 38(2) : 353-61.
- [43] Barnhill GP. Social attributions and depression in adolescents with Asperger syndrome. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities* 2001 ; 16(1) : 46.
- [44] Meyer JA, Mundy PC, Van Hecke AV, Durocher JS. Social attribution processes and comorbid psychiatric symptoms in children with Asperger syndrome. *Autism* 2006 ; 10(4) : 383.
- [45] Tsatsanis KD. Outcome research in Asperger syndrome and autism. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2003 ; 12(1) : 47.
- [46] Koning C, Magill-Evans J. Social and language skills in adolescent boys with Asperger syndrome. *Autism* 2001 ; 5(1) : 23-36.
- [47] Castelli F. Understanding emotions from standardized facial expressions in autism and normal development. *Autism* 2005 ; 9(4) : 428.
- [48] Baron-cohen S, Spitz A, Cross P. Do children with autism recognise surprise? A research note. *Cognition & Emotion* 1993 ; 7(6) : 507-16.
- [49] Pelphrey KA, Sasson NJ, Reznick JS, Paul G, Goldman BD, Piven J. Visual scanning of faces in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2002 ; 32(4) : 249-61.
- [50] Lindner JL, Rosén LA. Decoding of emotion through facial expression, prosody and verbal content in children and adolescents with Asperger's syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2006 ; 36(6) : 769-77.
- [51] Deruelle C, Rondan C, Salle-Colleminche X, Bastard-Rosset D, Da Fonséca D. Attention to low-and high-spatial frequencies in categorizing facial identities, emotions and gender in children with autism. *Brain and Cognition* 2008 ; 66(2) : 115-23.
- [52] Rump KM, Giovannelli JL, Minshew NJ, Strauss MS. The development of emotion recognition in individuals with autism. *Child Development* 2009 ; 80(5) : 1434-47.
- [53] Jennes-Coussens M, Magill-Evans J, Koning C. The quality of life of young men with Asperger syndrome. *Autism* 2006 ; 10(4) : 403.
- [54] Renty JO, Roeyers H. Quality of life in high-functioning adults with autism spectrum disorder. *Autism* 2006 ; 10(5) : 511.
- [55] Nowicki S, Carton E. The relation of nonverbal processing ability of faces and voices and children's feelings of depression and competence. *The Journal of Genetic Psychology* 1997 ; 158(3) : 357-63.
- [56] Premack D, Woodruff G. Does the chimpanzee have a theory of mind ? *Behavioral and Brain Sciences* 1978 ; 1(04) : 515-26.
- [57] Baron-Cohen S, Tager-Flusberg H, Cohen DJ. *Understanding other minds*. Oxford Univ. Press ; 2000.
- [58] Heavey L, Phillips W, Baron-Cohen S, Rutter M. The awkward moments test : a naturalistic measure of social understanding in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2000 ; 30(3) : 225-36.
- [59] Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U. Does the autistic child have a « theory of mind » ? *Cognition* 1985 ; 21(1) : 37-46.
- [60] Baron-Cohen S, O'Riordan M, Stone V, Jones R, Plaisted K. Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1999 ; 29(5) : 407-18.

3

Prise en charge des troubles des habiletés sociales

Données théoriques et pratiques sur les prises en charge comportementales (ABA et autres programmes)¹

Selon les principes de la théorie de l'apprentissage de Skinner [1], les comportements sont des réponses aux événements qui les ont précédés. Ils entraînent des conséquences qui, à leur tour, favorisent (renforcement positif) ou diminuent (renforcement négatif) la probabilité ultérieure d'une nouvelle occurrence. Dans l'autisme, l'*applied behaviour analysis* (ABA) consiste à analyser les comportements autistiques pour comprendre les événements environnementaux qui les ont influencés et à déterminer systématiquement des interventions qui vont les modifier et les remplacer par des comportements socialement mieux adaptés. Dans le modèle initial de Lovaas (apprentissage par essais discrets) destiné à de jeunes enfants avec de l'autisme, les matériaux pédagogiques sont choisis par l'adulte qui prend l'initiative des interactions pendant les séances. Les renforçateurs sont extérieurs aux tâches enseignées et présélectionnés par l'adulte. Dans le modèle néocomportemental, on met davantage l'accent sur la motivation de l'enfant et, en conséquence, l'adulte lui laisse davantage le choix des matériaux et l'initiative des interactions. Les renforçateurs sont naturels, c'est-à-dire qu'ils sont directement liés à la réussite de la tâche. Un éventail plus large de réponses est accepté et les tentatives sont aussi récompensées. L'environnement est structuré afin de faciliter l'initiative. Ce modèle se réfère au développement des compétences sociales et de la communication. Un exemple connu de ce type d'intervention est celui des comportements pivots de Koegel [2].

Dans la mesure où les modèles comportementaux intensifs dérivent de la méthode ABA, les notions de ABA, IBI (*intensive behavioral intervention* : intervention comportementale intensive) ou EIBI (*early intensive behavioral intervention* : intervention comportementale précoce intensive) sont souvent amalgamées et utilisées de façon interchangeable.

Il existe de nombreux programmes différents fondés sur l'ABA en fonction du lieu d'application (domicile, centre spécialisé, école ordinaire), de l'intensité

1 Cette partie vise à décrire succinctement ce qu'est le programme ABA et faire un point sur son efficacité. Elle est fondée sur un rapport d'étude de la littérature *Interventions éducatives, pédagogiques et thérapeutiques proposées dans l'autisme* rédigé pour la DGAS par Baghdadli A, Noyer M et Aussilloux C (juin 2007)

hebdomadaire des interventions, de l'âge des bénéficiaires, de la formation des intervenants. On peut en donner quelques exemples choisis en fonction de leur ancienneté, de leur importance et des recherches qui leur ont été consacrées.

Programme Lovaas

Un enseignement (effectué en relation duelle) est proposé aux enfants classiquement dès leur deuxième ou troisième année, 7 heures par jour et cela pendant un minimum de 2 ans. L'intervention a, dans un premier temps, lieu à domicile avant de s'élargir progressivement à d'autres milieux (écoles, hôpitaux...). Tous les parents suivent un entraînement afin de faire partie intégrante de l'équipe thérapeutique. Ce programme suppose donc un investissement important des parents, l'un d'eux devant parfois arrêter son activité professionnelle pour s'occuper activement de l'enfant.

Ce programme utilise les principes du conditionnement opérant (les comportements positifs sont renforcés, alors que les comportements négatifs ou agressifs sont ignorés ou punis). Ainsi, bien que la punition physique ne trouve plus sa place dans l'approche comportementale contemporaine, dans certains cas une punition physique ou des réprimandes verbales ont pu être utilisées pour diminuer les comportements inappropriés [3]. La principale technique utilisée est l'apprentissage par essais distincts (*discrete trial training* : DTT), qui consiste à présenter un stimulus en séquences répétées [4], puis à observer la réponse de l'enfant et à donner une conséquence (renforcement). Progressivement, l'équipe thérapeutique complexifie les tâches.

Le programme a pour objet de permettre à l'enfant de mettre en place progressivement des compétences liées à l'autonomie sociale, au langage réceptif, à l'imitation verbale et non verbale et d'établir les bases pour le jeu, aspect essentiel des échanges entre les enfants. Un autre aspect important de ce programme est l'enseignement à l'enfant des compétences d'imitation. Une fois enseignée, l'imitation est utilisée comme un outil puissant d'apprentissage. La seconde partie du programme commence d'ailleurs quand l'enfant a acquis ce type de compétences basiques. On lui enseigne alors, dans un premier temps à domicile et dans un second temps dans un cadre scolaire, d'autres bases essentielles à la socialisation.

Programme Rutgers–Douglas Developmental Disabilities Center (DDDC)

Le DDDC, programme établi au centre universitaire de Rutgers, a ouvert ses portes en 1972 pour accueillir des enfants d'âge scolaire atteints d'autisme. En 1987, s'est ajouté un programme pour les enfants d'âge préscolaire. Le programme utilise des méthodes d'enseignement fondées sur l'ABA. Le centre comprend trois classes préscolaires de niveau distinct [5]. La première classe propose un enseignement intensif (en individuel), réalisé à domicile et en classe, établi sur le modèle de Lovaas. La seconde classe propose

un enseignement d'intensité intermédiaire, réalisé par un enseignant pour deux enfants ; elle prépare aux compétences requises pour intégrer la troisième classe. Enfin, la troisième classe est une classe intégrée (fondée sur le modèle LEAP) où sont scolarisés des enfants typiques et autistes [6]. Ce programme repose sur des séquences développementales et utilise des techniques d'analyse comportementale appliquée commençant par un format d'épreuves discrètes avant d'accéder à des procédures plus naturelles. L'instruction se fonde sur le développement des cognitions, du langage, des capacités motrices, de l'attention, de la compliance, des capacités sociales et enfin des comportements socialement appropriés. Ce programme délivré par des docteurs en psychologie et des spécialistes du comportement a pour but de préparer l'enfant à intégrer l'école ordinaire.

Programme *learning experiences, an alternative program for preschoolers and parents (LEAP)*

Créé en 1982, il a été rapidement intégré au programme d'intervention de la petite enfance à l'institut psychiatrique de l'université de Pittsburgh. C'est un des premiers programmes proposés conjointement à des enfants atteints d'autisme et à des enfants typiques. Il propose à la fois des activités ordinaires et des activités spécialisées pour les enfants atteints d'autisme. Il utilise à la fois les éléments d'un programme d'intégration scolaire et ceux d'un programme comportemental. Un programme individuel avec des objectifs à court terme est actualisé tous les 3 ou 4 mois. Les parents sont fortement associés au programme.

Un entraînement aux habiletés comportementales est donné 5 jours par semaine et 3 heures par jour. Des enseignants et un assistant interviennent dans une classe composée généralement d'une dizaine d'enfants au développement normal et de quatre enfants atteints d'autisme.

Programme préscolaire du Centre écossais pour l'autisme

Ce programme d'intervention précoce a été fondé en Écosse par le NHS, il y a une vingtaine d'années. L'intervention proposée par ce programme a lieu au sein de l'hôpital psychiatrique de Yorkhill. Il fournit aux familles une thérapie intensive pour aider leur enfant à développer une flexibilité comportementale et les compétences nécessaires à l'apprentissage de la communication. Ainsi, ce programme suit une approche développementale du comportement communicatif et social incluant la communication sociale préverbale, les interactions sociales réciproques, les habiletés sociales de jeu et le langage réceptif et expressif. Il développe une approche naturelle qui utilise des outils comme le *shaping* (amener un comportement de proche en proche) et le renforcement. Concrètement, les enfants sont vus 8 heures toutes les deux semaines pendant 11 mois, généralement en quatre séances de 2 heures. Chaque session inclut un travail enfant-thérapeute et un travail enfant-parent supervisé par le thérapeute. Ce programme n'a pas

pour but de soigner l'autisme mais plutôt de compléter la scolarisation en maternelle par une intervention permettant à l'enfant de développer des compétences de communication sociale précoce [7].

Effet des programmes ABA

Le programme dérivé de l'expérience de Lovaas [8] a donné lieu à plusieurs publications. Les recherches expérimentales et la plupart des articles descriptifs concluent à l'efficacité du programme. Cependant, d'autres articles [9] attirent l'attention sur les biais expérimentaux des premières études publiées pouvant fausser leur interprétation. Ces critiques ont permis aux articles publiés ces dix dernières années de gagner en rigueur expérimentale et de traiter des domaines jusqu'alors peu explorés. Ainsi, les études de nouvelle génération portent à la fois sur le programme en centre et sur celui à domicile. Elles analysent aussi l'efficacité de ce programme en le comparant à des programmes de nature différente. Enfin, ces études reposent désormais sur des populations variées et permettent d'identifier parmi leurs caractéristiques celles pouvant être reliées à l'efficacité du programme Lovaas.

L'examen de l'ensemble des études publiées ces dix dernières années sur le programme Lovaas [10] nous conduit aux constats suivants :

- les programmes intensifs précoces semblent améliorer le niveau intellectuel (mesuré par le QI) et les compétences langagières, mais ces progrès sont moins importants que ceux rapportés initialement par Lovaas ;
- les programmes intensifs précoces semblent surtout efficaces chez les enfants qui ont les QI les plus élevés [11] ;
- les programmes intensifs précoces semblent plus efficaces chez des enfants avec des TED non spécifiés *versus* ceux avec des troubles autistiques ;
- le programme Lovaas semble plus efficace qu'une intervention éclectique (reprenant parfois des ingrédients d'ABA mais combinés à d'autres approches non comportementales).

Toutefois de nombreuses questions persistent :

- le programme précoce intensif influence-t-il les comportements adaptatifs ? Les recherches actuelles ne permettent pas encore de répondre à cette question. Certaines montrent des gains adaptatifs [11,12], alors que d'autres n'en montrent pas ou très peu [13,14] ;
- quelle intensité de programme doit-on proposer aux enfants ? Les recherches qui suggèrent un effet de l'intensité du programme portent sur des populations d'enfants avec autisme et retard mental associé [13,15]. Il est donc nécessaire d'évaluer l'effet de l'intensité sur des populations différentes et cela, si possible, par comparaison de groupes ;
- ce programme est-il efficace à long terme chez tous les enfants ? Rappelons que l'étude de Smith, Buch et Gamby [12] ne trouve pas d'efficacité à long terme pour la moitié des enfants qui ont un retard mental. La question est de savoir si ce profil évolutif se retrouve chez des enfants présentant des caractéristiques symptomatiques différentes ;

- enfin, il est important de souligner que la comparaison des études portant sur l'efficacité du programme Lovaas est difficile. En effet, ces études ont de faibles effectifs et sont réalisées chez des enfants qui ont des caractéristiques différentes. De plus, la durée de l'intervention ainsi que les variables dépendantes (même si le QI est souvent une variable commune) diffèrent d'une étude à l'autre. Toutes ces caractéristiques peuvent expliquer aussi l'existence de résultats apparemment divergents dans la littérature.

Finalement, l'étude menée par Lovaas et celles qui ont suivi ont, malgré leurs inconvénients méthodologiques, le mérite d'être les premières et les plus rigoureuses expérimentations sur l'efficacité des interventions utilisées dans l'autisme. Toutefois, même si leur niveau d'évidence est plus élevé que celui de la plupart des autres études, il n'est pas suffisant pour affirmer actuellement l'efficacité de ce type de programme d'intervention chez tous les enfants atteints de troubles envahissants du développement et la supériorité de ces programmes sur tous les autres dans l'ensemble des indications.

Aux États-Unis, le travail très complet du comité sur les interventions éducatives destinées aux enfants autistes organisé au sein du très sérieux *National Research Council* [16] a permis de proposer des recommandations sur le rôle des familles, les objectifs des services d'éducation spécialisée et les caractéristiques des interventions efficaces. Il est souligné que « *ce qui est plus important que le nom d'un programme en particulier, est la façon dont l'environnement et les stratégies éducatives permettent la réalisation des objectifs pour l'enfant et sa famille. Ainsi, une intervention efficace varie considérablement selon les enfants, en fonction de leur âge, de leur niveau cognitif et de langage, de leurs besoins et des priorités de leur famille* ».

Plus récemment en Espagne, un groupe d'experts dirigé par Fuentes-Biggi [17], tout en soulignant la nécessité de développer des stratégies éducatives destinées à améliorer la communication et les compétences sociales, confirme l'idée qu'on ne peut « proposer actuellement d'algorithme thérapeutique simple et que les recommandations de bonnes pratiques ne reposent que sur un niveau de preuve limité ». Dans le cadre du plan Autisme [18], des recommandations de bonnes pratiques professionnelles sont en cours d'élaboration. La question du programme ABA et de ses modalités d'application en France devra alors être traitée.

Données théoriques et pratiques sur l'entraînement aux habiletés sociales

Les habiletés sociales permettent à une personne d'accomplir de façon compétente des tâches sociales particulières, pour lesquelles Mc Fall [19] propose plusieurs définitions liées à des modèles conceptuels différents : dans le premier modèle (trait), les habiletés sociales sont conçues comme un trait hypothétique de personnalité. Elles ne sont pas directement observables, par contre le comportement observable d'une personne est le reflet de son degré général d'habiletés sociales. Dans le second modèle (moléculaire), les

habiletés sociales – unités comportementales spécifiques et observables – représentent les éléments de la performance globale de l'individu dans chaque situation interpersonnelle.

De façon générale, les habiletés sociales recouvrent les compétences permettant de s'ajuster à l'environnement social. Ainsi, une altération des habiletés sociales peut donc se traduire par des conduites inadaptées dans la résolution de problèmes sociaux (tissage des liens amicaux, gestion de conflits, etc.). À la base de cette difficulté à traiter et reconnaître une information socialement adaptée, on peut souligner, dans l'autisme, le rôle joué par les difficultés de reconnaissance des émotions propres et de celles d'autrui, la difficulté de catégorisation des mimiques faciales ou encore les problèmes dans la hiérarchisation des multiples informations contenues dans un message social.

L'observation chez de nombreux patients de telles difficultés, et de leurs répercussions négatives sur leur qualité de vie, a motivé la mise au point de thérapies et programmes destinés à favoriser le développement des compétences sociales afin d'améliorer leur intégration sociale. On dispose de nombreuses approches thérapeutiques, plus ou moins bien décrites, proposées pour certaines en individuel et pour d'autres en situation de groupe. Un nombre croissant de publications porte sur l'effet positif des thérapies groupales destinées à l'entraînement aux habiletés sociales. Il existe des données récentes concernant l'amélioration de la posture, du contact oculaire ou encore d'aspects plus complexes, comme la façon de poser des questions, chez des patients avec autisme après un entraînement comportemental.

L'entraînement aux habiletés sociales est fondé sur les principes de la thérapie cognitive et comportementale, largement utilisés au plan international, qui reposent notamment sur les lois de l'apprentissage et dont les bénéfices chez l'enfant sont souvent soulignés [20]. Paradoxalement, en France, ces interventions sont encore assez peu proposées de façon structurée aux patients avec des TED-SDI [21] et leur sont « préférées » des interventions éducatives généralistes et souvent non spécifiques, qui reposent principalement sur la thérapie occupationnelle et la médiation relationnelle.

Classiquement, « l'entraînement des habiletés sociales » est une intervention spécifique qui vise à enseigner des habiletés interpersonnelles à des individus et promouvoir la généralisation et le maintien de ces habiletés [22]. Cette approche comprend un ensemble de techniques comportementales et cognitives, provenant des principes de l'apprentissage social et visant à améliorer la communication, l'expression des sentiments et la qualité des interactions. Après analyse des situations difficiles à gérer, le thérapeute aide le patient à comprendre le problème puis à l'affronter dans des situations des jeux de rôle. L'apprentissage par imitation de modèle peut également être utilisé en complémentarité avec une approche cognitive des émotions, de même que l'utilisation d'autres techniques comme les tâches assignées. Habituellement, les tâches sont progressivement transférées et généralisées au contexte naturel, familial et social.

Cet entraînement est conduit, individuellement ou en groupe, par deux animateurs qui multiplient les sources d'apprentissage et varient les mises en situation dans le cadre de groupes thérapeutiques. On demande généralement à un des membres du groupe de jouer une situation problème avec un autre membre du groupe ou avec l'un des animateurs. La situation est analysée sous la direction de l'animateur et les autres membres du groupe renvoient leurs impressions en *feedback* sur la performance. Des enregistrements vidéo sont parfois utilisés pour revoir et faciliter l'analyse du jeu de rôle et l'auto-observation. La séance se termine par la prescription de tâches à accomplir pour la prochaine séance. Plus récemment, l'entraînement des habiletés sociales s'est fondé sur un modèle de traitement de l'information, et s'est centré sur les difficultés de nombreux patients psychiatriques à résoudre les problèmes quotidiens. Ainsi, il leur est proposé un entraînement à la résolution de problèmes selon une méthode en plusieurs étapes [23] : définition du problème, propositions de solutions, évaluations de ces solutions en fonction de leurs conséquences potentielles, choix d'une solution et mise en pratique de la solution choisie. Enfin, un entraînement par modules, très structuré, est parfois proposé afin de favoriser les aptitudes nécessaires à un domaine de fonctionnement de la vie tel que les loisirs ou la gestion de l'argent. Dans ce type d'approches, les patients sont entraînés à résoudre les problèmes identifiés par des actions spécifiques, puis à exercer leurs nouvelles compétences au travers de jeux de rôle, d'exercices supervisés dans l'environnement naturel et de tâche à accomplir jusqu'à la prochaine séance. Dans la schizophrénie, des modules ont été mis au point [24] par exemple pour l'éducation du patient au traitement neuroleptique, l'apprentissage de l'autocontrôle et la gestion de ses symptômes, son entraînement aux habiletés conversationnelles et la résolution de problèmes interpersonnels. Chaque module comporte un manuel à l'usage de l'animateur, une vidéo et un manuel destiné aux patients.

Si l'entraînement aux habiletés sociales est utilisé dans de nombreux troubles psychiatriques y compris chez l'enfant et l'adolescent, dans l'autisme, des adaptations de cette approche sont nécessaires. Pour Paul [25], cet apprentissage doit être direct, intensif et focalisé sur des comportements précis comme la théorie de l'esprit. Il souligne la nécessité d'adapter les approches à l'âge. Ainsi, chez le jeune enfant, le jeu est le support le mieux approprié et l'étayage visuel des consignes (au moyen d'images ou de schémas) associé à la répétition verbale est un aspect important de l'enseignement. Chez l'enfant d'âge moyen, les jeux de société et les situations de groupe centrées sur les intérêts des enfants sont recommandés. Les supports visuels tels que les emplois du temps combinés à la répétition verbale demeurent utiles. Le tutorat par un autre enfant sans trouble du développement peut également permettre à l'enfant de faire face dans ses difficultés quotidiennes à l'école. À l'adolescence, les groupes de discussion permettent l'expression des points de vue et des émotions à propos de leur handicap social.

Pour Rhéa, cet apprentissage ciblé et intensif des habiletés sociales doit aller de pair avec une mise en pratique dans des contextes variés de la vie

courante et au quotidien des habiletés apprises, afin de permettre la généralisation et le maintien des acquis. Comme la plupart des enfants avec autisme sans retard mental sont scolarisés, leurs occasions d'expérimenter leur environnement naturel sont nombreuses et, pour Rhéa, l'aide des pairs est essentielle au développement des habiletés sociales.

Ozonoff [26] indique qu'un groupe d'entraînement aux habiletés sociales doit être concret, structuré et prévisible, homogène (du point de vue du niveau linguistique des enfants), et qu'il doit utiliser des techniques d'apprentissage variées basées sur des objectifs graduels. Elle insiste sur la nécessité de promouvoir la généralisation et le maintien des acquis.

Konstantareas [27] propose également des recommandations pour améliorer les compétences sociales des personnes avec un TED-SDI. Il préconise l'utilisation de scénarios sociaux adaptés à chaque enfant, à partir du modèle proposé par Gray (*social stories*) [28], et destinés à l'aider à faire face aux différents problèmes de la vie quotidienne. Pour cet auteur, la participation des enfants à un groupe d'entraînement aux habiletés sociales leur permet d'acquérir des connaissances théoriques au plan des relations sociales puis de les mettre en application. Ces groupes doivent être fonction des besoins particuliers des participants et adaptés à leur âge et leur niveau verbal. De petits effectifs sont recommandés ainsi qu'une fréquence suffisante (généralement hebdomadaire). Les moyens principaux utilisés sont des groupes de discussion, le *modeling* à partir de films, le jeu de rôle, combinés à un enseignement théorique structuré de différentes dimensions impliquées dans les compétences sociales. L'enseignement des émotions de base est particulièrement recommandé en situation de groupe ou de façon individuelle. Il est proposé, par cet auteur, que les émotions de base (joie, peur, colère, tristesse) soient enseignées l'une après l'autre, en commençant par la plus accessible (la joie), en utilisant des supports visuels (*smileys*, photos, miroir) et en faisant référence aux situations dans lesquelles ces émotions sont ressenties.

Effet d'un « entraînement aux habiletés sociales »

Les recherches dans le domaine des neurosciences ont permis d'améliorer la compréhension des mécanismes à la base de bon nombre de troubles mentaux, comme c'est le cas pour la schizophrénie. On dispose de méta-analyses confirmant l'efficacité modérée mais robuste et soutenue des TCC sur les signes psychotiques [29]. Les biais cognitifs importants inhérents à la schizophrénie ont conduit quelques équipes à développer des programmes d'entraînement des habiletés métacognitives pour ce type de patients. Il leur est proposé des exercices cherchant à les rendre conscients de leurs distorsions cognitives, à les entraîner à les voir de façon critique et à changer leur répertoire de résolution de problèmes [29].

Ces approches (TCC et entraînement métacognitif) sont depuis quelques années adaptées à l'autisme. Si beaucoup d'études mettent en avant leur

intérêt voire leur efficacité, peu se sont employées à le démontrer rigoureusement dans le cadre d'essais cliniques [30-35].

La revue des programmes de TCC, pour les enfants et adolescents avec TED, suggère qu'ils peuvent être efficaces pour favoriser le développement des interactions sociales, cependant la disparité des programmes utilisés et l'hétérogénéité des échantillons sélectionnés et des variables de suivi limitent les comparaisons des résultats des différentes études [36,37]. Les programmes peuvent être classés selon le type de médiation relationnelle utilisée (thérapeute ou pairs typiques), le contexte (clinique ou classe ordinaire), la fréquence, la durée, le nombre total de sessions [36]. Les programmes peuvent aussi être distingués selon leur design (en individuel ou en groupe), la méthode d'enseignement et les stratégies de généralisation des apprentissages (tâches à domicile, tâches en milieu naturel).

Mesibov [31] a été probablement l'un des premiers à étudier les effets de la TCC chez des enfants avec TED. Bien qu'il n'utilise pas de mesure directe de l'évolution, il fait état d'un niveau élevé de satisfaction des participants au programme et des thérapeutes. De la même façon dans l'étude de Howlin et Yates [34], on note un haut niveau de satisfaction concernant l'effet du programme sur la qualité de vie et les habiletés conversationnelles. Ces auteurs, dont l'étude est fondée sur des critères plus objectifs, observent une amélioration significative dans la capacité à initier et maintenir une conversation et faire des commentaires appropriés. En revanche, Marriage *et al.* [33], qui étudient également les effets de la TCC chez des enfants de 8 à 12 ans avec HFA, ne trouvent pas de différence significative avant/après dans les compétences sociales malgré des changements rapportés par les familles et les thérapeutes.

Une des premières études contrôlées sur l'effet des TCC dans les TED a été menée par Ozonoff et Miller [30]. Ces auteurs ont comparé l'évolution de cinq adolescents traités durant 5 mois par TCC à celle d'un groupe contrôle sans traitement. À partir de questionnaires renseignés par les adolescents, leurs familles et leurs thérapeutes, les auteurs concluent à l'amélioration de l'adaptation sociale dans le groupe traité. Barnhill *et al.* [38] ont également examiné les effets de la TCC chez huit adolescents avec un syndrome d'Asperger. Leur programme comportait huit sessions hebdomadaires. La variable principale utilisée pour analyser l'évolution était l'aptitude à identifier les émotions faciales au DANVA 2 de Nowicki et Carton [39] avant et après traitement. Les résultats ont indiqué une amélioration dans ce domaine mais cette observation ne peut être généralisée étant donné la très petite taille de l'échantillon et l'absence de groupe contrôle. Bauminger [40] a étudié l'effet de la TCC sur les cognitions sociales et les interactions dans une population de 15 enfants et adolescents avec autisme de haut niveau. Pendant 7 mois, les enfants ont bénéficié de séances individuelles de 3 heures proposées par un enseignant dans leur classe en collaboration avec leurs parents. Malgré l'absence de groupe contrôle, les auteurs concluent à l'efficacité du programme sur les interactions sociales, la résolution de problèmes, la compréhension des émotions.

L'étude de Solomon [35] est particulièrement intéressante, car elle compare des enfants avec autisme de haut niveau après appariement sur l'âge et le QI puis randomisés dans deux groupes, traité *versus* non traité. De plus, des critères standardisés et objectifs sont utilisés pour tester l'effet de la TCC sur les cognitions sociales et les scores de dépression. Les mesures avant/après traitement montrent que les compétences sociales et les scores de dépressions des enfants traités par TCC se sont améliorés. Cependant, les résultats sont limités par la petite taille de l'échantillon étudié et par le fait que le groupe contrôle est en liste d'attente pour un suivi thérapeutique et ne bénéficie d'aucun traitement.

Plus récemment, Cotugno [41] a étudié de façon non contrôlée l'efficacité de 30 séances de TCC en groupe chez des enfants avec TED. Ces résultats suggèrent que cette approche peut être efficace pour améliorer les déficits sociaux des TED et que les enfants qui en bénéficient peuvent faire des gains supplémentaires quand l'intervention se prolonge.

En définitive, bien que la plupart des études effectuées rapportent un effet positif de la TCC, les problèmes de méthodologie utilisée ne permettent pas de conclusion formelle sur son efficacité. Très peu d'études sont en effet contrôlées et une seule est randomisée et expérimentale [35]. Ainsi, d'autres recherches sont nécessaires avec notamment le challenge de démontrer que les compétences acquises grâce à la TCC sont transférables à la vie quotidienne.

Références

- [1] Skinner BF. Some contributions of an experimental analysis of behavior to psychology as a whole. *American Psychologist* 1953 ; 8(2) : 69-78.
- [2] Koegel LK, Koegel RL, Harrower JK, Carter CM. Pivotal response intervention I : overview of approach. *The Journal of The Association for Persons with Severe Handicaps* 1999 ; 24(3) : 174-85.
- [3] Gresham FM, MacMillan DL. Early intervention project : can its claims be substantiated and its effects replicated ? *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1998 ; 28(1) : 5-13.
- [4] Doehring P. Programmes d'intervention comportementale auprès des enfants autistes : Quels sont les meilleurs ? *PRISME (psychiatrie recherche et intervention en santé mentale de l'enfant)* 2001 ; 34 : 80-91.
- [5] Harris SL, Handleman JS, Arnold MS, Gordon R. The Douglass Developmental Disabilities Center : two models of service delivery. *Preschool Education Programs for Children with Autism* 2000 ; 2 : 233-60.
- [6] Dawson G, Osterling J. Early intervention in autism : effectiveness and common elements of current approaches. In Guralnick, éd. *The effectiveness of early intervention : second generation research*. Baltimore : Brookes ; 1997, 307-26.
- [7] Salt J, Shemilt J, Sellars V, Boyd S, Coulson T, McCool S. The scottish centre for autism preschool treatment programme : II. The results of a controlled treatment outcome study. *Autism : the International Journal of Research and Practice* 2002 ; 6(1) : 33-46.
- [8] Lovaas OI. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in bung autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987 ; 55(1) : 3-9.

- [9] Rogers SJ. Brief report : early intervention in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1996 ; 26(2) : 243-6.
- [10] Baghdadli A, Picot MC, Michelon C, Bodet J, Pernon E, Burstejn C, et al. What happens to children with PDD when they grow up ? Prospective follow-up of 219 children from preschool age to mid-childhood. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007 ; 115(5) : 403-12.
- [11] Sallows GO, Graupner TD, MacLean Jr WE. Intensive behavioral treatment for children with autism: Four-year outcome and predictors. *American Journal on Mental Retardation* 2005 ; 110(6) : 417-38.
- [12] Smith T, Buch GA, Gamby TE. Parent-directed, intensive early intervention for children with pervasive developmental disorder. *Research in Developmental Disabilities* 2000 ; 21(4) : 297-309.
- [13] Eldevik S, Eikeseth S, Jahr E, Smith T. Effects of low-intensity behavioral treatment for children with autism and mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2006 ; 36(2) : 211-24.
- [14] Sheinkopf SJ, Siegel B. Home-based behavioral treatment of young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1998 ; 28(1) : 15-23.
- [15] Smith T, Eikeseth S, Klevstrand M, Lovaas OI. Intensive behavioral treatment for preschoolers with severe mental retardation and pervasive developmental disorder. *American Journal of Mental Retardation* 1997 ; 102 : 238-49.
- [16] National Research Council. Educating children with autism. Washington, DC : National Academy Press-NRC ; 2001, 220.
- [17] Fuentes-Biggi J, Ferrari-Arroyo MJ, Boada-Muñoz L, et al. Guide de bonnes pratiques dans le traitement des troubles du spectre autistique. *Revista de Neurologia* 2006 ; 43(7) : 425-38.
- [18] Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, secrétariat d'État chargé de la solidarité. Plan autisme 2008-2010 : construire une nouvelle étape de la politique des troubles envahissants du développement et en particulier de l'autisme. 2008 ; 53.
- [19] McFall RM. A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment* 1982 ; 4(1) : 1-33.
- [20] Inserm. Psychothérapie : trois approches évaluées. Coll. Expertise collective. Éditions Lavoisier ; 2004.
- [21] Bouvard M. Pratiques en psychothérapie. Les troubles obsessionnels compulsifs : principes, thérapies, applications. Issy-les-Moulineaux : Masson ; 2006 p. 157, chapitre 7 : thérapie cognitive et comportementale en groupe.
- [22] Favrod J, Barrelet L. Efficacité de l'entraînement aux habiletés sociales avec la personne atteinte de schizophrénie. *J Ther Comport Cogn* 1993 ; 3 : 84-95.
- [23] Wallace CJ. The social skills training project of the mental health clinical research center for the study of schizophrenia. In Curran JP, éd. Social skills training : a practical handbook for assessment and treatment. New York : The Guilford Press ; 1982, 57-89.
- [24] Liberman RP, De Risi WJ, Mueser KT. Entraînement aux habiletés sociales pour les patients psychiatriques. Retz, Paris : Retz ; 2005.
- [25] Paul R. Promoting social communication in high functioning individuals with autistic spectrum disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2003 ; 12(1) : 87.
- [26] Ozonoff S, Rogers SJ, Hendren RL. Autism spectrum disorders : a research review for practitioners. *American Psychiatric Pub* ; 2003.
- [27] Konstantareas M. Social skills training in high functioning autism and Asperger disorders. *Hellenic Journal of Psychology* 2006 ; 3(1) : 39-56.

- [28] Gray CA. Teaching children with autism to « read » social situations. In : Quill KA. ED. Teaching children with autism. New York : Delmar ; 1995, 219-41.
- [29] Moritz S, Woodward TS. Metacognitive training in schizophrenia: From basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion in Psychiatry* 2007 ; 20(6) : 619.
- [30] Ozonoff S, Miller JN. Teaching theory of mind : a new approach to social skills training for individuals with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1995 ; 25(4) : 415-33.
- [31] Mesibov GB. Social skills training with verbal autistic adolescents and adults : a program model. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1984 ; 14(4) : 395-404.
- [32] Williams TI. A social skills group for autistic children. *J Autism Dev Disord* 1989 ; 19(1) : 143-55.
- [33] Marriage KJ, Gordon V, Brand L. A social skills group for boys with Asperger's syndrome. *Australasian Psychiatry* 1995 ; 29(1) : 58-62.
- [34] Howlin P, Yates P. The potential effectiveness of social skills groups for adults with autism. *Autism* 1999 ; 3(3) : 299.
- [35] Solomon M, Goodlin-Jones BL, Anders TF. A social adjustment enhancement intervention for high functioning autism, Asperger's syndrome, and pervasive developmental disorder nos. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2004 ; 34(6) : 649-68.
- [36] Rao PA, Beidel DC, Murray MJ. Social skills interventions for children with Asperger's syndrome or high-functioning autism : a review and recommendations. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2008 ; 38(2) : 353-61.
- [37] Williams White S, Keonig K, Scahill L. Social skills development in children with autism spectrum disorders : a review of the intervention research. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2007 ; 37(10) : 1858-68.
- [38] Barnhill GP, Tapscott Cook K, Tebbenkamp K, Smith Myles B. The effectiveness of social skills intervention targeting nonverbal communication for adolescents with Asperger syndrome and related pervasive developmental delays. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities* 2002 ; 17(2) : 112.
- [39] Nowicki S, Carton E. The relation of nonverbal processing ability of faces and voices and children's feelings of depression and competence. *The Journal of Genetic Psychology* 1997 ; 158(3) : 357-63.
- [40] Bauminger N. The facilitation of social-emotional understanding and social interaction in high-functioning children with autism : intervention outcomes. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2002 ; 32(4) : 283-98.
- [41] Cotugno AJ. Social competence and social skills training and intervention for children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2009 ; 39(9) : 1268-77.

I

Programme d'entraînement des habiletés sociales : modules d'intervention appliquée à l'autisme (MIA)

4 Description du programme

Données générales sur le programme

Un programme est classiquement défini comme un « ensemble cohérent, structuré et organisé d'objectifs, d'activités et de ressources humaines, matérielles (...) regroupés pour offrir des services particuliers en vue de satisfaire des besoins particuliers d'une population déterminée »¹. En ciblant une population d'enfants et adolescents avec TED-SRM, en regroupant un ensemble de ressources, en ayant recours à un grand nombre de supports, à des objectifs précis, l'entraînement aux habiletés sociales que nous proposons s'inscrit dans une dynamique structurée, cohérente pouvant être transcrite sous forme de « programme ».

Le programme MIA est mis au point comme un programme d'entraînement aux habiletés sociales s'adressant aux enfants et adolescents avec TED-SRM. Il s'agit d'un programme thérapeutique destiné à un groupe de sept enfants ou adolescents au maximum. Le programme propose un apprentissage graduel sur plusieurs séances des habiletés nécessaires aux interactions sociales. Les objectifs sont hiérarchisés allant de l'enseignement des comportements sociaux les plus simples aux comportements sociaux les plus complexes. Dans les premiers temps de l'élaboration de notre programme, nous nous sommes inspirés de celui utilisé par Solomon [1] aux États-Unis, fondé sur 20 séances et organisé en deux modules. Le module 1 propose un travail sur les émotions de base, visant à favoriser la compréhension des processus internes de communication sur ses versants expressifs et réceptifs. Les objectifs du module 2 intègrent des processus plus externalisés, liés à la communication avec autrui et à la résolution de problèmes sociaux.

Notre expérience clinique nous a conduits à modéliser notre propre programme en référence aux approches éducative, comportementale et cognitive. Ainsi de façon schématique, les deux modules s'appuient sur la psycho-éducation (forte structuration du cadre, utilisation de supports visuels, aménagements spatial et temporel...). Le premier module utilise davantage la thérapie comportementale, alors que le second module développe plus l'approche cognitive et la thérapie de résolution de problèmes. Dans les deux modules, notre souci est la généralisation des acquis aux situations de la vie courante et, pour cette raison, les participants ont à effectuer des tâches à domicile (avec ou sans l'aide de leurs parents) et, dans l'évolution récente de notre programme, il leur est proposé des expositions *in vivo* guidées par les animateurs. Ces expositions peuvent être faites par les éducateurs ou

1 www.preventionscolaire.ca

autres thérapeutes les prenant en charge dans le contexte d'un hôpital de jour ou d'un SESSAD. L'important est qu'une collaboration étroite existe entre tous les acteurs de cet accompagnement, sous forme de réunions, d'échanges téléphoniques, de mails ou encore de cahier de liaison.

Données sur les effets du programme

En France, les programmes de TCC sont rarement utilisés afin d'améliorer le fonctionnement social de patients avec TED. Habituellement dans les hôpitaux de jour, par exemple, ce sont des activités éducatives ou occupationnelles qui servent de supports à cet objectif. Dans un contexte où les TCC sont de plus en plus mises en avant pour la prise en charge des enfants et adolescents avec TED, nous avons mis au point à titre expérimental ce type d'approche dans notre pratique professionnelle. Les familles ont alors exprimé une grande satisfaction et ont demandé que leur enfant continue à bénéficier de ce type d'approche. Cependant si nous poursuivions notre programme, il nous semblait essentiel d'évaluer avec précision son impact, en le comparant à celui d'une approche occupationnelle structurée utilisée antérieurement par les membres de notre équipe. Nous avons donc mené une recherche sur le modèle d'un essai clinique (étude contrôlée, randomisée en simple aveugle). Au-delà des résultats apportant des preuves de l'intérêt de notre programme [2], nous avons été encouragées par le degré élevé de satisfaction des enfants et adolescents qui ont participé au programme et de leurs parents. Ceci constitue à nos yeux une validation sociale de notre programme et un argument supplémentaire pour en confirmer l'intérêt. Le programme décrit dans cet ouvrage a donc été construit avec le souci de fournir aux intervenants un guide pratique mais également un programme à l'effet validé scientifiquement [2].

L'étude que nous avons mise au point compare, comme nous l'avons déjà évoqué, deux approches thérapeutiques : l'une basée sur la TCC et effectuée en groupe (condition expérimentale) et l'autre, structurée mais occupationnelle et également effectuée en groupe (condition contrôle). Des enfants et adolescents avec un diagnostic d'autisme sans retard mental ou un syndrome d'Asperger appariés sur l'âge ont été répartis dans l'un ou l'autre des groupes thérapeutiques et cela de façon aléatoire. Ils ont ensuite été évalués avant puis après leur traitement durant 20 semaines par l'une ou l'autre des approches. Leur évaluation portait sur les domaines de l'identification des mimiques émotionnelles (en utilisant le DANVA 2) et de la qualité de vie. Nos résultats [2] ont montré, en accord avec nos prédictions et avec les résultats d'études antérieures [1], que seul le groupe bénéficiant de la TCC connaissait une évolution favorable après traitement de l'aptitude à identifier les mimiques de faible intensité liées à la colère sur des visages d'adultes. Nous avons noté également, ce critère n'étant pas pris en compte par les études antérieures, une évolution favorable de la qualité de vie des enfants dans leur environnement scolaire habituel. Les limites de notre étude sont discutées dans notre article *princeps* [2]. Si elles ne permettent pas

de conclusion définitive, elles nous ont toutefois encouragées à poursuivre le développement de ce type d'approche dans notre pratique auprès d'enfants, d'adolescents et bientôt d'adultes avec des TED.

Positionnement comme programme comportemental et cognitif

Le programme MIA utilise les principes habituels des programmes comportementaux d'entraînement aux habiletés sociales. Ainsi, nous avons eu recours à/au :

- des instructions avec des consignes verbales qui indiquent comment répondre dans une situation donnée ;
- l'imitation (appelée encore *modeling*) d'un comportement cible réalisé par un ou plusieurs sujets modèles et parfois avec le recours de la vidéo ;
- la répétition ou l'exercice pour consolider ce nouveau comportement ;
- *feedback* sur la performance d'un participant de la part de l'animateur ;
- renforcement (sous forme de jetons, d'un diplôme, etc.).

Notre programme comporte également une part d'entraînement métacognitif, grâce auquel les participants sont familiarisés à des stratégies de résolution de problèmes interpersonnels. Il s'agit de leur apprendre à identifier le problème posé par une situation sociale donnée, de faire appel à différentes stratégies qui leur ont été enseignées pour la résoudre, de choisir l'une d'entre elle et d'explicitier ce choix par rapport au contexte. Les participants sont invités progressivement à corriger leurs comportements de persévération en proposant plusieurs stratégies alternatives et à justifier chacune d'elles (c'est-à-dire à rendre leur comportement social plus flexible).

Un programme modulaire et en groupe

Le programme MIA est développé dans le cadre de groupes thérapeutiques destinés à des enfants et adolescents avec autisme infantile ou autres TED sans retard mental et, notamment, syndrome d'Asperger. Il utilise une approche ludique (importante pour des enfants) et concrète (indispensable dans les TED) et s'appuie sur une approche TCC, sur les principes de l'entraînement aux habiletés métacognitives et ceux de la psycho-éducation. Son objectif général est de favoriser le développement des habiletés sociales. L'apprentissage y est graduel, ce qui est facilité par l'organisation du programme en deux modules. En pratique, chaque groupe comporte cinq à sept participants maximums encadrés par deux animateurs. Au total, 21 sessions hebdomadaires sont proposées à un rythme fonction de la scolarité (séances le mercredi après-midi et arrêt des séances pendant les vacances scolaires). Globalement, chaque module se déroule sur une année scolaire. Avant le démarrage du programme, les enfants sont reçus individuellement ainsi que leurs parents pour une information sur les modalités et les principes du programme et pour le recueil de leur consentement. Pendant toute la durée du programme, des réunions bimestrielles (en groupe) ont lieu avec

les parents, afin de les informer des progrès de leurs enfants et de l'évolution du programme. Des rendez-vous individuels peuvent également être donnés aux parents à la demande et un cahier de liaison sert à la communication hebdomadaire entre famille et animateurs. Les parents s'engagent à assister leurs enfants dans leurs tâches à effectuer à domicile plusieurs fois par semaine. Ils sont également invités à lire des ouvrages conseillés par notre équipe, sur le sujet de l'autisme et des problématiques qui lui sont reliées.

Adaptations des techniques comportementales et cognitives

Certaines stratégies issues de la TCC ont été applicables sans trop de difficultés et elles ont d'ailleurs déjà été largement développées dans les approches « béhavioristes » transposées à l'autisme, telles que la méthode ABA (*applied behaviour analysis*). C'est le cas des procédures d'apprentissage par renforcement (qui est qualifié de positif quand la conséquence d'un comportement est l'augmentation de sa fréquence et négatif quand l'arrêt d'un stimulus aversif augmente la force de ce comportement).

D'autres stratégies, telles que les épreuves de réalité (qui correspondent à des tâches assignées destinées à la remise en question des biais cognitifs par la confrontation des personnes à des situations comportementales programmées au cours de séances), ont nécessité quelques adaptations. Ainsi, des situations concrètes peuvent être proposées avec un abord ludique en utilisant des jeux de faire semblant (par exemple avec des Playmobils®).

Le recours à la technique d'exposition en imagination est plus problématique (en tout cas, d'emblée), du fait des troubles métacognitifs importants dans l'autisme y compris sans retard [3-6]. Cette technique, fondamentale dans la pratique des TCC, implique que le sujet affronte son anxiété afin d'apprendre à constater qu'elle va diminuer dans la situation anxiogène, et à ne plus l'éviter ce qui ne fait habituellement que l'exagérer. La personne « exposée » doit également évaluer son ressenti, son niveau d'anxiété. Cette démarche cognitive est compliquée pour une personne avec autisme, en raison de sa difficulté à construire des scénarios imaginaires même dirigés par un intervenant et de ses difficultés à dénommer, identifier et reconnaître ses propres émotions.

Exemple

X est un jeune garçon âgé de 10 ans qui a un très bon niveau de fonctionnement intellectuel et verbal et mène une scolarité ordinaire. En début de programme, X associait l'émotion de « tristesse » à certaines sensations éprouvées lors d'efforts physiques. Ainsi, alors qu'il lui était demandé de décrire une situation où il avait ressenti de la tristesse, X s'est mis à

..
 .. décrire l'accélération de sa respiration, un essoufflement et des douleurs
 .. dans les jambes, tels qu'il les avait ressentis durant une randonnée. L'or-
 .. thophoniste de X, intervenant en ambulatoire, rapporte également que le
 .. jeune garçon pensait que les larmes sur ses joues lorsqu'il pleurait étaient
 .. dues à de la transpiration. Après un atelier sur le thème de la « tristesse »,
 .. X s'est exclamé : « Alors la nuit quand je me réveille avec des larmes sur
 .. les joues, c'est parce que je pleure ! » X avait jusque-là toujours rapporté
 .. ses réveils nocturnes en pleurs aux conséquences de la chaleur. Cette
 .. anecdote saisissante montre à quel point certains enfants, par ailleurs
 .. très compétents, peuvent être en difficulté pour reconnaître des proces-
 .. sus internes de base, reliés notamment au traitement émotionnel, et à y
 .. associer le bon lexème (ces aptitudes étant normalement présentes chez
 .. le très jeune enfant). La présence de ces « scotomes développementaux »
 .. n'empêche pourtant pas l'acquisition d'un certain nombre d'habiletés
 .. sociales (respect des règles de politesse, par exemple) traduisant une
 .. hétérochronie importante.

Enfin, la généralisation des compétences apprises aux situations de la vie courante ne peut s'effectuer sans un soutien très important. En effet, les enfants avec autisme ont une pensée peu flexible et il leur est souvent difficile d'imaginer différents cas de figures pour une même situation.

Indication du programme

La question est motivée par l'existence de périodes sensibles au cours des trajectoires de vie des personnes atteintes de TED et au cours desquelles il pourrait être plus pertinent de leur proposer ce type de programme. Des contraintes pratiques (âge plus tardif des diagnostics d'autisme sans retard mental, spécificité de la file active de notre service) mais également théoriques déterminées par les objectifs spécifiques de notre programme (enseignement de compétences cognitives qui ne sont pas habituellement présentes avant un certain âge, telle que la théorie de l'esprit de deuxième ordre...) ont contribué à cibler la tranche d'âge des enfants de plus de 8 ans comme susceptible de participer au programme. La limite supérieure de la classe d'âge des participants au programme a été établie autour de 13 ans. En effet, au-delà de cet âge, notre programme aurait dû traiter également des thématiques spécifiques à l'adolescence comme la gestion des sentiments amoureux ou d'une rencontre amoureuse, les modifications et manifestations physiologiques du corps, etc. Ces aspects sont importants à aborder y compris chez les jeunes avec des TED et nous envisageons la mise au point d'un module spécifique destiné à des adolescents plus âgés et de jeunes adultes.

La constatation clinique des troubles des habiletés sociales chez des enfants ou des adolescents avec autisme en même temps que leurs plaintes (ou celle de leurs familles), sur les conséquences négatives de ces

difficultés sur leur vie quotidienne et leur qualité de vie, sont à la base de l'indication du programme. Toutefois, l'homogénéité du groupe thérapeutique est importante pour en favoriser la dynamique. Ainsi, est-il recommandé que les participants aient un diagnostic établi de troubles du spectre autistique sans retard mental (diagnostic de syndrome d'Asperger, d'autisme infantile, de TED-Nos, en CIM 10 [7]). Ce diagnostic doit leur avoir été annoncé ainsi qu'à leur famille (nous avons été confrontées à des situations où le diagnostic était connu par les seuls parents ou d'autres cas, où la famille entière n'avait pas eu de diagnostic précis). L'efficiences verbale des participants doit aussi se situer dans la zone normale aux tests psychométriques classiques (QIV supérieure à 70). Ces critères reliés au fonctionnement intellectuel des enfants ont été définis pour permettre aux enfants de partager leurs centres d'intérêt et d'être à l'aise dans un programme dans lequel ils vont être beaucoup sollicités verbalement.

En raison de la grande disparité dans les intérêts des enfants scolarisés en primaire et au collège, nos groupes sont constitués plus en fonction du niveau scolaire (meilleur témoin des capacités adaptatives, de la culture générale et de l'expérience sociale des enfants selon nous) que de l'âge chronologique. Par ailleurs, nous évitons de proposer le groupe à des enfants domiciliés loin de notre centre (à plus d'une heure trente de transport aller-retour), même si leur famille est « motivée », les temps de trajet pouvant générer des effets secondaires (fatigue de l'enfant et de sa famille, problèmes d'organisation et financiers, etc.).

Enfin, notre programme a le souci de s'inscrire dans une approche globale. Il est proposé en complément des autres interventions déjà mises en place, ce qui nécessite de s'inscrire dans un réseau de collaboration. S'il s'avère qu'aucun réseau de soins n'est constitué autour de l'enfant ou de l'adolescent (diagnostic récent, déménagement) ou que celui-ci est fragilisé (mésentente entre les intervenants habituels et les familles), il nous paraît important de le consolider dans un premier temps avant de proposer le programme MIA. Par la suite, tous les moyens pour une coopération harmonieuse entre les acteurs (professionnels et familiaux) de l'accompagnement des enfants devront être tentés.

Durée du programme et des séances

Comme beaucoup de programmes inspirés de la TCC, notre programme repose sur deux modules d'une dizaine de séances hebdomadaires chacun. Les séances ont lieu le mercredi afin de tenir compte des contraintes scolaires des enfants. Les séances sont également interrompues pendant les vacances scolaires (pour ne pas interférer avec le rythme de vie familiale) et dans cette mesure chaque module dure environ un semestre.

Par ailleurs, chaque séance dure environ une heure et quart chacune. Pour renforcer la prévisibilité des séances et favoriser l'adaptation des

participants, la thématique abordée est annoncée au début de chaque séance.

Remarque

Il est à noter qu'initialement les séances duraient une heure trente incluant une petite pause (pour boire un verre de sirop, aller aux toilettes) assurant la transition entre les enseignements théorique et pratique, mais nous avons observé que ce temps envisagé comme un moment de convivialité n'apportait pas les bénéfices escomptés. Certains enfants ayant une sélectivité alimentaire se trouvaient désespérés face aux autres. D'autres avec une hypersensibilité auditive étaient gênés par le ton animé des conversations et se retiraient du groupe. Enfin, la convivialité entre enfants devait être soutenue par les animateurs, comme dans le cas d'un enseignement théorique et pratique. Finalement, une durée d'une heure et quart est apparue suffisante, le rythme étant soutenu, les participants fatigables et les temps de pause n'apportant pas d'éléments pertinents.

Nombre de participants

Un trop grand nombre de participants pose le problème d'un groupe difficile à contenir, du fait de troubles hyperactifs ou attentionnels fréquents chez les enfants et adolescents avec TED-SRM. Un trop faible effectif limite la pertinence d'une thérapie de groupe. Un effectif de cinq personnes nous paraît suffisant pour favoriser les échanges et en même temps permettre la régulation, dans de bonnes conditions, des problèmes de comportements ou d'attention.

Le groupe est fermé, c'est-à-dire qu'une fois que les sessions commencent, aucun nouveau participant n'est admis. Les raisons sont que chaque participant puisse suivre de la même façon le déroulement du programme et en atteindre progressivement les objectifs mais aussi d'éviter le caractère potentiellement anxiogène de l'arrivée de nouveaux participants. De la même façon, l'arrêt de la participation d'un enfant est à éviter au maximum, y compris en cas de problèmes de comportements majeurs pour lesquels une analyse fonctionnelle spécifique peut s'avérer nécessaire ainsi qu'un plan de traitement individuel complémentaire aux séances.

Il est donc important de préciser aux familles avant le démarrage des sessions qu'une absence doit être suffisamment anticipée pour permettre aux animateurs d'en informer les autres participants du groupe et d'en expliquer les raisons éventuelles (sans donner trop de détails et dans le respect du secret professionnel). En effet, nous avons souvent constaté que toute

modification du déroulement habituel des séances pouvait être anxiogène et générer des troubles du comportement.

Exemples

Z est un enfant particulièrement agité et opposant lors des séances. Son comportement perturbe grandement la stabilité du groupe. En effet, certains enfants sont gênés par le bruit qu'il fait, d'autres en ont peur, d'autres enfin, s'agitent de plus en plus. À la fin d'une séance, Z a confié aux animateurs son souhait de faire la collection de cartes Pokémon® promises par ses parents. Il exprime sa peur qu'en son absence sa mère achète des Pokémon® à son jeune frère. La mise en place d'un système d'économie de jetons, pour l'achat de Pokémon®, par sa maman a permis à Z de mieux gérer ses conduites d'opposition. Les « récompenses » ont été espacées peu à peu, pour être supprimées au terme du premier module. Il n'a pas été nécessaire de les restaurer pour le second module.

O est un jeune adolescent, qui plutôt calme durant les premières séances, s'est brusquement mis à s'opposer, pleurer, ne plus respecter les distances physiques, à tenir des propos décousus formulés à haute voix. L'arrêt de sa participation au groupe a été envisagé. Mais ces comportements sont apparus simultanément dans son établissement scolaire et à son domicile. Face à sa détresse et à la demande de la famille, le soutien psychologique en individuel a été renforcé et des contacts ont été effectués avec l'établissement scolaire. Les comportements problèmes se sont peu à peu atténués dans tous les lieux de vie de l'enfant et sont devenus de moins en moins envahissants pour le groupe.

Rôle des animateurs

Le rôle et les fonctions des animateurs sont strictement définis. L'enseignement théorique et les exercices pratiques sont guidés par un animateur principal. Un co-animateur est chargé d'aider les enfants à contrôler leurs postures, à respecter le cadre du groupe ou encore à réguler leurs comportements (exemple : agitation, *flappings* gênants pour l'enfant placé à proximité).

Aménagement des locaux et emplacements des participants et des animateurs

Les places des participants changent peu tout au long du programme, ceci afin de favoriser la prédictibilité du cadre proposé et d'éviter de renforcer d'éventuels troubles du comportement, l'inattention ou l'anxiété des enfants. L'animateur principal se place donc habituellement face au groupe, à proximité des supports qu'il aura à utiliser pour l'enseignement (*paperboard*, téléviseur...), afin que les participants n'aient pas à explorer un champ visuel trop important et de maintenir leur attention. Le co-animateur est placé en retrait et doit être mobile afin d'aider les participants à focaliser

leur attention sur les leçons (maintien des distances entre eux, accompagnement des postures, etc.). Chaque enfant a également une place précise dont le marquage est personnalisé par des moyens variables (cercle tracé à la craie, cerceau pour les plus jeunes, morceau de scotch avec le prénom, etc.). Le groupe est installé en demi-cercle autour de l'animateur, en tailleur sur des tapis de sol ou autour d'une table s'il est nécessaire de faire des manipulations.

Références

- [1] Solomon M, Goodlin-Jones BL, Anders TF. A social adjustment enhancement intervention for high functioning autism, Asperger's syndrome, and pervasive developmental disorder nos. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2004 ; 34(6) : 649-68.
- [2] Baghdadli A, Brisot-Dubois J, Picot MC, Michelon C. Comparaison de l'effet de deux interventions prosociales sur l'évolution des capacités d'identification des expressions faciales et du raisonnement social d'enfants avec un syndrome d'Asperger ou autisme de haut niveau. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2010 ; 58(8) : 456-62.
- [3] Frith U. Cognitive explanations of autism. *Acta Paediatrica* 1996 ; 85 : 63-8.
- [4] Frith U. Is autism a disconnection disorder?. *Lancet Neurology* 2004 ; 3(10) : 577.
- [5] Baron-Cohen S, O'Riordan M, Stone V, Jones R, Plaisted K. Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1999 ; 29(5) : 407-18.
- [6] Motttron L. L'autisme : une autre intelligence. Mardaga : Sprimont ; 2004.
- [7] MS. CIM 10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 1992.

Mise en place et déroulement du programme

Structuration générale

Le programme comporte deux modules d'une dizaine de séances chacun (dix pour le module 1 et onze plus des séances utiles à une action festive collective pour le module 2). Le programme est très structuré afin d'apporter des régularités nécessaires au fonctionnement des enfants avec autisme. Ainsi, le cadre dans lequel les enfants sont accueillis change peu (salle, horaire, intervenants) ce qui favorise leur adaptation. Les séances d'une heure et quart chacune sont organisées sur la base d'un enchaînement d'étapes bien déterminées :

- accueil incluant le pointage et le bilan de la séance précédente et des exercices faits à domicile durant 15 minutes ;
- enseignement théorique et exercices comportementaux ou cognitifs durant 45 minutes ;
- conclusion par l'animateur principal qui fait le résumé de la séance, *feedback* des enfants qui donnent leur avis sur la séance, puis attribution des tâches à effectuer d'ici la prochaine séance durant 15 minutes.

Information des familles et des participants

Les participants sont reçus individuellement avec leurs parents lors d'une première consultation. Le but est tout d'abord de connaître leurs attentes vis-à-vis du programme et d'en expliquer la nature, les objectifs généraux et le déroulement. Ces familles ont parfois des niveaux très inégaux de connaissance sur l'autisme et ses traitements. Dans certains cas, les enfants ou adolescents ne connaissent pas le nom de leur syndrome et c'est pour eux la première occasion de nommer leurs troubles, mettant parfois fin à un tabou familial ou social. Cette première consultation permet donc de donner des informations sur l'autisme et sur les moyens servant à aider les personnes qui en sont atteintes. Elle permet également de tester la motivation des participants et de leurs parents qui devront finalement tous être assidus et avoir un rôle actif dans la thérapie. Par ailleurs, cette consultation, suivie éventuellement d'un autre entretien, permet la clarification, la description et l'inventaire des comportements sociaux problématiques perçus par la famille comme les plus gênants. Ces comportements problèmes sont alors considérés comme la cible du traitement, celui-ci devant nécessairement répondre aux priorités de la famille. Il est demandé par la suite aux familles d'aider leur enfant à évaluer ces comportements problèmes (cf. définition des objectifs du programme).

Enfin, il est important de noter que les participants au groupe d'entraînement sont sollicités pour donner leur accord pour participer au programme après avoir reçu une information adaptée sur son déroulement et ses buts.

Évaluation des participants avant le démarrage du programme

Une évaluation clinique est effectuée pour chaque enfant (en situation individuelle) avant le début du programme dans l'objectif de mieux cibler les objectifs fonctionnels de la thérapie. Dans une approche fonctionnelle, nous utilisons l'échelle de Vineland qui permet de mesurer les capacités adaptatives des participants dans plusieurs dimensions essentielles aux habiletés sociales (communication, socialisation, autonomie) et la *KIDSCREEN* qui est une échelle mesurant différentes dimensions de la qualité de vie (en milieu scolaire, familial, etc.). Par ailleurs, des tests cognitifs, ciblant les dimensions entraînées par le programme, sont effectués. Ces tests examinent les fonctions cognitives dont le déficit a des répercussions fonctionnelles négatives dans l'autisme. Il s'agit en particulier des capacités de perception des mimiques faciales (mesurées par le DANVA), ainsi que les capacités de résolution de problèmes sociaux (mesurées par le TOPS). Ces bilans sont renouvelés à la fin du programme pour évaluer les effets du programme, puis 3 mois après pour en apprécier le maintien. Ces évaluations sont utilisables comme moyens d'auto-observation.

Définition des objectifs avant le démarrage du programme

Classiquement, l'analyse fonctionnelle est utilisée comme étape préliminaire fondamentale de toute TCC. Il s'agit d'une méthode d'analyse des interactions émotionnelles, cognitives et comportementales d'une personne et des conséquences de son comportement pour lui-même et pour son entourage. L'analyse s'exerce sur deux axes, diachronique (afin de repérer, par une anamnèse et en amont du comportement à traiter, les antécédents de la personne) et synchronique (afin de différencier cognitions, émotions et comportements problèmes).

Dans le cas des enfants et adolescents que nous avons suivis, cette analyse se heurte à de nombreux obstacles, tout d'abord en raison de leurs difficultés de description de leurs émotions, cognitions et comportements qui ne sont pas toujours perçus par eux comme problématiques, alors que c'est le cas pour leur entourage. Ainsi, des comportements moteurs particulièrement gênants (comme des maniérismes ou des stéréotypes envahissants) sont rarement associés par les enfants avec TED à des cognitions ou des émotions particulières, alors que cette association est faite par leur environnement familial (par exemple, en reliant les battements de mains à une excitation anxieuse ou au contraire joyeuse). De la même façon, ils sont en difficulté pour identifier les variables contextuelles situées dans l'environnement physique et social dans lequel survient leur comportement problème.

L'inventaire des conséquences du comportement problème (évitement/échappement d'une situation anxiogène) se heurte aux mêmes difficultés et des questions ouvertes ou fermées, qui permettent habituellement de guider les patients dans cet inventaire, peuvent s'avérer fortement anxiogènes et rompre l'alliance thérapeutique.

Malgré tout, dans notre expérience, une analyse fonctionnelle est possible mais à la condition de prendre suffisamment de temps pour établir un rapport collaboratif avec l'enfant ou l'adolescent et d'accepter de recueillir les informations utiles à l'analyse. Enfin, la présence des parents et la collaboration étroite avec eux sont essentielles ne serait-ce qu'au début des séances destinées à l'analyse fonctionnelle.

Accueil, bilan de la séance précédente et des exercices faits à domicile

À leur arrivée, les participants sont invités à récupérer leur fiche de présence auprès de l'animateur principal et à l'accrocher sur un tableau de marquage des présences avant de s'installer à leur place habituelle. Une fois que tout le groupe est installé, les animateurs saluent les participants (leur servant ainsi de modèle) qui sont invités à leur tour à se saluer par un simple bonjour.

Les règles de fonctionnement du groupe sont affichées et régulièrement rappelées (il nous est arrivé à de rares reprises de déroger à ce rituel, mais les participants ont alors clairement exprimé leur mécontentement ou leur gêne tout au long de la séance). D'autres informations visuelles peuvent être affichées pour étayer l'enseignement d'une thématique lors d'une séance, mais il faut à la fois veiller à ce que cet affichage soit signifiant (c'est-à-dire qu'il ait fait l'objet d'explications suffisantes) et éviter une surcharge d'informations (par exemple, en ôtant les affiches des séances précédentes qui ne sont pas utilisées lors de la séance en cours).

L'animateur principal placé face au groupe fait la revue des tâches effectuées durant la semaine et des remarques faites par écrit (par l'enfant ou par la famille). L'animateur lit seul ces remarques ou en fait une lecture à voix haute pour tout le groupe après en avoir demandé l'autorisation à chaque enfant concerné. Dans les cas où un enfant n'a pas fait ses exercices à domicile, l'animateur lui demande s'il souhaite en expliquer les raisons, la réponse est très souvent positive et nous avons remarqué qu'au fil du temps les participants les plus réticents à faire leurs tâches à domicile durant la semaine, devenaient assidus par la suite.

Enseignement théorique et exercices comportementaux ou cognitifs

L'enseignement théorique recouvre la présentation du thème de la séance et des informations sur le comportement cible avec l'appui de différents supports concrets. Cet enseignement directif est assuré par l'animateur qui précise les notions de vocabulaire, vérifie par des questions que les enfants ont

compris les concepts enseignés et les illustre à l'aide d'exemples, de schémas (sur *paperboard*, vidéoprojecteur, vidéo...) et de démonstrations mimées.

Les exercices à faire par les enfants succèdent à ce premier temps. Il peut s'agir, selon les objectifs de chaque séance, de jeu de rôle, de modelage (imitation d'un modèle avec participation graduée), de vidéothérapie, de construction de scénarios sociaux, etc. Les animateurs utilisent le renforcement immédiat (félicitations, bons points, applaudissements) pour encourager régulièrement les enfants dans leur progression.

Résumé de séance, feedback et attribution des tâches à effectuer

La fin de la séance est assez ritualisée. Les animateurs font un résumé de séance. Ils demandent également aux enfants d'évaluer la séance. Ils les félicitent aussi pour leur attention et les invitent à s'applaudir mutuellement. Un exercice à faire à domicile (seul ou avec l'aide d'un membre de leur famille) d'ici la séance suivante leur est exposé par les animateurs qui peuvent leur remettre des documents écrits relatifs. Il est rappelé aux enfants de noter sur leur agenda (ou journal de bord) la fréquence des exercices assignés et d'éventuelles remarques (auxquelles pourront s'associer leurs parents) sur les difficultés rencontrées lors de leur réalisation. Les enfants décrochent alors leurs fiches de présence avant de quitter la pièce. Ils sont salués par les animateurs qui leur servent ainsi de modèles et saluent à leur tour leurs camarades et les animateurs au moment de partir.

Proposition de supports psycho-éducationnels

Plusieurs types de supports peuvent être utilisés. Ils doivent tenir compte des particularités propres à chaque enfant. Lorsqu'une thématique est abordée, nous proposons de renforcer le message en sollicitant différents canaux sensoriels. Il faut veiller cependant à ne pas trop multiplier les sources de sollicitations, ce qui pourrait générer une gêne, voire une « souffrance » pour certains participants. Chaque thématique abordée durant une séance doit par conséquent être présentée selon diverses modalités sensorielles (auditives, visuelles, kinesthésiques...).

Les supports visuels (papier, support vidéoscopé, matériel éducatif et ludique) ont beaucoup d'avantages pour les participants avec TED. L'intérêt de ces supports pour favoriser les apprentissages des personnes avec TED est reconnu depuis longtemps [1]. Ces supports ont l'avantage une fois créés d'être immuables et prédictibles et de laisser une sorte d'empreinte complémentaire de la consigne orale. Leur utilisation est également favorisée par les bonnes capacités de rétention mémorielle au plan visuel chez les enfants avec TED.

Plusieurs documents sont donc affichés au mur dès la première séance, afin qu'animateurs et participants puissent s'y référer aisément : emploi du temps, tableau de marquage des présences et règles du groupe. Au fur et à

mesure de l'avancée des séances et de la complexification des thématiques, d'autres documents seront ajoutés à ces trois documents de base, ils seront présentés au fur et à mesure du descriptif des séances.

Emploi du temps des séances

Cet emploi du temps doit rester simple et il doit être élaboré dans le souci de lisibilité et de prédictibilité des événements.

Marquage des présences

Une grande fiche cartonnée est placée au mur pour le marquage des présences. Au tableau, figure également la date du jour. Les enfants sont invités dès la première séance à proposer un autoportrait, un dessin ou un symbole de leur choix, signé de leur prénom (une photo n'est pas nécessaire, les enfants préférant souvent les dessins). Un scratch est placé sous chaque dessin (dimension 10 cm × 10 cm). Le scratch correspondant est prépositionné par les animateurs sur le tableau, les enfants marquant leur présence toujours au même emplacement. Ce temps de marquage est ritualisé et a pour but que les participants indiquent aux autres leur présence et prennent conscience de celle des autres. L'indication du prénom sur la fiche de présence s'est avérée indispensable, car les enfants ont souvent été en difficulté pour se souvenir d'une semaine à l'autre de leurs prénoms respectifs.

Affichage des règles de fonctionnement du groupe

Les règles de fonctionnement du groupe sont établies par les animateurs en référence à l'approche éducative classique, sur la base de règles simples et claires, énoncées régulièrement en début de séances et rappelées par les affiches au mur (format A3, plastifiées). Cette stratégie a permis aux enfants d'accéder à un meilleur contrôle d'eux-mêmes en développant une sorte de monologue interne sur leurs propres attitudes.

Selon les conseils de Carol Gray [2], les termes « jamais » et « toujours » ne sont pas employés, en raison des risques inhérents à la compréhension littérale des messages par les enfants avec TED. Par exemple : la règle « ne pas crier » est applicable en situation de groupe, mais en cas de danger ou de menace, il peut être au contraire nécessaire de « crier » pour appeler à l'aide. *« Je souhaite établir une série de règles et lignes de conduite, comparables à celles du code de la route. (...) Les autistes doivent comprendre scientifiquement ce que les non-autistes comprennent déjà instinctivement. »* [3]

Il est à noter que les pictogrammes et les codes de couleur associés aux règles ont été établis à partir d'une signalétique classique reconnue habituellement par les enfants et adolescents (en Europe).

Le règlement interne au groupe fait référence aux situations auxquelles nous avons été confrontés avec les enfants. Nous l'avons organisé en trois rubriques :

- *ce que l'on peut faire* (pour indiquer par exemple aux enfants qu'ils peuvent poser des questions) ;

- *ce que l'on doit faire* (pour rappeler des règles éducationnelles classiques comme attendre son tour, lever la main pour demander la parole) ;
- *ce qu'on ne doit pas faire* (pour demander aux enfants de réguler des comportements problèmes habituels dans les TED, comme des stéréotypes envahissants ou l'émission de bruits inappropriés avec la bouche).

Ces règles ne sont ni exhaustives ni rigides et doivent être adaptées à la dynamique de chaque groupe thérapeutique.

Exemples

Nous donnons ici quelques illustrations des raisons du choix des règles : une règle « *on ne doit pas faire des bruits bizarres* » a été posée dès la fin de la première séance en raison de la tendance de plusieurs participants au bruxisme, cris stridents, claquements des mains. Une règle « *on ne doit pas effacer le tableau* » a été ajoutée au démarrage du module 2, l'un des participants se précipitant systématiquement pour effacer ce qui était écrit sur le *paperboard* pour le plaisir de regarder sur ses doigts les traces de feutre. Les règles « *il ne faut pas se moquer, se battre, se disputer, embêter son voisin, lui prendre ses affaires* » ont été mentionnées car ces comportements problèmes apparaissaient régulièrement lors des jeux de rôle.

« Thermomètre émotionnel »

L'exploration des émotions se fait régulièrement ainsi que le repérage des situations provoquant des émotions fortes. Cette stratégie permet aux enfants de prendre conscience progressivement de leurs pensées dysfonctionnelles. Dans la mesure où les enfants avec TED-SRM ont des difficultés dans la détection et l'identification de leurs émotions propres, nous leur proposons d'utiliser des supports visuels afin d'évaluer leurs émotions sous la forme d'un thermomètre émotionnel. Celui que nous utilisons est inspiré de l'échelle visuelle analogique de la douleur [4], validée actuellement pour une utilisation auprès d'enfants à partir de 6 ans. Il s'agit donc d'une réglette plastifiée graduée mesurant 100 mm de long, dotée d'un curseur pouvant être positionné le long d'une ligne (non graduée) allant de l'absence d'émotion repérée à une émotion maximale. Au verso de la réglette en revanche, la ligne est graduée selon cinq niveaux (pas du tout, un peu, moyennement, beaucoup, maximum) afin que le chiffre puisse être lu et interprété seulement par l'animateur. Cette échelle peut être présentée verticalement ou horizontalement. Un code de couleur est associé aux variations émotionnelles, la coloration variant également de façon progressive depuis le jaune pâle jusqu'au rouge foncé (score maximum).

Pour chaque émotion en séance, les manifestations physiologiques ou comportementales habituellement associées sont décrites et discutées (exemple : l'enfant ou l'adolescent peut associer une émotion à une

modification du rythme cardiaque, de la fréquence respiratoire, un mouvement du corps, etc.).

Utilisation de la vidéo

Les dispositifs d'enregistrement sont précieux dans les approches TCC. Il est possible de séquentialiser les prises de vue, de passer au crible l'expression faciale d'un individu, de revenir en arrière, de s'arrêter sur une image ou de la voir au ralenti afin de mieux étudier, par exemple, l'enchaînement et la mobilisation de tous les traits du visage lors d'une expression émotionnelle. Un travail très interactif, ou *a contrario* plus directif, peut être proposé.

Dans la mesure où nous n'avions pas à notre disposition de scénarios sociaux en français, nous avons constitué, grâce à la collaboration d'une troupe d'acteurs amateurs, une banque de données vidéo. Celle-ci comporte :

- des prises de vue avec des cadrages en gros plan des visages des acteurs exprimant (de façon plus ou moins forte) différentes émotions et produisant une phrase simple avec une prosodie adaptée à l'émotion jouée ;
- des scénarios sociaux faisant intervenir au moins deux acteurs dans des situations prédéfinies correspondant aux thèmes abordés par notre programme (rencontre, situation de demande d'aide, conversation, etc.).

Propositions de matériel éducatif

Le matériel éducatif prend une place importante dans les séances et permet de proposer un cadre pédagogique, ludique et interactif. Nous donnons quelques exemples du matériel que nous avons utilisé. Celui-ci, bien que souvent conçu à l'origine en anglais, peut être adapté assez facilement (en collant la traduction française des consignes sur les plateaux de jeu, par exemple). Il est proposé par de nombreux catalogues spécialisés (d'orthophonie ou logopédie, pédagogique ou éducatif) ou en grande distribution.

Matériel éducatif

- *Social behaviour : Skills for daily living*® (Comment se comporter avec les autres), Mot à mot ; 2002. Quarante-quatre cartes illustrées. Ce jeu de cartes vise le développement des capacités d'attention envers son propre comportement et celui des autres.
- La boîte à histoires® : réfléchir, associer, raconter, construire des séquences, écrire des textes, Schubi ; 1998. Cent quarante-cinq cartes images, livret, de 6 à 12 ans. Vingt-quatre histoires en image sont présentées pour apprendre à observer et à analyser des situations sociales, favoriser le raisonnement logique, enrichir le vocabulaire et améliorer l'expression orale.
- Sentimage® : la boîte à histoires, Schubi ; 2000. Cent quatre-trois cartes images, livret d'accompagnement, de 6 à 12 ans. Trente-deux histoires en

image sont proposées. Elles sont reliées à la vie quotidienne des enfants et à leur univers affectif pour les inviter à réfléchir aux sentiments qu'eux-mêmes et leur entourage éprouvent : développement de la sociabilité, identification des sentiments...

- *Sequences*® (Séquences sociales : échanges avec les autres), Speechmark Publishing Limited ; 1991. Quarante-huit cartes en couleurs. Huit séquences de situations quotidiennes présentent des types d'émotions variées pour mettre en évidence les interactions sociales et les relations avec autrui, appréhender la communication verbale et non verbale...

- *Problem Solving*® (Résolution de problèmes), Speechmark Publishing Limited ; 1998. Quarante-huit cartes en couleurs. Jeu de cartes illustrant 16 problèmes courants dont il faut imaginer les solutions, pour le travail général de la langue ou des enseignements spécifiques (compréhension de l'ordre logique, rôles des sentiments, relations avec les autres).

- *Émotions*®, Mot à mot ; 1990. Jeu de cartes photographiques pour favoriser la compréhension du sentiment des autres.

- *What's wrong*® (photos absurdes : où est la faute ?), Mot à mot ; 1992. Quarante-huit photocartes en couleurs grand format, livret présentation. Jeu de photos illustrant des erreurs dans la vie courante pour travailler l'observation et la déduction, la construction de scénarios, la résolution de problèmes ou l'anticipation.

- *SOS Ouistiti*®, Mattel ; 2005. Un arbre, 30 singes, 30 tiges de trois couleurs différentes, un dé de couleur. Certaines pièces sont à assembler. Ce jeu est initialement un jeu d'adresse, il nécessite des capacités d'anticipation et de prise en compte des différents partenaires de jeux. Le respect des règles et des tours de rôle est nécessaire. Ce jeu est accessible à partir de 5 ans et se joue avec deux à quatre participants. Il nous est arrivé d'y jouer à huit.

- *Grimaces*®, Djeco ; 2007. Trente-six cartes grand format, 36 cartes identiques moitié format. Jeu de photographies illustrant des grimaces et des mimiques associés à des dessins (animaux, fleurs, symboles). Nous avons utilisé certaines cartes pour les mimer à tour de rôle.

- *The Nonverbal Language Kit*® (conception C. LoGiudice et M. Warner), Linguistics ; 2003. De 7 à 16 ans. Ce kit en anglais, se compose d'un coffret comprenant un livret d'instructions très détaillées concernant le contact oculaire, les expressions faciales, les gestes et postures, etc. Des explications et des exercices sont proposés, associés à un jeu de loto des expressions faciales. Des cartes de grand format représentent différents visages qui déclinent plusieurs émotions à une intensité plus ou moins importante. Un petit scénario illustre l'émotion représentée au verso.

- *The Emotions Game*® (conception PF. Johnson), Linguistics ; 2003. De 5 à 10 ans. Ce jeu complète le précédent de façon intéressante. Ce jeu est un outil de remédiation concernant la reconnaissance de six émotions de base (joie, tristesse, peur, colère, surprise et dégoût). Six autres émotions considérées comme des émotions « cognitives » y sont associées (neutre, honte, ennui, intérêt, anxiété, confusion). Il comprend 36 cartes (photographies et illustrations), un plateau de jeu et des pions. Les cases du plateau comportent des consignes différentes pour rendre cet apprentissage plus ludique (exemple : tire une carte et imite le personnage sur la photographie...).

Pour les séances, il est également utile de constituer une banque de données imagées correspondant aux émotions étudiées. Des photographies peuvent être découpées dans des magazines ou recherchées sur Internet (exemple avec Google Image® : mots clé « expression des émotions »).

Propositions pour une bibliothèque spécialisée

Nous avons proposé aux enfants et à leurs familles plusieurs ouvrages à partir desquels sont parfois extraites les tâches à accomplir pour la séance suivante. Nous en donnons une liste non exhaustive.

Les ouvrages suivants s'organisent autour de chapitres liés à l'acquisition d'une autonomie sociale (prendre soin de moi, à la maison, lieu usuel). Ces chapitres comportent également des paragraphes amorcés par une question (que dois-je faire quand je suis aux toilettes ? qui me coupe les ongles ? comment les enfants apprennent à se laver les cheveux ? où sont papa et maman ? qu'est-ce que c'est l'école ? etc.) accompagnée d'une illustration simple et de propositions claires :

- Gray C. *Scénarios sociaux*. Future Horizons ;1994 ;
- Gray C, Leigh White AL. *My social stories book*. Jessica Kingsley Publishers ; 2002, 141 p.

En anglais, deux ouvrages nous paraissent également intéressants, car ils proposent des exercices sur la communication non verbale (postures, gestes...) :

- Marshall D, Novicki S, Martin E. *Teaching your child the language of social success*. Atlanta : Peachtree publishers ; 1996, 181 p. ;
- Novicki S, Marshall D. *Helping the child who doesn't fit in*. 6th éd. Atlanta : Peachtree publishers ; 1998,174 p.

Les ouvrages ci-dessous sont également très pratiques, traduits en français et composés de fiches de travail, d'exercices à compléter par les enfants avec l'aide de leur famille ou d'un intervenant extérieur :

- Faherty C. *Asperger, qu'est-ce que c'est pour moi ?* (Traduction Fonbonne A, Saint-Charles L.) Autisme diffusion France ; 2004, 300 p. ;
- Freeman S, Dake L. *Apprends-moi le langage : manuel d'apprentissage du langage pour les enfants atteints d'autisme, du syndrome d'Asperger et d'autres troubles du développement*. (Traduction Miginiac ML.). Langley : SKF Books (diffusion AFD) ; 1996, 411 p. ;
- Montfort M. Montfort Juarez I. *L'esprit des autres*. Entha Ediciones ; 2001, 179 p. Cet ouvrage, s'il n'est pas destiné de façon spécifique aux personnes avec TED, est un ouvrage intéressant pour tous les troubles pragmatiques de la communication.

Nous conseillons aussi :

- le SOCIO-GUIDE : programme d'entraînement aux habiletés sociales adapté à une clientèle présentant un trouble envahissant du développement. CECOM ; 2003. Il comporte une vidéo de 60 minutes constituée de scénarios sociaux joués par des acteurs canadiens ;

- *Gaining faces : special education software to teach recognition of facial expression*. Team Asperger ; 1999. Logiciel éducatif pour apprendre à reconnaître les émotions.
- des sites Internet :
 - forum.asperansa.org : il présente des documents « permettant le développement d'habiletés sociales pour les élèves scolarisés en primaire et au secondaire ». Des rubriques concernant des thématiques variées sont proposées : suivre des directives, faire des corrections, se présenter, se joindre à un groupe, offrir de l'aide, s'excuser, reconnaître ses sentiments, réagir à des taquineries, etc. ;
 - www.mieuxvivre.espacedoc.net/index.php?id=366 : ce site propose des outils en ligne concernant les compétences sociales en milieu scolaire ;
 - The Gray Center (www.thegraycenter.org) propose (en anglais) des documents issus des scénarios sociaux de C. Gray visant l'enseignement des habiletés sociales à des personnes avec autisme.

Références

- [1] Cafiero JM. Meaningful exchanges for people with autism. An introduction to augmentative and alternative communication. Bethesda, MD : Woodbine House ; 2005.
- [2] Gray CA. Teaching children with autism : strategies to enhance communication and socialization. In Quill KA. Ed. Teaching children with autism. New York : Delmar ; 1995. p. 219-41.
- [3] Chamak B. Les récits de personnes autistes : une analyse socio-anthropologique. Handicap 2005 ; n° 105-106 : 33-50.
- [4] Huskisson EC. Visual analogue scales. In Melzack R. (Ed.) Pain measurement and assessment. New York : Raven press ; 1983. p. 33-7.

6 Description des séances

Description générale

Le programme MIA comporte deux modules de dix séances chacun. Les objectifs du module 1 portent principalement sur le développement de la reconnaissance des mimiques faciales, de la communication non verbale et des habiletés conversationnelles.

Le module 2 est proposé aux enfants ayant atteint les objectifs du module 1. Les objectifs du module 2 portent alors particulièrement sur la résolution de problèmes, l'affirmation de soi et les habiletés sociales en situation de groupe. Dans chacun des modules, les séances sont construites autour d'une première partie théorique dont les principes font ensuite l'objet d'exercices pratiques effectués par petit groupe comme des jeux de rôle. L'approche dans chaque module est progressive, permettant d'atteindre les objectifs les plus complexes liés à l'autonomie sociale. À la fin du module 2, les enfants ont d'ailleurs à mettre en pratique cette autonomie sociale et leurs capacités à travailler en groupe, en mettant au point un spectacle filmé auquel assiste leur famille.

Pour permettre une vue d'ensemble, les intitulés des séances, reflétant les objectifs, sont exposés dans l'encadré ci-dessous. Les exercices utilisés durant les séances sont détaillés dans la partie III (cf. p. 85 et s.) et les fiches pour les tâches à domicile, et pour lesquelles l'aide des parents est habituellement demandée, sont présentées dans la partie IV (cf. p. 107 et s.).

Panorama

Séances module 1 : émotions, communication non verbale, habiletés conversationnelles

- Présentation du module et cohésion du groupe.
- Émotions de base : joie, tristesse, peur, colère.
- Émotions complexes : fierté, honte.
- Émotions négatives : dégoût, anxiété...
- Reconnaissance et compréhension des émotions.
- Communication non verbale : contact oculaire, gestes, posture, voix.
- Habiletés conversationnelles : tour de parole, utilisation des conventions sociales/règles de politesse.
- Habiletés conversationnelles : maintenir un sujet de conversation.
- Habiletés conversationnelles : partage des émotions avec autrui, confiance...
- Habiletés sociales : goûter amical.

Séances module 2 : résolution de problèmes, affirmation de soi, habiletés sociales

- Présentation du module et cohésion du groupe.
- Apprendre la méthode de résolution de problèmes en six étapes.
- Faire une demande ou un refus.
- Faire une critique ou réagir à une critique.
- Gérer un conflit.
- Faire ou recevoir un compliment.
- Avoir des relations positives dans un groupe.
- Habiletés sociales en groupe – mise en pratique, phase 1.
- Habiletés sociales en groupe – mise en pratique, phase 2.
- Habiletés sociales en groupe – mise en pratique, phase 3.
- Spectacle et fin de programme.

Banque de données vidéoscopées. Afin d'illustrer la partie théorique des séances du module 1 et 2, une banque de données vidéoscopées est disponible sur www.autisme-ressources-lr.fr. Ces vignettes peuvent être choisies en fonction des besoins se rapportant à la thématique de la séance. À partir de la séance 7 du module 2, l'usage de supports vidéoscopés n'est plus aussi important que pour les séances précédentes.

Ces vignettes sont organisées de la façon suivante :

- émotions de base et complexes : à chaque émotion présentée, correspond une brève vignette se focalisant sur le visage d'un acteur. L'expression faciale associée à une émotion précise est présentée de façon mobile. Elle est également présentée de façon figée afin de travailler la reconnaissance des expressions faciales en les comparant à un état neutre (aucune expression de l'émotion) où seule la voix apporte un indice émotionnel. Une brève vignette est également proposée pour chacune des émotions faisant apparaître la mobilisation du corps tout entier avec expressions faciales, gestes et postures appropriés. Les vignettes sont accompagnées d'une production orale simple (une phrase neutre) qui permet de travailler sur la reconnaissance des expressions émotionnelles portées par la prosodie vocale : modulations, intensité (forte/voix), rythme, etc. Ces vignettes peuvent être travaillées avec ou sans le son. Elles sont également proposées avec titre ou sans titre selon le travail que l'on veut réaliser (*modeling* ou reconnaissance) ;
- scénarios sociaux correspondant aux thématiques abordées, mettant en scène plusieurs acteurs.

Module 1 (10 séances)

Séance 1 : cohésion du groupe

› Objectif

Permettre aux participants de se connaître, de connaître le déroulement des séances, leurs règles et le matériel indispensable (fiche de présence, carnet de bord, thermomètre émotionnel).

Accueillir les enfants et faire connaissance

Pour cette première séance, il s'agit avant tout pour les membres du groupe de faire connaissance avec les lieux, les autres participants et les animateurs du groupe, ainsi qu'avec le programme. Dès leur arrivée, les enfants sont invités à s'installer en rond sur le sol autour des animateurs. Les animateurs se présentent puis donnent une description du programme MIA (les participants ont eu une information préalable lors d'une consultation), en insistant sur le calendrier des séances, leur durée et leurs thèmes afin de permettre une meilleure prédictibilité. Le déroulement et l'organisation schématique de la séance sont décrits dans une fiche technique distribuée aux participants et également fixée au mur. Les participants sont ensuite invités à se présenter à tour de rôle en donnant au minimum leur prénom et leur âge. S'ils le peuvent, ils donnent leur niveau scolaire, leur lieu d'habitation et leurs activités préférées.

Présenter les règles

Les règles du groupe sont ensuite lues et commentées (dire en particulier pourquoi elles sont mises en place dans cette situation de groupe) et les enfants ou adolescents sont invités à formuler leurs remarques et à évoquer des lieux où ces règles peuvent être mises en application. Ces règles, présentées en format A4 et plastifiées, sont distribuées aux enfants (ils les inséreront dans leur carnet de bord) mais également affichées.

Présenter le thermomètre émotionnel

La fonction et les modalités d'utilisation du thermomètre émotionnel sont expliquées aux participants à l'aide de schémas.

Préparer la fiche de présence

Les animateurs demandent aux participants de réaliser leur fiche de présence (qui sera plastifiée). Elle ne pourra plus être changée pour toute la durée du module. Un temps relativement important doit être laissé aux participants pour cette première réalisation. Si certains ont rapidement terminé, une activité de dessin libre peut être proposée. Ce temps de dessin est important, les participants vont se côtoyer pour la première fois et leurs échanges vont être favorisés par la mise à disposition d'un nombre restreint de crayons et feutres pour l'ensemble du groupe. Les participants doivent donc attendre leur tour s'ils ont besoin d'une même couleur ou formuler une demande à leur camarade ou à l'animateur. Sur ce temps, l'intervention des animateurs est importante afin de soutenir et guider les enfants dans leur réalisation et leurs échanges.

Présenter le carnet de bord

Ce support est important. Il s'agit d'un classeur personnalisé par les enfants dans lequel sont placés les fiches techniques utilisées au cours d'une séance et les exercices. L'enfant emporte son classeur chez lui et peut s'y référer pour effectuer ses exercices à domicile ou à d'autres moments s'il le souhaite. L'utilisation régulière du carnet de bord favorise l'entraînement à domicile.

Il est expliqué que pour les prochaines séances, après un résumé de la séance précédente, un temps sera consacré aux questions portant sur le travail à domicile. Ce temps permettra également de faire la transition entre la séance précédente et celle du jour (exemple : de quoi avons-nous parlé la dernière fois ? nous allons regarder maintenant les porte-vue, qui veut présenter le sien ? c'était difficile ? etc.).

Remarque

Nous présentons dans ce chapitre quelques exemples de fiches de travail, pouvant être complétées par des fiches d'ouvrages cités précédemment dans la rubrique *Proposition pour une bibliographie spécialisée*, p. 60 et s. Pour cette 1^{re} séance, la fiche 1 peut-être utilisée.

Clôturer la séance

La séance est clôturée par un résumé de la séance et l'annonce de la thématique de la séance suivante. Le carnet de bord (un classeur) est distribué à tous les participants, afin qu'ils y placent les fiches techniques relatives à la séance en cours et les exercices pratiques à accomplir pour la séance suivante. Les animateurs remercient ensuite les participants de leur présence, de la qualité de leurs interventions et leur proposent de faire des commentaires sur ce qu'ils ont appris en séance.

Séance 2 : émotions de base

› Objectif

Apprendre aux participants les émotions de base et à les évaluer.

Accueil des participants

Salutation, marquage des présences, rappel des règles du groupe, résumé de la séance précédente.

Enseignement théorique sur les émotions de base

Définition et description des quatre émotions de base (peur, colère, joie, tristesse) ; explicitation des deux versants des émotions (expression et compréhension) ; étude des modifications anatomiques du visage lors de l'expression émotionnelle (étude de photographies, utilisation de *smileys* et de schémas sur *paper-board*). Chaque émotion est illustrée par un petit scénario filmé. De nombreux arrêts sur image peuvent alors être proposés pour décrire un aspect particulier.

Exercices pratiques

Exercice 1

Analyse comparée de photographies et de vidéos d'émotions de base très contrastées (joie/tristesse) puis un peu moins différenciées (colère/peur).

Les enfants doivent ensuite s'exercer face à un miroir et effectuer des mimes (d'abord effectués par l'animateur, puis par un des enfants dont la performance sera commentée par les autres). Les expressions mimées sont ensuite classées schématiquement à l'aide de *smileys* plastifiés de façon à ce qu'ils puissent être manipulés sans problème. L'intensité de chaque émotion mimée est enfin évaluée sur une échelle de 0 à 10 à l'aide d'un thermomètre émotionnel mis à la disposition de chaque enfant. Ces évaluations sont discutées avec les animateurs (par exemple : on demande aux enfants de « justifier » leur choix : pourquoi ils donnent une note 7 et non 10 ou 0 ?).

Exercice 2

Identification des émotions de base sur une multitude de photographies de visages d'individus de sexe différent et d'âge varié (hommes, femmes, personnes âgées, enfants, nourrissons). Les photos sont également présentées selon des intensités émotionnelles différentes afin que les participants n'associent pas une seule expression à un seul visage. L'intensité d'une émotion donnée (deux intensités : forte/faible) est évaluée par les enfants avec le thermomètre émotionnel. Leurs réponses sont critiquées et justifiées en groupe. Ces expressions sont ensuite schématisées à l'aide de plusieurs types de pictogrammes (dans notre expérience, cela permet d'éviter que les enfants se concentrent plus sur les détails des pictogrammes, tels que leurs couleurs ou leurs motifs, que sur les éléments du visage représentant permettant la reconnaissance de l'expression faciale). Beaucoup de jeux et d'activités (n° 1-9, partie III) peuvent être adaptés pour ce type d'exercice. Nous apprécions particulièrement le jeu du loto émotionnel.

Clôture de séance

Les animateurs félicitent les enfants pour leur participation. Ils résument la séance et soulignent explicitement les points positifs de leur participation et les points à améliorer. Les enfants enlèvent leur fiche de présence, la remettent à l'animateur et effectuent les salutations d'usage (serrement de mains ou simple au revoir). Dans le carnet de bord est collée une fiche décrivant des exercices à effectuer pour la séance suivante : tel le mime quotidien des émotions abordées en séance ; il est demandé de s'y exercer devant un miroir (au moment du brossage de dents par exemple) et de solliciter l'aide des parents si possible pour assurer un *feedback* du mime effectué mais également afin de servir de modèle (il est demandé en retour aux enfants d'assurer le *feedback*). Les fiches de travail 1 à 4 (partie IV) peuvent être utilisées pour le travail à domicile.

Séance 3 : émotions complexes (fierté, honte)

› Objectif

Apprendre aux participants les émotions complexes, telles que la fierté et la honte, et à les évaluer.

Accueil des participants

Accueil, marquage de présence, installation au sol, salutations d'usage, commentaires sur les exercices notés dans le carnet de bord, rappel des règles de fonctionnement de groupe puis résumé de la séance précédente.

Enseignement théorique sur des émotions complexes, telles que la fierté et la honte

Après avoir décrit la mobilisation des muscles pour chacune de ces deux émotions, l'explication va s'appuyer sur des schémas effectués sur *paperboard*, des *smileys* et des pictogrammes variés. Des photographies et des films sont également utilisés. Ces supports permettent d'effectuer la comparaison des émotions et de leur valeur dans différents contextes. Il est très intéressant de faire des arrêts sur image ou d'utiliser le ralenti pour une étude détaillée des mimiques faciales (haussement de sourcil, etc.). Les exercices 10 à 14 (partie III), peuvent être utilisés pour la partie pratique de cette séance. Lorsque la séance est terminée, elle est clôturée et des tâches à réaliser à la maison sont assignées aux participants (fiche de travail 5, partie IV).

Séance 4 : émotions complexes et négatives (dégoût, peur, tristesse, colère...)

› Objectif

Apprendre aux participants les émotions complexes, telles que le dégoût, et à les évaluer.

Accueil des participants

Accueil, marquage de présence, installation au sol, salutations d'usage, commentaires sur les exercices notés dans le carnet de bord, rappel des règles de fonctionnement de groupe puis résumé de la séance précédente. Des échanges ont lieu ensuite en groupe sur le travail effectué à domicile durant la semaine écoulée.

Enseignement théorique

Les animateurs présentent le thème de l'enseignement théorique de la séance, en précisant qu'il porte sur « les émotions désagréables ou négatives » et en demandant aux participants de donner des exemples à partir de situations vécues. Les animateurs commentent chaque réponse et encouragent les participants à apporter d'autres exemples. Pour les illustrer, les animateurs peuvent proposer divers supports (*smileys*...).

Exercices pratiques

Ces exercices s'appuient sur le visionnage des vidéos et photographies qui sont commentées en groupe. Puis, quelques scènes sélectionnées sont utilisées pour des jeux de rôle effectués par un animateur et un enfant. Les autres doivent faire des commentaires sur la situation jouée. Il est rappelé

qu'il ne s'agit, en aucun cas, de juger ou de critiquer. Les animateurs ne doivent surtout pas suggérer de solution toute faite. Les exercices n° 14 à 16 (partie III), peuvent également être utilisés pour les exercices pratiques durant cette séance. Lorsque la séance est terminée, elle est clôturée et des tâches à réaliser à la maison sont assignées aux participants sur les modèles des fiches de travail 6 à 7 (partie IV).

Séance 5 : synthèse sur les émotions et communication non verbale

› Objectif

Aider les participants à faire la synthèse des notions apprises sur les émotions et leur présenter les autres dimensions de la communication non verbale requises pour interagir avec autrui.

Cette séance doit non seulement faire une synthèse des séances précédentes traitant de la reconnaissance émotionnelle mais également faire le lien avec de nouvelles notions qui seront abordées progressivement sur d'autres dimensions de la communication. Les animateurs proposent d'abord un résumé des séances et des notions déjà travaillées. Puis, ils présentent aux enfants un premier exercice dans lequel il leur est demandé de classer des photographies de visages en deux catégories selon qu'elles expriment une émotion agréable (ou positive) ou bien une émotion désagréable (ou négative). En s'aidant du *paperboard*, les animateurs inscrivent les réponses sur un tableau, commentent chaque choix et soulèvent certains points s'ils ne l'ont pas été (expliquer que les émotions sont importantes dans toutes relations interpersonnelles).

L'animateur commente et illustre la notion de langage corporel déjà abordée au travers des séances sur les expressions faciales. Il explique qu'il y a différents moyens d'entrer en contact avec les autres et d'exprimer ce que nous voulons (mots et sentiments). Il précise qu'on ne parle pas qu'avec des mots mais aussi avec son corps (il s'agit de la communication non verbale). Ainsi, nos gestes, notre voix, notre regard, et pas seulement nos expressions faciales, transmettent des informations concernant nos pensées et nos sentiments (« nous parlons avec des mots mais également avec le corps »).

Des exercices sont effectués en groupe. L'animateur demande aux enfants de commenter pour chaque émotion de base (joie, tristesse, peur et colère) les incidences en termes de prosodie vocale, de mobilité des traits du visage et de posture corporelle. L'animateur inscrit sur un tableau (dessiné sur le *paperboard*) les propositions des enfants et les discute.

L'animateur donne des exemples en les mimant, permettant de montrer l'importance de la congruence entre prosodie et émotion (ex. : si je dis « youpi, j'ai gagné la partie » avec une voix triste, le sens de ma phrase ne correspond pas avec l'intonation de ma voix et cela va conduire mon interlocuteur à comprendre le contraire de ce qu'exprime ma phrase). L'animateur doit illustrer par de nombreux exemples que les variations de la

prosodie vocale peuvent donner à une phrase un sens totalement différent (« Il pleut » avec une intonation triste peut signifier que je voulais aller à un pique-nique et que celui-ci sera annulé. « Il pleut » avec une voix gaie peut signifier que : j'adore la pluie ou je l'attendais depuis longtemps ; j'aime me promener dans les chemins pleins de flaques d'eau, la pluie permet à la végétation de reprendre...).

L'animateur propose ensuite d'autres exemples pour illustrer cette fois les liens entre motricité faciale (mimiques), motricité oculaire, posture corporelle et émotion. L'animateur utilise le mime pour montrer ces liens entre langage corporel et émotion. L'animateur souligne l'impact de la mobilisation des sourcils dans certaines émotions, des modifications de la plissure des yeux. Il indique l'importance de l'orientation du regard vers l'interlocuteur en situation de dialogue et l'intérêt du contact oculaire pour bien comprendre son interlocuteur et pour lui montrer notre attention. Il est précisé aux participants (qui rencontrent souvent ce type de problème) qu'en cas de difficulté trop grande à soutenir le regard, il leur est possible de fixer un point entre les sourcils de leur interlocuteur.

L'animateur utilise ensuite des vidéos qui sont commentées avec les enfants. Les vidéos peuvent être regardées sans le son. Régulièrement, des arrêts sur image sont effectués pour souligner les différents aspects de la motricité expressive.

Un exercice pratique est encore proposé et celui-ci est à effectuer par groupe de deux enfants. L'un des deux doit indiquer par son langage corporel une émotion et l'autre doit la nommer et justifier son choix. D'autres exercices peuvent être proposés durant la séance (exercices n° 17 à 20, partie III). Une fois la séance clôturée, des tâches à domicile sont assignées aux enfants (fiche 8, partie IV).

Séance 6 : communication non verbale

› Objectif

Aider les participants à prendre conscience de l'impact des différents aspects de la communication non verbale et leur apprendre à les utiliser.

La notion développée durant cette séance est que le langage non verbal s'appuie sur plusieurs dimensions. De petites fiches techniques décrivant les différentes dimensions de la communication sont distribuées aux enfants en début de séance, mais elles peuvent aussi être projetées au mur.

Prosodie

De nombreux exemples doivent servir à commenter cette fiche. Nous avons pour habitude de dire aux enfants que « lorsque nous communiquons avec quelqu'un, lorsque nous nous adressons à lui, nous devons faire attention à notre voix et que celle-ci doit être ajustée à la situation. Elle ne doit être ni trop forte ni trop faible, ni trop aiguë ni trop grave, ni trop rapide ni trop lente ». Chaque consigne énoncée doit être étayée par un exemple proposé par l'animateur. Des dessins sont souvent très utiles pour aider les enfants à comprendre

la notion de schémas mélodiques de la voix ou à prendre conscience de l'effet du débit de leur voix et de l'intelligibilité de leur discours, etc.

Contact visuel et expressions faciales

Il est rappelé l'importance du contact oculaire et de la mobilité des traits du visage pour exprimer une intention, une émotion. Dire que regarder autrui est utile à l'échange mais souligner qu'il est inadapté de regarder trop longtemps quelqu'un (c'est une situation fréquente avec ce type d'enfant).

Gestuelle et distance physique

Rappeler qu'en situation d'échange avec quelqu'un, il est souhaitable d'orienter son corps vers lui et de n'être ni collé à lui ni trop éloigné. Nous soulignons également que nos gestes sont un langage (donner les exemples du pointer à distance avec l'index, d'une demande signifiée par une paume tendue ou encore les valeurs de gestes des mains pour signifier au revoir, féliciter, etc.). On précise que la distance physique à maintenir vis-à-vis d'une personne se fait en fonction de la relation qu'on a avec elle, du degré d'intimité (donner les exemples selon la familiarité de l'interlocuteur). Pour chacun des points évoqués, on demande aux enfants de proposer d'autres exemples et au groupe de les discuter.

Plusieurs scénarios vidéoscopés sont utilisés pour illustrer les éléments mis en jeu dans la communication non verbale, permettre des commentaires et une discussion avec le groupe. D'autres exercices pratiques réalisés en petit groupe complètent ces échanges. Ils portent sur la prosodie, les gestes et postures (exercices n° 21 à 27, partie III). En fin de séance, celle-ci est clôturée de façon habituelle et les tâches à domicile sont assignées (fiche de travail 9, partie IV).

Séance 7 : règles conversationnelles (partie 1)

› Objectif

Apprendre les règles de conversation (respecter le tour de parole, utiliser à bon escient les règles de politesse) et savoir les appliquer.

En début de séance, quelques règles conversationnelles sont exposées aux enfants et discutées avec eux. Une fiche technique résumant ces règles leur est remise et également affichée au mur :

- j'écoute une personne qui me parle et j'ai un comportement (regard, gestes, distance physique, expressions du visage) qui témoigne de mon attention envers elle ;
- je peux également utiliser des mots ou des phrases qui témoignent de mon attention et qui encouragent cette personne à continuer à me parler ;
- je réponds à cette personne quand elle a fini de parler (j'évite de lui couper la parole) afin d'exprimer mon point de vue, mon sentiment sur ce qu'elle m'a dit. Ma réponse utilise des phrases qui commencent par « je » ;
- quand je m'exprime, je dois tenir compte du contexte dans lequel je le fais et de ce que m'a dit mon interlocuteur ;

- ma réponse ou mes commentaires doivent rester liés au sujet de la conversation (j'évite de changer sans motif de sujet de conversation).

Chacune de ces règles est illustrée à l'aide de vidéos permettant également une discussion critique sur « ce qu'il faut faire » et « ce qu'il ne faut pas faire » en termes de conversation. Cet entraînement pratique s'appuie également sur des exercices (n° 28 à 30) présentés dans la partie III. Une fois la séance clôturée, des tâches à domicile sont données aux enfants (fiche de travail 10, partie IV).

Séance 8 : règles conversationnelles (partie 2)

› Objectif

Apprendre à initier, maintenir et terminer une conversation.

Cette séance complète la précédente, car elle insiste sur les modalités de maintien d'une conversation. Pour aller dans ce sens, des exemples vidéo-scopés sont commentés. Ils peuvent également être complétés par des saynètes dessinées sur *paperboard*, dans lesquelles sont représentés des personnages dont les propos figurent dans des bulles (type bande dessinée). Un scénario dans lequel un personnage tente de maintenir une conversation et de la finir de façon positive, est proposé par l'animateur, puis commenté en groupe, comme dans l'exemple suivant :

« Bonjour, comment t'appelles-tu ? – Je m'appelle Alexandre et toi ? – Je m'appelle François. – Tu as quel âge ? – J'ai onze ans et toi tu as quel âge ? – J'ai onze aussi, tu aimes le football ? – Oh oui j'adore ! – Alors ça te dirait de faire une partie avec moi ? – Oui, bien sûr, mais peut-être une autre fois parce que la récréation est terminée. – Bon alors, à une prochaine fois ? – Oui, à une prochaine fois. – Au revoir. – Au revoir. »

Il est demandé ensuite aux enfants de donner d'autres exemples de ce type. Ils doivent pour cela travailler par groupe de deux et mettre au point un scénario écrit (avec l'aide des animateurs). Puis, l'un des membres d'un binôme joue le scénario devant le groupe qui aura à le critiquer. Nous avons pour habitude d'amorcer la discussion en demandant si dans le scénario joué, les personnages se témoignent suffisamment d'attention réciproque, s'ils utilisent correctement le tour de rôle, s'ils terminent positivement leur discussion, et s'ils ont été capables de maintenir un lien sympathique. Les réponses sont notées sur un tableau pour faciliter la discussion en groupe. Cette partie pratique peut être étayée par d'autres exercices (n° 31 à 34) présentés dans la partie III. Une fois la séance clôturée, les exercices à domicile sont assignés. Nous proposons pour cela ceux figurant dans la fiche de travail 11 (partie IV).

Séances 9 et 10 : règles conversationnelles (partie 3)

› Objectif

Apprendre à gérer les relations avec autrui.

Cette séance comporte l'étude des habiletés conversationnelles, mais elle introduit également des notions relatives à l'affirmation de soi. Les

concepts relatifs aux habiletés conversationnelles, déjà utilisés dans les séances précédentes, sont résumés en début de séance puis ils sont replacés dans la perspective d'une relation amicale (par exemple, la nécessité de regarder autrui lors de la conversation, d'adapter sa posture et sa mimique, d'utiliser des expressions orales qui vont relancer l'échange et témoigner de notre écoute). Il est posé que nos capacités conversationnelles doivent nous servir à participer à un groupe, à nous faire des amis et à partager des idées ou des sentiments avec autrui. Le manque d'affirmation de soi chez les jeunes avec TED-SDI est lié à la fois à leur fonctionnement cognitif (intégration à la lettre des règles de politesse, manque de reconnaissance des messages sociaux, défaut d'identification des émotions faciales ou de contact visuel...) mais également aux conséquences du renforcement négatif lié à l'évitement des situations sociales qui pourraient être sources d'expérimentation et donc d'apprentissages sociaux. De façon générale, l'affirmation de soi remplit trois fonctions essentielles : l'expression des émotions, l'amélioration des relations interpersonnelles, l'obtention plus facile de ce qui correspond à ses souhaits.

Les animateurs organisent ensuite un échange avec les enfants autour des questions suivantes qui correspondent à des situations souvent mal gérées par les enfants TED-SDI :

- comment faites-vous pour refuser une demande ?
- comment réagissez-vous si on vous critique de façon blessante (comment vous défendez-vous) ?
- comment réagissez-vous si vous êtes en conflit avec quelqu'un (comment résolvez-vous le conflit) ?

Il est important que chaque enfant puisse s'exprimer et il est souvent utile de donner la parole à tour de rôle. Les réponses et commentaires des enfants sont notés sur le *paperboard* afin d'être commentés par les animateurs. Des vidéos sont utilisées à titre d'illustration. Le but de ces illustrations est de montrer qu'une bonne communication s'appuie sur un message émis par un individu émetteur de façon claire et explicite et bien reçu et compris par un individu récepteur.

Les exercices pratiques correspondent principalement à des jeux de rôle classiques ou inversés (exercices n° 35 à 43, partie III). Les animateurs jouent d'abord à deux des scénarios rapides (réaction à un compliment, réaction à une critique, réaction lors d'un conflit) afin de servir de modèle aux enfants. Puis l'un des deux animateurs demande à un enfant de jouer le même scénario avec lui. Avant et après le jeu de rôle, on demande à l'enfant de dire son niveau d'anxiété et, si l'anxiété est trop forte, des petits exercices de respiration calme lui sont proposés. Un *feedback* est toujours proposé de façon directive mais chaleureuse en veillant à ne pas mettre l'enfant en difficulté par des objectifs irréalisables.

Pour la dernière séance du module 1, un goûter est préparé avec la participation de tous les enfants (fiches de travail 12 à 14, partie IV). Ce goûter permet de marquer aussi symboliquement la fin du module. Le carnet de

bord est restitué aux enfants mais ne contient pas de consigne particulière concernant la première séance du module 2.

Module 2 (11 séances)

Séance 1 : présentation du module 2 et cohésion du groupe

Cette séance inaugurale permet avant tout d'assurer la cohésion du groupe. Elle débute par un résumé des thèmes abordés précédemment lors du module 1 (lecture des émotions, habiletés conversationnelles, gestion des relations amicales notamment) et une présentation des thèmes et objectifs du module 2 (résolution de problèmes, affirmation de soi et habiletés sociales utiles en particulier à la vie en groupe).

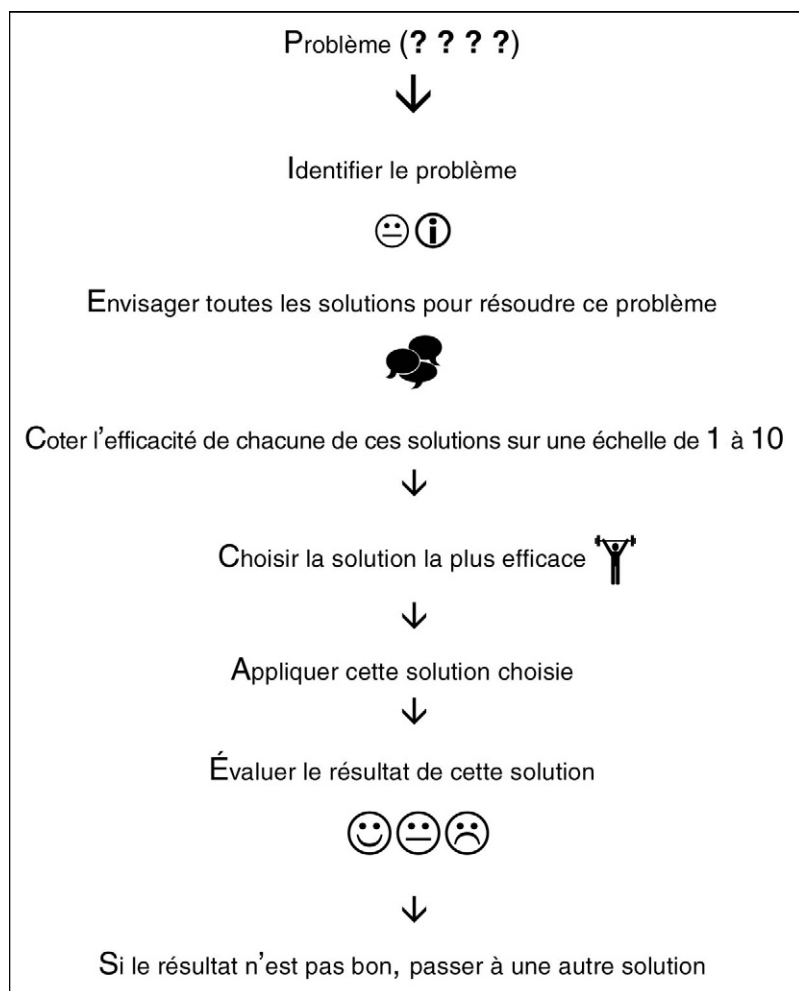
Dès leur arrivée, les enfants effectuent de façon habituelle le marquage de leur présence puis s'assoient à leur place. L'emploi du temps de la séance est également affiché au mur et les règles de fonctionnement du groupe sont lues par l'animateur qui répond également à d'éventuelles questions. Des exercices pratiques peuvent être proposés lors de cette séance (en particulier des jeux de rôle) afin de vérifier que les objectifs des dernières séances du module 1 ont bien été atteints. Les exercices n° 10 et 35 à 43 (partie III) peuvent être utilisés.

Séance 2 : résolution de problèmes

› Objectif

Apprendre aux enfants la méthode de résolution de problèmes en six étapes : cerner le problème, identifier les données du problème et les hiérarchiser avant de choisir la solution puis d'en évaluer la pertinence.

Après avoir accueilli les participants selon les modalités habituelles, un enseignement théorique leur est proposé. Celui-ci porte principalement sur les techniques de résolution de problèmes. Il est demandé dans un premier temps à chaque enfant de réfléchir à ce qu'est « un problème ». Chaque réponse est notée sur le *paperboard* (beaucoup d'enfants évoquent en premier lieu un problème de mathématiques). Pour chaque problème cité, l'animateur demande s'il est possible ou non de le résoudre et d'indiquer de quelle façon. Ainsi, progressivement l'animateur doit amener les enfants à réaliser que la résolution d'un problème relève d'une démarche complexe et en plusieurs étapes. De façon schématique, il faut indiquer qu'il s'agit d'abord, dans une première étape, d'identifier le problème à traiter, puis dans une seconde étape, d'envisager parmi plusieurs solutions celle qui est la plus pertinente. Les enfants sont donc invités à raisonner sur ces différentes étapes. Une fiche (figure 6.1) résumant la stratégie de résolution de problèmes en quatre étapes est proposée comme trame aux exercices liés à la séance.

**Figure 6.1**

Résolution de problème et solutions alternatives.

Cette fiche doit être apposée à côté des fiches présentées dans le module 1 (emploi du temps, règles etc.). Un exemplaire est remis à chaque participant pour qu'il puisse l'insérer dans son carnet de bord.

Exemple 1 : « le professeur de sport veut que je participe à un match de football mais je ne le veux pas »

Étape 1 : identifier le problème. Le problème est que je ne veux pas jouer car, la fois précédente, j'ai souvent fait tomber le ballon et les autres enfants se sont moqués de moi. Il s'agit donc pour moi d'effectuer un refus.

Étape 2 : Envisager toutes les solutions possibles pour refuser. Il faut donc que je réfléchisse à ce que je peux faire pour ne pas être obligé de jouer et que je choisisse la meilleure solution. Des solutions sont listées : je me cache ou je me sauve ; je reste sans bouger au milieu du terrain ; je dis que j'ai mal à la tête ou au ventre ; je pleure ou je crie ou bien j'explique au professeur de sport pourquoi je ne veux pas jouer... (noter les idées et les commenter en groupe).

Étape 3 : Choisir la meilleure solution. Je réfléchis avant de prendre une décision car ma première idée n'est pas forcément la meilleure. Ma première idée est de m'enfuir. J'en évalue les conséquences positives d'un côté et négatives de l'autre, pour moi et pour mon professeur. Mon autre idée est d'expliquer au professeur pourquoi je ne veux pas jouer. J'en évalue les conséquences positives d'un côté et négatives de l'autre, pour moi et pour mon professeur. Parmi ces deux attitudes, je choisis celle qui a le plus de conséquences positives pour moi et pour mon professeur.

Des vidéos peuvent également servir de supports dans l'illustration des stratégies de résolution de problèmes. Des exercices individuels ou en groupe (exercices n° 44 à 46, partie III) serviront à mettre en pratique ces stratégies. Pour le travail à domicile, les tâches décrites dans les fiches 16 et 17 (partie IV) sont assignées aux enfants.

Séance 3 : résolution de problèmes et affirmation de soi (partie 1)

› Objectifs

Mettre en pratique la méthode de résolution de problèmes. Faire une demande ou un refus.

L'enseignement théorique de la séance précédente est repris. L'accent est mis sur la façon de formuler une demande, mais également sur la façon dont on peut effectuer un refus. Le [tableau 6.1](#) est distribué aux enfants et affiché au mur.

Tableau 6.1

Faire une demande, un refus

Comment faire une demande	Comment faire un refus
Je dois savoir ce que je veux demander et pourquoi	Je dois savoir ce que je veux refuser et pourquoi
Je dois demander quelque chose de réaliste	Je formule mon refus par une phrase simple qui commence par « je »
Je sais que ma demande peut être refusée et je dois l'accepter	J'utilise une formule de politesse
Je formule ma demande en utilisant des phrases simples qui commencent par « je »	Il n'est pas obligatoire de se justifier
J'utilise une formule de politesse et une communication adaptée (regard, etc.)	Je peux proposer un compromis (une autre solution, reporter la proposition)

On doit d'abord s'assurer que les termes utilisés dans la fiche sont compris, sinon il faut les expliquer. Des exemples simples sont proposés pour illustrer les consignes fournies dans cette fiche (comme demander ou refuser à quelqu'un le prêt d'un stylo ou de tout autre objet scolaire).

Ces illustrations peuvent être complétées par des extraits de vidéos. Des exercices permettent de renforcer la mise en pratique (exercices n° 47 et 48, partie III). La fiche de travail 18 (partie IV) est proposée pour un entraînement à domicile avec l'aide des parents.

Séance 4 : résolution de problèmes et affirmation de soi (partie 2)

› Objectif

Mettre en pratique la résolution de problèmes et l'affirmation de soi : faire une critique, réagir à une critique ou à des paroles blessantes.

Les deux séances précédentes sont d'abord résumées et il faut prévoir un temps pour répondre aux questions. Nous abordons de façon plus explicite lors de cette séance les aspects liés à l'affirmation de soi, en proposant une définition simple (il s'agit de nos comportements et de notre façon d'être avec les autres qui nous permettent d'exprimer nos besoins, nos désirs, tout en respectant autrui). Cette dimension est abordée car elle est impliquée dans les objectifs de la séance 4. Par ailleurs, beaucoup de jeunes que nous accompagnons sont en difficulté pour s'affirmer, soit parce qu'ils sont excessivement soumis aux règles sociales qu'ils appliquent souvent à la lettre, soit par défaut de perception des signaux sociaux nécessaires.

Avant d'aborder la stratégie décrite dans la fiche ci-dessous, il faut s'assurer que le vocabulaire qu'elle utilise est bien compris. On commente d'abord les exemples donnés dans la fiche, puis on demande aux enfants de donner d'autres exemples semblables vécus récemment. Un des exemples est alors joué par un des enfants avec la participation de l'animateur. Il lui est demandé de reproduire la scène dans un contexte similaire et récent. Ensuite, le jeu de rôle peut être inversé et c'est l'animateur qui montre comment il ferait ou répondrait, afin de lui présenter un modèle. Pour chaque situation (événement), il est demandé à l'enfant de dire ce qu'il ressent (ses sentiments) ainsi que les pensées qui lui passent par la tête (ces propos sont notés dans un tableau à trois colonnes). On demande également à l'enfant, qui joue son propre rôle, d'évaluer son niveau d'anxiété (à l'aide d'une échelle visuelle) avant, pendant et en fin de jeu (à chaque fois, les résultats sont notés par écrit). Si l'anxiété est trop forte, on propose des exercices respiratoires appris lors du module précédent. Il est important de ne pas mettre l'enfant en échec en l'exposant à un niveau trop élevé d'anxiété. Chaque jeu de rôle doit être accompagné par l'animateur de façon chaleureuse et positive. Il est indispensable qu'il ne constitue pas un échec supplémentaire pour l'enfant.

Fiche technique relative à la séance

Faire une critique

Exemple : « J'ai prêté un livre auquel je tiens à un camarade qui tarde à me le rendre, comment le lui dire et lui demander de me le rendre. »

- *Il faut repérer ce qui m'embête et ne pas généraliser (j'évite les mots comme toujours, jamais) :* « Le problème est qu'on tarde à me rendre un livre que j'aime beaucoup. »
- *Il faut décrire ce problème le plus précisément possible à la personne concernée, sans l'accuser :* « Cela fait un mois que tu as mon livre, alors que tu devais me le rendre au bout d'une semaine. »
- *Il faut dire ses émotions par rapport à ce problème qu'on critique en s'exprimant à la première personne (je) :* « Cela m'ennuie beaucoup que tu tardes à me rendre mon livre, j'aime beaucoup ce livre. »
- *On peut proposer une solution qui permettrait d'éviter la critique et en donner les conséquences positives pour soi :* « Si tu me rendais mon livre cela me ferait plaisir. »

Réagir à une critique justifiée

Exemple : « Tu n'as pas rangé ta chambre alors que tu avais promis de le faire aujourd'hui. »

- Faire préciser la critique (si elle est trop générale).
- *Reconnaître la critique* et dire : « oui, c'est vrai ».
- Ne pas donner de fausses excuses (« c'est la faute de... »).
- S'excuser.
- Proposer une solution, un compromis.

Réagir à une critique injustifiée

Exemple : « Tu ne ranges jamais ta chambre. »

- *Faire préciser la critique*, surtout si elle trop générale : « Tu trouves que je ne range jamais ma chambre, alors que c'est seulement aujourd'hui. »
- Constater le désaccord et dire qu'on trouve la critique injustifiée, en expliquer pourquoi.
- Faire partager ses émotions : « Ce que tu dis me rend triste. »

Des vidéos peuvent être utilisées pour illustrer les objectifs de cette séance. La mise en pratique s'appuiera également sur les exercices n° 49 à 54 (partie III). Les exercices pour effectuer le travail à domicile sont proposés dans la fiche de travail 19 (partie IV).

Séance 5 : résolution de problèmes et affirmation de soi (partie 3)

› Objectif

Mettre en pratique la résolution de problèmes et l'affirmation de soi : gérer un conflit.

En début de séance, la séance précédente est résumée et les animateurs demandent s'il y a des questions ou si les enfants ont eu des difficultés à

effectuer leur tâche à domicile. Des exercices sont proposés sous la forme de jeux de rôle pour mettre en pratique les habiletés mobilisées dans la gestion et la résolution de conflit. Les animateurs lisent dans un premier temps un scénario écrit préalablement (par ex. : une dispute entre deux élèves d'une classe éclate dans la cour de l'école. L'un accuse l'autre de lui avoir pris un stylo, mais ce dernier dit que ce stylo, qui ressemble peut être à celui qu'il a perdu, est le sien), puis ils le jouent. Il est demandé aux enfants de tenter de trouver des solutions pour résoudre ce conflit en utilisant la méthode de résolution de problèmes en six étapes (quel est problème, quelles sont les solutions possibles pour résoudre le problème identifié, pour chaque solution identifiée quelles peuvent être leurs conséquences positives et négatives pour chacun des deux protagonistes, une fois cette évaluation faite choisir la meilleure solution permettant de résoudre le problème, la mettre en pratique, évaluer ses résultats et recommencer s'ils ne sont pas satisfaisants). Les propositions sont notées sur le *paperboard* et commentés par les animateurs.

D'autres propositions de scénarios peuvent être proposées en s'appuyant sur des récits plus personnels des enfants mais ils sont plus délicats à encadrer dans une situation de groupe.

Séance 6 : résolution de problèmes et affirmation de soi (partie 4)

› Objectif

Mettre en pratique la résolution de problèmes et l'affirmation de soi : recevoir ou faire un compliment.

Quelques règles générales concernant la manière de faire un compliment sont commentées (dire « je », dire son émotion « j'aime bien jouer avec toi à la Nintendo® »). Il en est de même pour la façon de répondre au compliment (répondre par merci, exprimer le plaisir que cela nous procure, en disant par exemple : « je suis content que tu apprécies de jouer avec moi »).

Les exercices n° 52 à 54 (partie III), servent de trame à la réalisation de cet objectif. Ils peuvent être complétés par la proposition de jeux de rôle sur le modèle de ceux décrits dans la séance précédente.

Séance 7 : habiletés sociales

› Objectif

Fonctionner de façon positive dans un groupe.

La séance commence par un échange entre l'animateur et les participants sur les relations positives et l'entente entre les membres d'un groupe. Des questions permettent de débiter l'échange. Ces questions doivent amener les enfants à considérer les différents éléments d'une dynamique positive de groupe et notamment ses règles de fonctionnement. Voici quelques exemples de questions : donner des exemples de groupes sociaux ; comment

partager des activités avec les membres du groupe ? comment faire entendre son point de vue dans le groupe ? comment se faire des amis ?

Toutes les réponses sont marquées sur le *paperboard* au fur et à mesure. Elles sont ensuite commentées par les animateurs. À l'issue de ce travail, un tableau peut être mis au point dans lequel ont fait figurer les règles de fonctionnement discutées avec les enfants et reconnues comme nécessaires à la bonne organisation d'un groupe. Un exemple est donné dans l'encadré ci-dessous.

Règles pour bien s'entendre dans un groupe

- Écouter le point de vue des autres.
- Donner son point de vue aux autres.
- Si les points de vue sont différents, trouver des compromis pour prendre des décisions ensemble.
- Pour chaque point de vue, évaluer les aspects positifs (pour soi et pour les autres) et les aspects négatifs (pour soi et pour les autres).
- Ne pas se moquer des points de vue des autres.
- Attendre son tour.

À partir de cette séance, les vidéos ne sont plus utilisées de façon systématique, les séances étant essentiellement consacrées à la mise en pratique (exercices n° 55 à 60, partie III). La fiche de travail 20 (partie IV) est par ailleurs utilisée comme support de l'entraînement à domicile.

Séance 8 : habiletés à fonctionner de façon positive dans un groupe, prendre des décisions ensemble

› Objectif

Habiletés à fonctionner de façon positive dans un groupe.

Sur la base des connaissances acquises la séance précédente, il est demandé aux enfants de constituer des équipes de deux. Chaque équipe doit examiner les aspects positifs et négatifs de situations pré-établies. Ensuite chaque équipe doit choisir un exemple faisant référence à une expérience personnelle et impliquant le fonctionnement de groupe.

Pour étayer cette séance le *paperboard* sert également de support pour l'animateur principal, qui peut si nécessaire revenir sur des séances antérieures qui se sont démarquées par leur complexité (séances 2 et 4 du module 2). L'étayage pratique de la séance peut s'organiser autour d'exercices (n° 55 à 60, partie III), ou bien à l'aide de jeux divers que l'on trouve facilement dans le commerce (jeux de cartes, jeu de l'oie, jeu de petits chevaux, SOS Ouistiti®, etc.).

Pour l'entraînement à domicile, la fiche de travail 21 (partie IV) peut être utilisée.

Séances 9 à 11 : travail en équipe pour mettre au point un événement festif

› Objectif

Mettre en pratique tous les aspects travaillés durant le programme, pour mener à terme un projet d'équipe.

Phase 1

Deux équipes sont constituées par tirage au sort (elles ne seront pas modifiées jusqu'à la remise des diplômes). Un responsable d'équipe est également désigné (les enfants d'une même équipe occupent successivement cette fonction sur les trois séances à venir). Chaque équipe doit se doter d'un nom (il pourra être intégré dans le « cri de ralliement ») et d'un logo (qui pourra être présenté sous forme d'étendard) pour lequel ils ont à choisir les couleurs et les formes géométriques. Chaque équipe doit également avec l'aide d'un des animateurs créer un storyboard, passant par la mise en commun des idées de chacun. Pour aider à la création de ce storyboard, les animateurs préparent au préalable quatre enveloppes portant obligatoirement sur les quatre aspects suivants : émotions (content, joyeux, triste, en colère, fier, etc.), verbes d'action (boire, se battre, se promener, manger, dormir, chevaucher, etc.), personnages (lutin, princesse, roi, reine, chevalier, guerrier, magicien, etc.), lieux (forêt, château, prairie, chemin de fer, ville, campagne, colline, maison, etc.). Dans chaque enveloppe thématique, chaque équipe tire au sort trois papiers. Les deux équipes élaborent ensuite, à partir de ces éléments, un scénario qu'ils mettront en scène lors des phases suivantes.

Phase 2

Cette séance est consacrée à la réalisation des personnages et des décors décrits dans le storyboard. Les enfants s'organisent en équipe et ont à choisir entre différents matériaux mis à leur disposition (feuille, pâte à modeler, peinture, cartons, scotch, etc.) afin de confectionner les éléments nécessaires. Des premiers essais de mise en scène sont réalisés.

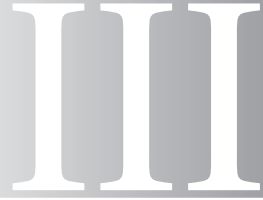
Phase 3

Cette séance permet de terminer les personnages et les décors. Les équipes se présentent à tour de rôle, à l'aide de leur écusson et d'un cri de ralliement, avant de mettre en scène leur scénario. Chaque enfant doit simultanément animer un décor, une figurine et dire un texte en respectant scrupuleusement le storyboard. Cette présentation est filmée, les enfants pouvant la visionner et peaufiner quelques détails s'ils le souhaitent. Les animateurs doivent aider les enfants à adapter leurs expressions émotionnelles, leurs langages corporels de façon plus générale pour que leur prestation soit crédible. La clôture de cette séance se fait de façon habituelle. Comme pour le goûter de clôture du module 1, il est demandé aux enfants d'apporter pour la prochaine séance des boissons, des bonbons, etc. Une invitation, si

possible préparée par les enfants, est donnée aux parents afin que ces derniers soient présents pour la représentation et la remise d'un « diplôme » de participation à la totalité du programme.

Fin du programme : présentation des vidéos aux familles, remise des diplômes

Les parents et les enfants sont accueillis dans la salle. Les équipes viennent à tour de rôle présenter leur film, qui est accueilli généralement très chaleureusement par les spectateurs. Afin de saluer le travail réalisé, les animateurs remettent ensuite aux enfants individuellement une sorte de diplôme accompagné de leurs félicitations. Les festivités peuvent alors démarrer...



Exercices pratiques pour les séances

Les exercices ne sont pas exhaustifs, ils sont présentés par thématique.

Exercices 1 à 9 relatifs aux émotions de base

N° 1. Mime des émotions

Sur huit petits bouts de papier sont inscrites les quatre émotions de base (joie, tristesse, colère, peur, deux fois chacune). Les petits papiers sont pliés en deux et mis dans un sac opaque. Chaque enfant doit tirer au hasard un papier et mimer ce qui est inscrit. Les autres doivent identifier l'émotion mimée. Chacun joue à tour de rôle dans le sens des aiguilles d'une montre. Le jeu est terminé lorsque tous les enfants ont joué au moins deux fois. Les petits papiers sont remis dans le sac après chaque tirage.

N° 2. Jeux de mimes

Chaque enfant doit mimer devant les autres une émotion qu'il aura écrite sur un petit bout de papier (en cas d'oubli) sans l'indiquer aux autres. Les autres sont invités à reconnaître l'émotion mimée.

N° 3. *Memory* des émotions

Un jeu de *memory* peut être fabriqué à partir de petites photos ou de dessins de visages, collés sur un papier cartonné (en double). Généralement, 12 paires sont suffisantes. Ces cartes sont positionnées face cachée sur le sol. Chaque enfant doit à tour de rôle (dans le sens des aiguilles d'une montre) retourner deux cartes. Le joueur suivant doit mémoriser les cartes au préalable retournées. Chaque fois qu'une paire identique est retournée, elle doit être retirée du jeu. Le jeu s'achève quand toutes les cartes ont pu être associées par paires. Le jeu peut être complexifié en proposant de constituer des paires qui ne sont pas strictement identiques mais qui représentent la même émotion. Celui qui a recueilli le plus de paires a gagné. Une difficulté dans ce jeu est que le groupe reste calme et que les enfants acceptent de perdre.

N° 4. Association d'image

Différents *smileys* correspondants aux émotions de base, exprimées selon différentes intensités, sont mis au sol. Ils doivent être positionnés rapidement sur les images correspondantes. Par ailleurs, le thermomètre émotionnel permet de « mesurer » l'intensité de l'émotion présentée.

N° 5. Devinettes

Une carte représentant un personnage exprimant l'une des émotions de base est tirée au sort par un enfant. Il doit alors inventer un petit scénario accompagnant l'émotion. (Exemple : *enfant souriant*, « *cet enfant est souriant parce qu'il a reçu une invitation à un anniversaire* »).

N° 6. Petites histoires dirigées

Plusieurs petites histoires sont racontées par les animateurs et les enfants doivent, à chaque fois qu'ils entendent un bip, symboliser l'émotion des personnages à l'aide de *smileys* mis à leur disposition. Quelques exemples sont présentés ci-dessous.

- *Un petit garçon voit un jeu de Pokémon® (BIP choix du smiley), il voit le prix, compte son argent, n'en a pas assez (BIP), il demande à sa maman de lui acheter le jeu, elle refuse mais il insiste et fait un caprice. Sa maman se fâche (BIP).*
- *Il pleut très fort, une petite fille glisse et tombe dans une flaque d'eau boueuse (BIP), ses copines se moquent d'elle (BIP visage de la petite fille). La maîtresse arrive et propose de l'aide à la petite fille (BIP). En classe, la maîtresse reparle de cet événement et explique aux enfants qu'il ne faut pas se moquer (BIP visage de la petite fille, de la maîtresse et des enfants).*
- *Un petit garçon part faire une promenade avec ses parents (BIP). Il court sur le chemin devant ses parents, tout à coup derrière un rocher surgit un gros chien. Il ne bouge plus (BIP). Ses parents l'appellent et le répriment pour être parti loin devant (BIP). L'enfant pleure (BIP), ses parents le consolent (BIP).*
- *Un fermier a des poules (BIP), un renard vient pour les manger ; le fermier le voit (BIP), le renard s'enfuit (BIP). Hélas, une poule est blessée (BIP).*
- *Un garçon voit un jeu de DS® (BIP), il voit le prix, compte son argent, n'en a pas assez (BIP), il demande à sa mère de lui acheter le jeu, celle-ci refuse (BIP), l'enfant insiste en criant, elle le réprimande fortement et menace de le punir (BIP).*
- *Un enfant se promène avec sa mère. Sur le chemin, il y a des empreintes de pas fossilisés de dinosaure (BIP). L'enfant est en train de lire un panneau d'explication sur le nom du dinosaure. Une pluie torrentielle les oblige à partir s'abriter, il n'a pas pu lire le nom du dinosaure (BIP), il y a des éclairs (BIP). Il y a eu tellement de pluie que le chemin est inondé et la promenade annulée (BIP). Sa mère lui propose de revenir la semaine suivante (BIP).*

N° 7. Mobiliser le toucher

Faire en pâte à modeler ou à la peinture, un bonhomme très simple, comme un *smiley*, selon l'une des émotions de base tirées au hasard (joie, colère, tristesse, peur).

N° 8. Travailler la reconnaissance auditive

Ce loto sonore (enregistrement audio) suppose d'enregistrer des sons se rapportant une émotion de base (joie, tristesse, peur, colère). Il peut s'agir

de phrases neutres enregistrées (« le chat dort ») énoncées avec des émotions différentes ou des voix de personnes sanglotant, criant, riant, effrayées, etc. L'enfant doit alors montrer la photo ou le *smiley* en rapport avec la phrase entendue.

N° 9. Élargir le champ lexical

Pour une émotion, il s'agit de retrouver les synonymes puis d'y associer les antonymes. Pour cela, il est plus facile d'établir une liste de mots se rapportant à une émotion. Le site Internet du CNRS de Caen met à disposition un dictionnaire des synonymes et antonymes¹.

Exemples :

- *Joie : bonheur, content, contentement, plaisir, jubilation, gaieté, liesse, satisfaction, heureux, souriant – abattu, accablé, éploré, morose, chagrin, peine, souci, désenchantement, désespoir, affliction, ennui, malheureux.*
- *Colère : agité, courroucé, emporté, exaspéré, irrité, rage, fâcher – apaisé, calme, placide, impassible.*
- *Dégoût : aversion, déplaisir, écœuré, découragé, répugnance, répulsion – attirance, délecter, envie, goût, satisfaction, inclination.*
- *Fier : heureux, orgueilleux, crâneur, dédaigneux, hautain, présomptueux, prétentieux, vaniteux – affable, avilissant, familier, honteux, humble, modeste.*

Exercices 10 à 16 relatifs aux émotions plus complexes

N° 10. Jeux de rôle

Il s'agit de demander aux enfants de commenter dans deux saynètes filmées les aspects relatifs aux émotions (joie, peur, colère, tristesse, fierté, honte), puis leur demander de les jouer devant le groupe.

N° 11. Mimes

Il s'agit de reprendre les émotions de base travaillées durant la séance n° 2 et d'y ajouter les deux émotions travaillées durant la séance n° 3. Le principe est le même que pour l'exercice n° 1. Il est possible de s'appuyer également sur des phrases simples correspondant à une émotion (tableau 7.1).

N° 12. Raconter une histoire

Chaque enfant raconte à tour de rôle un événement pour lequel il a éprouvé de la fierté ou de la honte. Ces émotions sont inscrites au préalable sur deux petits papiers qui sont tirés au sort, pour éviter que les enfants ne répètent les événements décrits par leur partenaire. Pour cet exercice, il vaut mieux que les participants restent assis à leur place.

¹ www.crisco.unicaen.fr/cgi-bin/cherches.cgi

Tableau 7.1**« Je mime des émotions »**

Peur	J'entends un bruit que je ne connais pas
	Je suis enfermé dans une pièce et je ne peux pas sortir
Joie	Je suis invité à un anniversaire
	Mon ami me félicite parce que j'ai gagné la course de vélo
	Je reçois un cadeau qui me plaît
Tristesse, pleurs	Personne ne parle avec moi, les autres parlent ensemble
	On se moque de moi parce que j'ai mis mon pull à l'envers
	Mon chat est mort
Colère	Mon jouet a été cassé
	Ma chambre a été rangée et mes jouets déplacés
	Quelqu'un me verse de l'eau sur la tête
Anxiété	J'ai fait une bêtise j'ai peur d'être grondé
	Il y a trop de monde dans la pièce
	Je dois rencontrer une personne que je ne connais pas
	Je me suis taché, j'ai honte et je veux me changer mais je n'ai pas de tee-shirt de rechange
Dégoût	À la cantine, on me force à manger quelque chose que je n'aime pas
	Je rentre dans une pièce où on a fumé et je n'aime pas l'odeur (cendrier plein)
Surprise (agréable)	Ma sœur m'offre un cadeau
Surprise (désagréable)	Quelqu'un frappe à la porte et je n'ai pas envie de le voir
Culpabilité	Je suis en train de faire une bêtise, je le sais, je la fais quand même (vider un verre d'eau par terre et marcher dedans)
	Je viens de faire quelque chose de mal (j'ai cassé le vase préféré de ma mère)
Honte	Je me rends compte que j'ai une tâche sur le nez
	J'ai uriné sur moi
Mécontentement (bouderie)	J'ai envie d'un gâteau, il n'y a pas celui que je veux
	Je veux m'habiller avec mon pantalon gris, il est au sale
	Je dois prendre une douche, je n'en ai pas envie
Ennui	Des camarades de classe discutent entre eux, mais ça ne m'intéresse pas
	La leçon ne m'intéresse pas
	Je suis à la maison, je ne sais pas quoi faire
Fierté	Je suis le premier de la classe
	J'ai marqué un but
	J'arrive seul à faire mes lacets

N° 13. Association de saynète et du *smiley* équivalent

Une petite saynète est racontée par l'animateur. Un enfant (à tour de rôle dans le sens des aiguilles d'une montre ou inversement, pour éviter d'éventuels conflits) doit écouter l'histoire et y associer le *smiley* à l'émotion évoquée.

Exemples :

- *Jean rentre à la maison, il a gagné une coupe en remportant un tournoi de tennis (smiley). Son frère Arthur veut prendre le trophée pour le regarder de plus près. Jean refuse, ils se disputent très fort. Arthur part en pleurant dans sa chambre. Jean ne se sent pas très bien (smiley).*
- *Thomas s'est habillé rapidement ce matin, il arrive dans la cour de récréation. Ses camarades de classe se mettent à rire en le voyant. Thomas s'aperçoit qu'il a mis son pull à l'envers (smiley).*
- *Marie porte son plateau à la cantine, elle cherche une place. Des filles de son âge lui proposent de s'installer à leur table. Quand elle raconte le soir à sa mère ce qui s'est passé, sa mère la félicite car d'habitude Marie est très timide et refuse de s'asseoir avec ses camarades (smiley).*

N° 14. Trouver très vite l'émotion correspondante

Pour ce jeu, une phrase est énoncée par l'animateur et chaque enfant doit rapidement choisir le *smiley* correspondant et le montrer aux autres.

Exemples :

- *Jean a 20/20 en mathématiques.*
- *Henri a renversé son plateau de cantine devant tout le monde.*
- *Quentin a marqué un but au foot.*
- *Lucie a oublié de se peigner, elle s'en aperçoit à l'école.*
- *Marie a pris le bus pour la première fois toute seule.*
- *Emma a réussi son bilan de français.*
- *Charles a une tache sur son tee-shirt.*
- *Agathe a recueilli un petit chat.*
- *François est le meilleur de sa classe en informatique.*
- *Christophe avait très envie d'aller aux toilettes, mais il n'a pas eu le temps.*

N° 15. Le « kim goût »

Avant le début de la séance, les animateurs déposent sur une assiette en carton plusieurs petites cuillérées de condiments différents (moutarde, jus de citron, Nutella®, sel, ketchup et miel). Les enfants sont installés en cercle autour d'une table. Un premier enfant est tiré au sort (les prénoms sont inscrits sur des petits papiers de taille identique par les enfants qui les mettent dans un petit sac en tissu). Un animateur choisit au hasard un papier sur lequel est notée une des saveurs qui sera goûtée par l'enfant tiré au sort (ses yeux sont bandés). L'enfant doit deviner la saveur. Les autres doivent décrire à partir de sa mimique son émotion puis vérifier si ce

qu'ils ont perçu est confirmé par l'enfant qui a goûté les aliments (« tu as aimé, tu as détesté ? Montre-nous sur le thermomètre émotionnel »). Ce jeu soulève en général beaucoup d'enthousiasme. Le jeu n'est proposé que deux fois, pour éviter des tensions mais également parce que les enfants, une fois l'effet de surprise passé, donnent souvent des indications à leur camarade (souvent des exclamations étouffées, puisqu'ils n'ont pas le droit de parler).

N° 16. Le « culbuto »

Cet exercice est utilisé dans de nombreuses thérapies de groupe, rééducations individuelles mais également dans des stages en entreprise. L'enfant est placé dos à l'un des animateurs, les bras écartés et il a comme consigne de se laisser tomber en arrière jusqu'à ce que l'animateur le rattrape (il faut faire cet exercice sur des tapis de sol). En général dans le groupe, il y a souvent un enfant plus à l'aise qui demande spontanément à commencer et qui va servir ainsi de modèle aux autres. Dans le cas contraire, ce sont les animateurs qui montrent comment faire. Les enfants sont toujours chaleureusement félicités, remerciés par les animateurs et applaudis par leurs pairs. Les enfants passent à tour de rôle en faisant la queue. Celui qui a réalisé l'exercice vient se replacer au bout de la queue pour reprendre sa place.

Cet exercice présente plusieurs difficultés. La première est simplement d'ordre physique et dépend de l'âge, du poids et de la taille de l'enfant. La seconde est liée à la difficulté pour l'enfant de contrôler son tonus et sa posture. Parfois, il est nécessaire de refaire l'exercice plusieurs fois pour qu'il soit compris. D'autres fois, il est nécessaire d'interrompre cet exercice au bout de deux passages environ par enfants, certains appréciant excessivement les stimulations vestibulaires qui y sont associées.

Exercices 17 à 27 relatifs à la métacommunication

N° 17. Jeux de comptine enfantine

Les enfants sont installés par équipe de deux. En cas de nombre impair, l'un des enfants forme équipe avec l'animateur. Les enfants entament en cœur la comptine bien connue « je te tiens, tu me tiens, par la barbichette, le premier qui rira aura une tapette » avec bien sûr les gestes appropriés. Le but du jeu est de regarder le plus longtemps possible son partenaire sans rire. Les scores des enfants sont notés sur le *paperboard*. Les couples formés sont changés au bout de deux fois, afin que les partenaires ne soient pas toujours les mêmes. Les scores sont consultés très régulièrement pour aider les enfants à les augmenter. L'animateur se déplace d'un groupe à l'autre pour aider les enfants, vérifier qu'il n'y a pas de tensions et surveiller la direction des regards.

N° 18. Regarder l'autre

Deux enfants sont placés l'un face à l'autre, assis au sol, devant le reste du groupe. Leur consigne est de se regarder droit dans les yeux. Le premier qui détourne son regard a perdu. Celui qui a perdu reste à sa place et un autre enfant remplace son partenaire. Des scores de réussite peuvent être proposés. Les enfants sont toujours chaleureusement applaudis, félicités.

N° 19. Jeu de miroir des émotions

Des petits papiers, sur lesquels sont inscrites des émotions travaillées en séance, sont placés dans un sac en tissu. Un enfant tire au hasard l'un des petits papiers. Un autre enfant se place face à lui. Le premier mime l'émotion tirée au sort, le second doit l'imiter comme s'il était son miroir. Ils vérifient ensuite avec un miroir l'adéquation de la mimique. Ce jeu se réalise à tour de rôle, chacun devant participer.

N° 20. Jeux de mobilité praxique

Ce jeu utilise un matériel éducatif préexistant (jeu de praxies faciales comme gonfler les joues, tirer la langue ou creuser les joues). Les enfants sont en cercle. L'animateur présente les cartes faces cachées à un enfant qui pioche une de ces cartes, la regarde et la retourne sans la montrer aux autres. Il doit ensuite reproduire la praxie qui est figurée sur la carte. L'animateur montre alors la carte aux autres enfants qui commentent la praxie faite par l'enfant puis l'imitent à leur tour. Le jeu se fait à tour de rôle dans le sens des aiguilles d'une montre. Deux à trois tours sont proposés au maximum.

N° 21. Répétition de phrases

Des phrases simples doivent être répétées selon des modalités prosodiques différentes. Exemple : « le chien est dans la niche » est dit sur les modes interrogatif, exclamatif, impératif, en variant ensuite les schémas mélodiques selon différentes émotions (triste, gaie, effrayée, apeurée, agacée), puis l'intensité (forte, faible) et le débit (lent, rapide).

N° 22. Répétition de phrases absurdes

L'exercice se réalise assis en cercle. Il peut être réalisé selon deux niveaux de difficulté. De façon simple, l'animateur énonce une phrase aberrante (« le chien mange le chat » par exemple) sur une première intonation. Il demande ensuite à un enfant de reproduire cette phrase avec la même intonation, puis l'animateur reprend cette phrase avec une nouvelle intonation et il demande à un autre enfant de la reproduire avec cette intonation, et ainsi de suite jusqu'à ce que tous les enfants aient participé. Le rythme est très soutenu. Le même exercice peut être réalisé de façon plus complexe. L'animateur principal énonce la phrase sur un ton neutre. Chaque enfant tire au sort un petit papier qui lui indique la tonalité expressive qu'il doit produire (gai, triste, effrayé, en colère, dégoûté,

surpris, interrogatif). Les autres enfants répètent la phrase avec l'intonation émise par leur partenaire et doivent ensuite deviner l'intonation exprimée. L'exercice se fait à tour de rôle. Deux tours sont suffisants, en raison de la difficulté de l'exercice.

N° 23. Exercice de modulation de la voix avec le visage figé

La phrase « je vais dans ma chambre maintenant » doit être répétée selon les différentes émotions que l'on doit ressentir. Celles-ci sont écrites sur des petits bouts de papier tirés au sort (je suis content, je suis triste, je suis en colère, j'ai honte, je me sens coupable, j'ai peur, je suis surpris, je suis dégoûté, je suis angoissé, je boude, je m'ennuie). Pour réaliser cet exercice tous les enfants doivent être debout et rester parfaitement impassible, seule l'inflexion de la voix doit donner un indice. Les autres enfants doivent deviner l'émotion exprimée.

N° 24. Exercice de modulation de la voix + visage mobile

Cet exercice est le même que le précédent, tout en demandant aux participants de mobiliser leur visage.

N° 25. Exercice de modulation de la voix + visage + corps

Cet exercice vient compléter les deux précédents et implique la mobilisation de la voix, du visage et du corps. Les participants ont la liberté de reproduire les émotions sur des modalités d'intensité élevée (effet facilitateur), mais les animateurs doivent veiller à ce que celles-ci ne soient pas systématiquement caricaturées par tous les participants. Il est intéressant de travailler de façon conjointe avec le thermomètre émotionnel pour graduer l'émotion exprimée par l'enfant.

N° 26. Travail sur la posture

Deux papiers sont mis dans un sac en tissu. Sur l'un est écrit « je me tiens mal », sur le second est écrit « je me tiens bien ». Cet exercice se fait debout en demi-cercle. Les enfants doivent à tour de rôle tirer au sort l'un des papiers et mimer l'attitude correspondante sans aucune vocalisation. Un partenaire « passif » est nécessaire pour faciliter la tâche. Celui-ci se tient face à celui qui réalise le mime. Les autres enfants doivent énoncer tous les éléments leur permettant d'argumenter leur réponse. Par exemple : il se tient trop droit, il ne regarde pas, il se gratte le nez, il est trop près, etc. Ce jeu peut être réalisé en position debout mais également en position assise sur une chaise ou au sol, afin de généraliser le travail sur les postures. Il est souhaitable de faire en sorte que chaque enfant ait pu réaliser l'exercice selon les deux modalités proposées.

N° 27. Le contact visuel

Cet exercice se construit sur le même modèle que le précédent. Sur deux petits bouts de papier sont inscrits cette fois-ci « je regarde comme il faut la personne avec laquelle je parle », « je ne regarde pas comme il faut la personne avec laquelle je parle ». Il faut proposer comme toile de fond un sujet de conversation relativement neutre. Par exemple, éviter la météo s'il y a un « fan » de météo, etc. Il est souhaitable de faire en sorte que chaque enfant ait pu réaliser l'exercice selon les deux modalités proposées.

Exercices 28 à 35 relatifs aux habiletés conversationnelles

N° 28. La tour de conversation

Des petits sujets de conversation sont inscrits au préalable sur des papiers (les animaux domestiques, les animaux sauvages, le sport, la télévision, la nourriture, la mer, les moyens de transports, etc.) placés dans un sac en tissu. Les enfants sont placés en cercle et chacun se voit attribuer quatre rectangles en bois. Le jeu se fait dans le sens des aiguilles d'une montre. Le benjamin du groupe doit tirer au sort un sujet de conversation. Si le groupe semble en difficulté, l'animateur principal peut amorcer la conversation. Selon le sujet de conversation, le premier joueur doit dire une phrase appropriée et placer son rectangle en bois sur le sol. Le second joueur doit également dire une phrase qui respecte le sujet de conversation et placer son rectangle en bois sur le premier. Le troisième également et ainsi de suite. Il s'agit donc de maintenir le sujet de conversation en cours, celui qui rompt la conversation (en changeant de sujet ou en passant du coq à l'âne par exemple) entraîne la destruction de la tour. Un autre sujet est à nouveau tiré au sort et le jeu reprend. Il s'agit alors de construire une tour avec tous les rectangles mis à la disposition des participants. Une difficulté réside dans le fait d'éviter de répéter ce qui a déjà été dit auparavant ou ce qu'a dit le voisin.

Exemple. *Sujet les animaux* : « – J'aime les animaux. – Surtout les chats. – Je pense que ce sont des animaux très intelligents. – Ils chassent les souris. – Les souris sont des mammifères. – Elles se reproduisent vite. », etc. Même si l'ensemble des propos peut paraître décousu, il est essentiel que la thématique conversationnelle « les animaux » soit respectée. La tour de conversation est rompue si l'un des participants y ajoute un propos de type « il n'y a jamais de dessert au chocolat à la cantine ».

N° 29. Jeux de paires

Douze thèmes sont proposés et écrits sur un morceau de papier (guirlande, sel, fleur, poivre, mer, bateau, printemps, couvert, assiette, sapin, cahier, crayon). Chaque enfant tire au sort un petit bout de papier sur lequel est noté le mot. Les enfants installés en cercle, énoncent le mot écrit à tour de rôle. Les enfants

doivent ensuite reconstituer les paires (guirlandes avec sapin, cahier avec crayon, etc.) en rejoignant le bon partenaire. Ce jeu requiert l'attention des locuteurs et des interlocuteurs.

N° 30. Exercice d'écoute

Les enfants sont tous debout en cercle. Un groupe de trois est constitué (locuteur, auditeur, observateur). Les autres enfants restent en observateur. Le locuteur rapporte un événement (personnel ou imaginé), l'auditeur écoute et restitue ce qu'il a compris, l'observateur répète et réajuste éventuellement les propos de l'auditeur. Chacun change de position dans le groupe jusqu'à l'occupation des trois positions.

N° 31. Exercice d'improvisation

Il s'agit à présent de proposer aux participants des exercices « d'exposition en contexte » en référence à une situation sociale. Deux participants doivent se lever face aux autres et se raconter leurs dernières vacances. De façon idéale, cet exercice peut être filmé pour pouvoir être ensuite retravaillé. Les autres membres du groupe deviennent des observateurs actifs et doivent relever, en silence, tous les dysfonctionnements de cette conversation (les blancs, le manque de dynamisme, le non-respect des règles...) ou, au contraire, tout ce qui a bien fonctionné (alternance de tour de parole...). Lorsque les deux partenaires ont terminé, les observateurs doivent mentionner ce qui leur a paru positif ou négatif durant cette conversation. Les animateurs doivent rester très vigilants pour que les observations faites ne soient pas trop négatives ou du moins les présenter de façon positive. Exemple : « *Tu as coupé la parole de A, mais tu as bien su terminer la conversation.* »

Un grand nombre de thématiques peut être proposé : mon dernier anniversaire, la dernière fois que j'ai été malade, mes prochaines vacances, le dernier film que j'ai vu, le dernier jeu vidéo, le téléphone portable, etc. Il faut que tous les membres du groupe aient pu participer.

N° 32. Exercice de mise en situation

Selon les mêmes principes que pour l'exercice précédent, deux participants doivent se lever face aux autres. Ils doivent cette fois-ci jouer une situation. Celle-ci est relativement courte. Un rôle est attribué à chacun par l'animateur principal.

Exemples :

- *Je rencontre un camarade de classe dans la rue.*
- *Je rencontre un camarade de classe en faisant la queue pour aller voir un film.*
- *Je raconte l'histoire d'un livre à un professeur.*
- *Je raconte l'histoire d'un livre à un ami.*
- *Un inconnu me demande l'heure.*
- *Un copain me demande l'heure.*

N° 33. Savoir poser une question

Tous les enfants sont assis en cercle. La consigne est de poser une question à son voisin, qui en posera une à son voisin et ainsi de suite. Aucune réponse n'est attendue, mais il ne faut pas qu'une question soit posée deux fois. Cet exercice est relativement difficile et doit se faire sur un rythme soutenu. Chacun des joueurs doit jouer au moins trois fois.

N° 34. Savoir répondre

Cet exercice est l'inverse du précédent. La consigne consiste cette fois-ci à faire une réponse (n'importe laquelle, par exemple : « *oui, j'aime le fromage* », « *non, je n'aime pas le football* »), à son voisin, sans que celui-ci n'ait posé de question. Il va se tourner ensuite vers son voisin et lui faire une réponse, le voisin se tourne vers le suivant et ainsi de suite. Chacun des joueurs doit au moins participer trois fois. Les réponses peuvent être absurdes pour présenter un caractère ludique. L'intensité de la voix et la prosodie doivent être contrôlées.

N° 35. Jeux de rôle

Deux participants doivent se lever face aux autres et simuler une mise en situation contextuelle simple. Il faut que tous les membres du groupe puissent participer à ces jeux de rôle.

Quelques thèmes conversationnels sont proposés ici pour illustrer la séance n° 9 du module 1 :

- *Demander l'heure à un camarade.*
- *Demander ce qu'il a fait hier.*
- *Demander à quelqu'un son nom, son âge et sa classe.*
- *Proposer à quelqu'un de jouer avec lui.*
- *Proposer à quelqu'un de lui prêter son jouet.*
- *Proposer à quelqu'un de l'aider à ranger.*
- *Arriver quelque part où tu ne connais personne et arriver à rencontrer une personne.*
- *Réconforter un ami qui est triste car on s'est moqué de lui.*
- *Dire à un ami que nous sommes contents car demain c'est notre anniversaire.*

Exercices 36 à 43 relatifs aux habiletés sociales

Ces exercices se réalisent à deux ou trois personnes en suivant le script du scénario proposé. Après avoir lu le scénario et s'être partagé les rôles (avec l'aide de l'animateur principal), ceux-ci se placent devant leurs camarades pour réaliser l'exercice. Ces derniers écoutent attentivement et repèrent la thématique clé évoquée par le scénario. La scène peut être rejouée par d'autres. L'idéal est de pouvoir filmer et présenter les deux interprétations du même scénario.

Attention, les animateurs doivent toujours veiller à renforcer de façon positive les jeux des acteurs et formuler des critiques négatives contrebalancées par des critiques positives. Des applaudissements suivent chaque représentation scénique.

N° 36. Développer une relation amicale

Faire une invitation à une fête, un repas ou au ciné.

Exemples :

- *Deux élèves de ma classe discutent ensemble, je voudrais devenir aussi leur ami. Je m'approche d'eux et je les salue. Je m'excuse de les interrompre mais je leur dis que j'aimerais bien les inviter chez moi pour passer un peu de temps ensemble à jouer aux jeux vidéo. S'ils sont d'accord je leur propose une date et je leur demande leur numéro de téléphone pour pouvoir demander l'autorisation à leurs parents. S'ils ne sont pas d'accord, je dis « ce n'est pas grave, ce sera pour une prochaine fois ».*
- *Une nouvelle fille est arrivée dans la classe, elle me paraît sympathique, j'aimerais l'inviter au cinéma, mais j'ai un peu peur. Je la vois dans la cour un peu seule, je m'approche d'elle, je la salue et je lui demande comment ça va. Je lui parle d'un film que j'ai envie de voir. Je lui demande si elle n'a pas envie de venir le voir avec moi. Si elle me dit oui, je lui propose une date et réfléchis à la façon d'y aller. Je la remercie et je m'éloigne pour aller faire autre chose. Si elle me dit non. Je lui dis « d'accord, ce n'est pas grave, ce sera pour une prochaine fois » et je m'éloigne pour aller faire autre chose.*

N° 37. Donner une bonne image de soi

Demander à l'enfant de commenter le texte suivant, en parlant de son expérience personnelle et de son ressenti :

- *Mon image est importante. Je fais attention à être toujours propre, je me lave les dents matin et soir, je prends une douche tous les jours et je change mes vêtements dès qu'ils sont sales. Je fais attention aux vêtements que je porte (leur couleur, leur taille, leur propreté...). Être à la mode, c'est-à-dire m'habiller comme la plupart des jeunes de mon âge, peut me permettre de me rapprocher de mes camarades. La façon dont je communique est aussi importante. Je dois donc regarder dans les yeux quand je m'adresse à quelqu'un (par exemple, pour lui dire bonjour), je suis souriant et je me tiens bien.*

N° 38. Faire partager ses émotions

Des exemples à commenter avec les enfants :

- *J'arrive pour la première fois dans un club de tennis. Je ne connais personne. Je m'approche de quelqu'un et le salue. Puis je lui dis que j'ai un peu peur parce que je ne connais personne.*
- *Mon chat s'est fait écraser hier. Je suis très triste. À l'école, un copain me demande ce qui ne va pas, je lui dis que je suis très malheureux et je lui explique ce qui s'est passé.*

- *Quelqu'un s'est moqué de moi en classe, je suis triste. Je vais le voir à la récréation et je lui dis sans avoir peur que ce qu'il m'a dit m'a fait de la peine, que je suis triste et que je ne veux plus qu'il continue à se moquer de moi. Il me dit pardon, et je lui dis « bon ce n'est pas grave ».*
- *J'ai réussi à faire quelque chose de bien : j'ai atteint le niveau trois de mon jeu vidéo, je vais voir un copain et je lui raconte que je suis fier d'avoir réussi ce jeu qui était très dur.*

N° 39. Savoir rendre service

Des exemples à commenter avec les enfants :

- *Un copain a fait tomber ses affaires par terre, je m'approche et je lui demande s'il a besoin d'aide, s'il dit oui je l'aide, s'il dit non je lui dis « n'hésite pas la prochaine fois, si je peux t'aider ».*
- *Il faut bouger les tables dans la classe. Un copain ou une copine n'y arrive pas car c'est trop lourd, je lui propose tout de suite mon aide et je lui dis « comme ça à deux, ce sera plus facile ».*

N° 40. Proposer un service

Des exemples à commenter avec les enfants :

- *Je vois quelqu'un qui a du mal à porter quelque chose, je lui propose de l'aide.*
- *Je vois quelqu'un qui a besoin d'une agrafeuse, je lui propose la mienne s'il veut.*

N° 41. Échanger sur un sujet : savoir initier, maintenir et clore une discussion

Des exemples à commenter avec les enfants :

- *Je suis dans la salle d'attente du Dr Bidule. Il y a une personne de mon âge qui attend elle aussi. Je lui dis bonjour. Elle me répond par un bonjour. Je lui demande si elle attend depuis longtemps elle me répond oui et qu'elle s'ennuie un peu. Je lui demande pourquoi elle est là, elle me raconte qu'elle a mal aux dents depuis deux jours, je lui réponds que moi aussi j'ai mal et que j'ai un peu peur du dentiste, je lui demande si elle le connaît. Elle me dit oui et qu'elle est très gentille. Je lui demande sa classe, elle me répond puis à mon tour je lui dis ma classe. Le dentiste arrive. Nous lui disons bonjour. Je dis à ce nouvel ami que j'ai été content de patienter en sa compagnie.*

N° 42. Savoir écouter

Des exemples à commenter avec les enfants :

- *Un copain me parle de son sport préféré. Je lui dis que moi ce sport ne me plaît pas mais que je veux bien qu'il m'explique comment il y joue. Il me raconte les règles du jeu, et je l'écoute en hochant la tête, en le regardant dans les yeux, en lui disant oui, je lui pose une question pour bien lui montrer que je l'écoute et que ce qu'il me dit m'intéresse, et que je suis content de parler avec lui.*

N° 43. Savoir reconforter

Des exemples à commenter avec les enfants :

• *Mon copain me parle d'un accident de voiture qu'il a eu hier avec sa mère. L'accident n'était pas grave mais la voiture est abîmée et a dû être amenée à un garage par une dépanneuse. Mon copain se fait du souci pour savoir comment il va faire pour que sa mère puisse avoir une nouvelle voiture. Je le reconforte et je lui dis que plusieurs solutions sont possibles. La voiture sera peut-être vite réparée, que sa mère a peut-être une assurance et que le garage prêterait peut-être une autre voiture en attendant que la leur soit réparée. Je lui explique que le plus important, c'est que personne n'a été blessé.*

Exercices 44 à 54 relatifs à la résolution de problèmes

N° 44. Exposition en situation dirigée

Tous les enfants sont assis en cercle par terre. Leurs prénoms sont écrits sur des petits bouts de papier et mis dans un sac en tissu. Le plus âgé vient en retirer un. L'enfant désigné vient se mettre à côté de l'animateur. Plusieurs feuilles de papier sur lesquelles ont été inscrits au préalable différents types de problèmes lui sont proposées. Il doit en choisir une au hasard. Ce problème peut être d'ordre amical, matériel, etc. Tous les enfants interviennent à tour de rôle, leurs partenaires étant invités à les aider à résoudre le problème en proposant des solutions alternatives. Ces solutions alternatives vont être notées par l'enfant lui-même selon un degré potentiel d'efficacité.

Exemples :

- *J'ai plein de boutons sur la figure et je suis invité à un anniversaire.*
- *J'ai peur de faire du vélo, mais lundi il y a une sortie de classe à vélo.*
- *J'ai oublié mon sac avec mon pique-nique dans le bus, ce dernier est reparti et il est midi.*
- *Le professeur de mathématiques est malade.*
- *Il y a un incendie qui s'est déclaré dans la cuisine et je suis seul.*
- *J'ai oublié ma trousse de toilettes pour partir en classe verte.*

N° 45. Exposition en contexte de réalité

Cet exercice s'appuie sur les principes du précédent, mais cette fois-ci, les enfants doivent exposer des problèmes personnels (dans le respect de leur intimité et de ce qu'ils souhaitent partager avec les autres). L'enfant désigné se place à côté de l'animateur et expose son problème. Cet exercice est réalisé sur plusieurs séances (n° 2 et 3, module 2), le temps utile à chaque enfant pouvant être long, puisque le scénario est plus personnel. Des solutions lui sont proposées par les animateurs et par les enfants. Ces solutions sont appliquées par l'enfant dans la semaine et leurs résultats notés selon une échelle de 1 à 10. L'enfant est invité lors de la séance suivante à raconter

ce qui s'est passé (déroulement de l'action en contexte, efficacité de la solution appliquée).

N° 46. Demander de l'aide

Cet exercice s'appuie sur des techniques de jeux de rôle. Deux enfants se lèvent et se placent face au groupe. L'un d'entre eux joue une situation dans laquelle il demande une aide, tandis que l'autre doit lui apporter une aide appropriée. Ce jeu de rôle, s'il peut être filmé, peut se travailler avec des arrêts sur image et des commentaires. Les rôles sont ensuite inversés sur la même thématique. Deux autres enfants viennent mimer une scène différente.

Exemples :

- *Je suis en train de faire un travail par écrit, mon stylo-plume ou ma mine est cassé, je n'ai pas de crayon. Que faire ? Il faut pourtant que je continue ce que j'étais en train de faire, je vais voir l'adulte et je lui demande de l'aide, l'adulte s'approche constate mon souci et m'apporte une aide, je le remercie.*
- *Je rentre dans une pièce pour trouver un objet que je cherche dans un placard. Je ne le trouve pas, je m'aperçois qu'il y a une personne assise dans un fauteuil, et qui lit un magazine. Elle a peut-être la solution. Je la salue et je lui demande si elle sait où se trouve ce que je cherche, elle ne sait pas non plus et décide d'aller chercher une troisième personne qui le sait. J'attends tranquillement sans m'inquiéter, elles reviennent, je salue la nouvelle personne et je lui explique mon problème, elle m'aide à trouver ce que je cherche. Je les remercie toutes les deux pour leur aide et je m'en vais en leur souhaitant une bonne fin de journée.*

N° 47. Faire une demande

Comme l'exercice précédent, il s'agit de mettre en place des jeux de rôle. Deux enfants se lèvent, et se placent face au groupe. L'un doit faire une demande, tandis que l'autre doit lui répondre de façon appropriée. Ce jeu de rôle, s'il peut être filmé, peut se travailler avec des arrêts sur image et des commentaires. Les rôles sont ensuite inversés sur la même thématique. Deux autres enfants viennent mimer une scène différente. Les thématiques sont nombreuses, elles peuvent être inscrites sur des petits bouts de papier tirés au sort. Les participants doivent se référer à la fiche se rapportant à la séance 3 du module 2 (comment demander).

Exemples :

- *Faire une invitation (à deux).*
- *Venir jouer avec moi.*
- *Demander de l'aide pour un devoir à un camarade, à la maîtresse.*
- *Demander des explications lorsqu'on ne comprend pas à la maîtresse, des adultes, des copains.*
- *Demander à quelqu'un d'arrêter de faire quelque chose qui nous dérange : de parler en classe, de parler trop fort, de l'empêcher d'écouter.*

N° 48. Refuser

Deux enfants se lèvent, se placent face au groupe. L'un fait une demande, tandis que l'autre doit refuser sa demande de façon assertive. Ce jeu de rôle, s'il peut être filmé, peut se travailler avec des arrêts sur image et des commentaires. Les rôles sont ensuite inversés sur la même thématique. Deux autres enfants viennent mimer une scène différente. Les thématiques sont nombreuses, elles peuvent être inscrites sur des petits bouts de papier tirés au sort. Les participants doivent se référer à la fiche de la séance 3 du module 2 (comment refuser).

Exemples :

- *Une invitation.*
- *Faire une bêtise avec un copain qui me le demande ou qui veut m'en faire faire une.*
- *Participer à une activité non obligatoire.*
- *Faire une activité obligatoire. Proposer un compromis (différer dans le temps) dans les situations suivantes : ranger sa chambre, faire ses devoirs, aller se laver les dents, aller se peigner, aller s'habiller...*

N° 49. Faire une critique (valence négative)

Deux enfants se lèvent et se placent face au groupe. L'un d'entre eux formule la critique, tandis que l'autre doit lui répondre de façon appropriée. Ce jeu de rôle, s'il peut être filmé, peut se travailler avec des arrêts sur image et des commentaires. Les rôles sont ensuite inversés sur la même thématique. Deux autres enfants viennent mimer une scène différente. Les thématiques sont nombreuses, elles peuvent être inscrites sur des petits bouts de papier tirés au sort. Les participants doivent se référer à la fiche se rapportant à la séance 4 du module 2 (faire une critique).

Exemples :

- *Ma mère a déplacé mes objets dans ma chambre.*
- *Mon frère m'a emprunté ma raquette de tennis sans me le demander.*
- *Mon ami arrive en retard, nous avons manqué la séance de cinéma.*
- *Ma sœur a oublié mon anniversaire.*
- *Un camarade me pousse et j'ai failli tomber.*

N° 50. Faire une critique (valence positive)

Il s'agit du même exercice que le précédent, comportant cette fois-ci des items pour lesquels il faut émettre une critique positive. Cet exercice permet de mettre en évidence la notion de valorisation de la relation avec autrui, celle-ci ayant souvent besoin d'être alimentée par des éléments positifs.

Exemples :

- *Mon copain est arrivé en final de la compétition de judo.*
- *Ma sœur a une jolie robe aujourd'hui.*
- *Maxime a eu une meilleure note que moi en mathématiques.*

- *J'ai adoré le gâteau d'anniversaire de Clotilde.*
- *La sortie que le professeur principal a organisée à la Cité des sciences était très bien.*

N° 51. Réagir à une critique injustifiée

Tout comme dans les exercices 48 et 49, deux enfants se lèvent et se placent face au groupe. L'un d'entre eux formule une critique, tandis que l'autre doit lui répondre. Ce jeu de rôle, s'il peut être filmé, peut se travailler avec des arrêts sur image et des commentaires. Les rôles sont ensuite inversés sur la même thématique. Deux autres enfants viennent mimer une scène différente. Les thématiques sont nombreuses, elles peuvent être inscrites sur des petits bouts de papier tirés au sort. Les participants doivent se référer à la fiche se rapportant à la séance 4 du module 2 (recevoir une critique injustifiée). Cet exercice peut permettre de travailler sur la façon de réagir aux moqueries et insultes.

Exemples :

- *Un camarade de classe se moque de moi.*
- *La maîtresse me reproche d'avoir copié sur mon voisin.*
- *Un camarade me dit que je suis nul au foot.*
- *J'ai perdu mon sweat-shirt : ma mère me dit que je perds toujours mes affaires.*
- *Un camarade de classe me traite de « bigleux ».*

N° 52. Faire partager ses émotions

Deux enfants sont désignés ou tirés au sort et se placent face au groupe. L'un mime une expression de joie ou de tristesse, de colère ou de surprise et verbalise les faits à l'origine de ces émotions. L'autre enfant doit montrer son empathie. Il s'agit dans cet exercice d'illustrer un item précis de la séance 4 du module 2 (savoir parler de ses émotions). Pour cet exercice la fiche de cette séance est nécessaire. Le jeu de rôle est filmé ou commenté pour que les enfants puissent argumenter l'un des exercices suivant (n° 54) ou précédant.

Exemples :

- *Je suis triste, j'ai eu une mauvaise note.*
- *Le père de mon ami est très malade.*
- *Je n'arrive pas à faire comme il faut en sport.*
- *Mon chien est chez le vétérinaire.*
- *Je devais partir en classe verte, mais elle a été annulée.*
- *Je n'ai plus le droit de jouer avec mon jeu vidéo le soir.*
- *Mes parents refusent de m'acheter des Pokémon® et je n'ai plus d'argent de poche.*
- *Je ne me suis pas levé à l'heure ce matin, du coup j'étais en retard.*
- *J'ai ouvert le placard, il y avait une souris dedans.*
- *Quand j'ai ouvert le réfrigérateur, un pack de lait ouvert est tombé.*

N° 53. Faire des compliments, situation artificielle

Les enfants sont assis au sol, en cercle. L'animateur principal démarre le tour de rôle en regardant son voisin et en lui faisant un compliment (« *j'aime la couleur de ton tee-shirt* »). L'enfant doit le remercier (« *merci, c'est gentil, ce que tu me dis me fait plaisir* »), se tourner vers son voisin et formuler également un compliment (quel qu'il soit : « *j'aime les couleurs de tes yeux* », « *j'aime la façon dont tu parles* »). Celui qui vient de recevoir le compliment doit remercier et se tourner vers son voisin et ainsi de suite. Très rapidement, les enfants ont tendance à toujours énoncer le même type de compliment (tu es beau, etc.). Il est donc important de les aider à utiliser le champ lexical qu'ils possèdent mais qu'ils ne savent pas transférer dans cette situation concrète.

N° 54. Faire des compliments, situation contextuelle

Cet exercice s'appuie sur l'exercice n° 52 ou tout autre exercice nécessitant l'intervention des enfants dans des mises en scène. Il est demandé à chaque enfant de dire ce qu'il a trouvé de bien dans ce qu'il a observé. Les tours de rôle doivent impérativement être respectés, tout dérapage évité et anticipé par les animateurs en rappelant la fiche concernant les règles (on ne se moque pas, etc.)

Exercices 55 à 60 utilisant la médiation de jeux conventionnels pour favoriser l'activité de groupe

N° 55. Jeu du baccalauréat

Deux équipes sont constituées. Les animateurs sont inclus dans ces équipes afin d'en réguler les difficultés comportementales (favorisées par ce type d'activité). Un chef de groupe est tiré au sort (les prénoms sont inscrits sur de petits papiers, mis dans un sac en tissu), par l'animateur. Le chef d'équipe doit changer à chaque partie. Tous les enfants doivent occuper la position de « leader » au moins une fois. Le jeu consiste à présenter un tableau pour chaque équipe, comportant plusieurs colonnes. Une lettre tirée au sort permet de compléter le tableau, en inscrivant dans chaque colonne un mot commençant par la lettre retenue et correspondant à la catégorie demandée.

Exemple :

Prénom	Métier	Végétal	Animal	Pays

L'animateur de l'une des deux équipes récite l'alphabet dans sa tête à partir d'un signal donné par le chef de groupe. Ce dernier va l'arrêter (« stop »), une lettre est ainsi tirée au sort. Les deux équipes disposent alors de deux

minutes pour remplir les colonnes du tableau. La première équipe qui a terminé arrête le jeu, les résultats pour chaque équipe sont comptabilisés, celle qui obtient le score le plus élevé a gagné. Le chef de groupe pendant le jeu a pour mission de répartir les tâches : celui qui écrit, celui qui lit les résultats, etc. C'est ensuite l'équipe suivante qui détermine la lettre selon la même procédure.

N° 56. Jeu du pendu

Les mêmes principes que ceux de l'exercice précédent sont retenus pour ce jeu très connu. Le chef de groupe de l'équipe n° 1 va choisir un mot et l'inscrire au dos d'un papier. L'équipe adverse (n° 2) essaye de le trouver en énonçant les lettres de l'alphabet et en essayant de deviner le mot. À chaque échec, le chef de groupe de l'équipe n° 1 commence à dessiner « le pendu ». Il s'agit pour l'équipe n° 2 de mettre ses forces en commun pour éviter de perdre. Ils sont donc amenés à se concerter à voix basse.

Exemple : T - - - - - N pour télévision.

N° 57. Jeu des mimes

Deux équipes sont formées avec pour chacune un chef de groupe, les rôles sont ensuite changés. L'équipe n° 1 choisit ce qu'elle va mimer (un animal, un métier, par exemple). Elle envoie le chef de groupe effectuer le mime devant les autres qui doivent le deviner. Ces derniers ont droit à trois essais et doivent donc se concerter, le chef de groupe sera le porte-parole de l'équipe n° 2. Le score global obtenu désigne l'équipe gagnante. Tous les enfants doivent être chef de groupe à tour de rôle.

N° 58. Dessin sur ordre

Ce jeu est plus compliqué et nécessite une bonne entente entre les enfants. Deux équipes sont formées : équipe n° 1 et équipe n° 2. Le chef de groupe de l'équipe n° 1 doit venir au tableau pour réaliser un dessin que ses coéquipiers ont fait sans que ce dernier l'ait vu. Sur les consignes de ses coéquipiers, il doit réaliser un dessin identique à celui qui a été fait mais qu'il ne peut pas voir.

Exemple :

Pour une forme géométrique de ce type (figure 7.1), l'équipe n° 1 va donner des consignes à son leader : « Tu places ta main en haut du tableau, tu descends vers le bas à gauche, puis tu fais un trait droit en partant vers la droite. Ensuite tu fais un trait qui doit remonter vers le sommet du premier trait. »

La figure géométrique à exécuter doit être simple. La difficulté de cet exercice est liée à la nécessité du travail en équipe (par exemple se concerter pour choisir la figure, se coordonner pour guider le leader, etc.). Ce jeu implique l'usage d'un champ lexical adapté, des consignes suffisamment explicites et non contradictoires, une bonne coordination entre les coéquipiers au sein

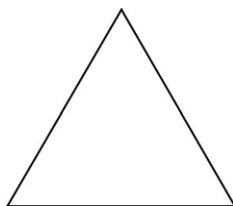


Figure 7.1
Dessin sur ordre.

de l'équipe et la nécessité pour le leader de bien suivre les consignes qui lui sont dictées. L'autre équipe pendant ce temps doit attendre son tour.

N° 59. Déplacement sur ordre

Ce jeu est basé sur les mêmes principes que le précédent, mais cette fois-ci, il faut que le chef de groupe ait les yeux bandés. Ses coéquipiers cachent un objet. Ils vont ensuite guider leur leader pour qu'il le retrouve (exemple : *fais un pas devant toi, tourne à gauche, avance de trois pas, penche-toi, tend ton bras, etc.*). L'équipe adverse doit rester silencieuse et attendre son tour. Ce jeu peut être relativement anxiogène pour celui qui a les yeux bandés, mais il implique la nécessité pour le leader d'avoir confiance en ses coéquipiers, que ceux-ci soient concis dans leurs consignes et puissent anticiper et mesurer par conséquent la difficulté de la tâche.

N° 60. Travail d'équipe

Les enfants forment deux équipes et choisissent un leader par équipe (ce leader devra changer). Il leur est demandé de réaliser une maison en papier cartonné. Les animateurs mettent à leur disposition tous les outils et matériaux nécessaires (ciseaux, papier, carton, scotch, colle). Pour cet exercice, les enfants doivent s'entendre sur les différentes étapes de la réalisation du projet, mettre en commun leur compétence et proposer différentes stratégies afin d'élaborer une construction commune.

IV

Exercices à domicile

8 Fiches d'exercices

Fiche 1

Votre enfant peut réaliser ces deux exercices seul ou avec votre aide :

- *Je repère dans la semaine un moment où je n'ai pas respecté une règle : je fais un dessin ou j'écris un texte que je raconte à l'un de mes parents.*
- *Je repère dans la semaine un moment où j'ai bien respecté une règle : je fais un dessin ou j'écris un texte que je raconte à l'un de mes parents.*

Fiche 2

Aujourd'hui, nous avons travaillé sur quatre émotions de base : joie, tristesse, peur et colère. Durant la séance, nous avons analysé ces émotions (mimiques, gestes) en prenant en compte leur expression par une personne et leur réception par une autre.

Votre enfant doit rechercher dans des catalogues des images ou des illustrations de différentes personnes (hommes, femmes, enfants, vieillards) qui expriment ces quatre émotions. Pour la prochaine séance, votre enfant devra apporter ces images qu'il aura analysées avec vous.

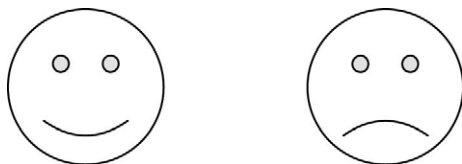
Fiche 3

Vous devez aider votre enfant à remplir le tableau suivant. Il doit noter, à partir des événements de la semaine écoulée, des faits qu'il associe spontanément aux trois émotions citées (joie, colère, tristesse).

Ce qui me rend heureux	Ce qui me met en colère	Ce qui me rend triste

Fiche 4

Votre enfant doit inventer et mettre par écrit une brève histoire inspirée des smileys suivants (figure 8.1). Ces smileys symbolisent des états émotionnels qui ont été travaillés en séances de groupe.

**Figure 8.1**

« Ce qu'ils ressentent. »

Fiche 5

Votre enfant doit raconter ou dessiner un moment dans la semaine où il a été fier.

Fiche 6

Votre enfant doit décrire ou dessiner un événement triste et un événement heureux de la semaine.

Fiche 7

Votre enfant doit remplir le tableau suivant :

Les aliments que j'aime manger	Les aliments qui me dégoûtent	Les odeurs que j'aime	Les odeurs qui me dégoûtent

Fiche 8

Votre enfant doit repérer et entourer parmi les éléments ci-dessous ceux qui lui apparaissent adaptés à ce qu'il ressent habituellement.

- *Les personnes qui parlent me dérangent.*
- *Je n'aime pas répondre aux questions que l'on me pose.*
- *Je ne sais pas quoi dire quand je suis seul avec quelqu'un.*
- *Je ne sais pas quand je dois prendre la parole.*
- *Je ne sais pas quand je dois me taire.*
- *Je préfère ne rien dire plutôt que de me tromper.*
- *J'aime écouter les autres.*
- *Je préfère écouter les adultes.*
- *Je préfère écouter les enfants de mon âge.*
- *Je préfère parler aux adultes.*
- *Je préfère parler aux enfants de mon âge.*
- *Quand je veux parler, personne ne m'écoute !*

Fiche 9

Je révise les principes de l'écoute active : votre enfant doit décrire par écrit (avec votre aide si besoin mais ne lui soufflez pas la bonne réponse) comment se comporter (postures, regards, gestes, mimiques, etc.) pour obtenir l'attention de quelqu'un ou encore pour lui faire comprendre qu'on est en train de l'écouter.

Je fais attention :

- *Une personne peut ne pas m'écouter parce qu'elle parle déjà à quelqu'un, ou bien parce qu'elle est en train de réfléchir, ou encore parce qu'elle est occupée.*
- *Une personne montre qu'elle est prête à m'écouter si elle me pose une question et me regarde.*
- *Si la personne est à côté de moi et que ses yeux me fixent, je peux en déduire qu'elle m'écoute.*

Fiche 10

Je révise les principes d'une fin de conversation positive.

Il est préférable de se quitter poliment : on peut, si on veut indiquer que l'on veut garder le contact, dire par exemple « *on se voit plus tard ?* » ou s'excuser si c'est nécessaire (« *je suis désolé, je dois y aller* »).

Fiche 11

Je révise quelques exemples de phrases pour démarrer une conversation :

- *Bonjour, comment allez-vous ? (ou comment vas-tu ?)*
- *Je voudrais bien...*
- *J'aime...*
- *Je n'aime pas...*
- *S'il vous plaît, pouvez-vous m'aider pour...*
- *Je pense que...*
- *Je crois que...*
- *J'espère que...*

Fiche 12

Réfléchis aux solutions possibles, si un copain de ta classe se moque de toi régulièrement :

- *Qu'est-ce que tu peux lui dire pour qu'il arrête ? Raconte.*
- *Qu'est-ce que tu peux faire pour que cette situation cesse ? Raconte.*

Fiche 13

Réfléchis à ce que tu pourrais dire (par écrit) à ton professeur qui te reproche d'arriver en retard tous les jours à l'école. Tu as le sentiment qu'il te gronde

injustement car tu n'es jamais en retard d'habitude et que si tu es en retard aujourd'hui, c'est parce qu'il y avait beaucoup d'embouteillage à cause des travaux.

Fiche 14

Réfléchis à ce que tu pourrais dire d'agréable (par écrit) pour accueillir un camarade de classe que tu as invité pour la première fois chez toi.

Fiche 15

Réfléchis à ce que tu pourrais dire (par écrit) à ton professeur de sport pour lui demander des explications sur des règles que tu n'as pas comprises.

Fiche 16

Essaie de deviner ce que peuvent penser les deux personnages dans chaque petite scène que tu vas lire :

- *Arthur n'écoute pas le professeur et parle en classe à son voisin.*
- *Romain n'a pas écouté son père qui lui donne des explications sur les règles d'un jeu.*
- *Justin a renversé son verre d'eau sur l'assiette de son voisin à la cantine.*
- *Le professeur interroge Armand qui n'a pas appris sa leçon.*

Fiche 17

Réfléchis, puis réponds en entourant la bonne réponse :

- *Je peux chanter à tue-tête dans un restaurant*
« oui » « non »
- *Je peux demander quelque chose à maman alors qu'elle parle au téléphone*
« oui » « non »
- *Je peux demander poliment à un vendeur où se trouve le rayon des bouteilles d'eau*
« oui » « non »
- *Je peux dire à quelqu'un que je connais peu, qu'il est gros, si c'est le cas*
« oui » « non »
- *Je mange très vite pour aller jouer dehors*
« oui » « non »
- *Il fait froid dehors et je prends mon manteau pour sortir*
« oui » « non »

Fiche 18

- Je fais une sortie au zoo avec ma classe. Il fait chaud, je suis fatigué(e), j'ai soif. Qu'est-ce que je peux faire ou dire à mon professeur (dessiner ou écrire) ?

- Je raconte ou dessine un moment de la semaine où j'ai fait une demande à quelqu'un.
- Je raconte ou dessine un moment de la semaine où j'ai refusé de faire quelque chose.

Fiche 19

- Pour attendre et rester calme : je m'éloigne, je ferme les yeux et/ou je respire lentement, je me détends.
- Pour contrôler mes réactions agressives : j'identifie mes signaux corporels (cœur qui bat fort, transpiration, gorge serrée). J'attends et j'essaie de me calmer, je peux demander de l'aide ou exprimer mon malaise.

Fiche 20

Je suis avec un copain, je vois un garçon de ma classe qui est tout seul. Je lui propose de venir jouer avec nous : qu'est-ce que je lui dis ? qu'est-ce que je lui propose ?

Fiche 21

Je repère dans la semaine un moment où j'ai accepté une demande (d'un adulte ou d'un camarade de classe), pour l'aider par exemple ou pour lui prêter un objet.

Conclusion

D'un point de vue ontogénétique, toute personne est constituée pour établir des liens sociaux avec autrui. De nombreux paramètres cognitifs et comportementaux sous-tendent cette aptitude qui se construit progressivement au cours du développement depuis les premiers temps de l'enfance. Les enfants et adolescents avec des TED-SRM ont une intelligence « normale » mais pourtant un retard socio-adaptatif souvent important. Leur fonctionnement est marqué par un trouble des habiletés sociales qui se manifeste par des difficultés à avoir des interactions sociales réciproques et à participer aux situations de vie collective. Ces difficultés ont pour conséquence le retrait de ces jeunes du groupe de pairs. Ces enfants et adolescents ont des problèmes très marqués pour comprendre les codes sociaux et interpréter les comportements et émotions d'autrui, ce qui génère chez eux une forte anxiété sociale. L'évitement des situations sociales est alors utilisé par ces jeunes gens, comme un moyen efficace pour diminuer l'anxiété ressentie. Cet évitement social a, comme effets négatifs, la perte de terrains d'expérimentation sociale et l'impossibilité de développer alors une expertise relationnelle. Cela conduit souvent ces enfants et adolescents à vivre dans une grande solitude, à ne pas avoir d'amis et finalement à éprouver une grande souffrance. Pour rompre ce cercle vicieux et diminuer ces stratégies d'évitement et cette forte anxiété, une aide est essentielle. La question est celle des stratégies efficaces pour améliorer les habiletés sociales de ces enfants et adolescents, limiter leur retard adaptatif et ainsi leur permettre d'avoir une meilleure qualité de vie.

Nous avons décrit, dans cet ouvrage, un programme destiné à améliorer le développement des habiletés sociales d'enfants et adolescents avec des TED-SRM. Notre approche est intégrative, dans la mesure où elle s'appuie sur différents modèles explicatifs des TED-SRM (théorie de l'esprit, déficit des émotions, cohérence centrale). Elle emploie des stratégies cognitives et comportementales, étonnement peu utilisées auprès de ce type de patients, mais aussi des moyens psycho-éducationnels plus ancrés dans les pratiques actuelles pour leur accompagnement. Elle prend en compte également l'importance du corps dans la modulation de l'expression et du ressenti émotionnel subjectif. Notre programme a vocation à être très structuré mais aussi ludique et convivial dans la mesure où il s'adresse à une population pédiatrique. Rappelons que dans le module 1, notre objectif est de permettre aux participants de mieux comprendre les bases de la communication sociale, afin de développer une plus grande autonomie sociale. Dans le module 2, nous visons surtout le développement de leur affirmation de soi et

de leur aptitude à résoudre les problèmes posés par les situations sociales quotidiennes. Nous regrettons de ne pas avoir inclus immédiatement dans notre programme un module destiné au transfert d'apprentissage et à la généralisation des techniques apprises aux situations si variées de la vie quotidienne. De la même façon, les enfants et adolescents suivis ont des problématiques relationnelles qui évoluent avec l'âge et des modules adaptés aux différentes périodes la vie, notamment à la fin de l'adolescence et à l'âge adulte, sont nécessaires. Enfin, nous pensons que les nouvelles technologies issues des neurosciences peuvent apporter d'autres sources de *feedback* aux participants des programmes d'entraînement des habiletés sociales (tel l'*eye tracker* comme *feedback* du contact visuel en situation d'échange, ou la mise en situation en environnement virtuel).

Les résultats d'une étude contrôlée récente comparant les effets de l'entraînement que nous proposons dans cet ouvrage à ceux d'une approche occupationnelle structurée montrent son impact positif sur l'évolution de la qualité de vie des jeunes gens qui en ont bénéficié, mais aussi des progrès sensibles dans le traitement cognitif de l'information émotionnelle¹. Il nous semble ainsi que le programme MIA constitue une voie prometteuse pour accompagner les enfants et adolescents avec TED-SRM. Gageons que cet ouvrage donnera l'envie à d'autres professionnels de développer et d'adapter à leur pratique quotidienne le type de programme que nous proposons...

1 Baghdadli A, Brisot-Dubois J, Picot MC, Michelon C. Comparaison de l'effet de deux interventions prosociales sur l'évolution des capacités d'identification des expressions faciales et du raisonnement social d'enfants avec un syndrome d'Asperger ou autisme de haut niveau. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2010 ; 58 (8) : 456-62

Annexes

Critères pour l'autisme infantile de la Classification internationale des maladies (10^e version)

F 84.0 – AUTISME INFANTILE	Oui	Non
A. Présence, avant l'âge de 3 ans, d'anomalies ou d'altérations du développement, dans au moins un des domaines suivants :	Oui	Non
(1) langage (type réceptif ou expressif) utilisé dans la communication sociale ;	Oui	Non
(2) développement des attachements sociaux sélectifs ou des interactions sociales réciproques ;	Oui	Non
(3) jeu fonctionnel ou symbolique.	Oui	Non
B. Présence d'au moins six des symptômes décrits en (1), (2) et (3), avec au moins deux symptômes du critère (1) et au moins un symptôme de chacun des critères (2) et (3).	Oui	Non
(1) Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques, manifestes dans au moins deux des domaines suivants :	Oui	Non
(a) absence d'utilisation adéquate des interactions du contact oculaire, de l'expression faciale, de l'attitude corporelle et de la gestualité pour réguler les interactions sociales ;	Oui	Non
(b) incapacité à développer (de manière correspondante à l'âge mental et bien qu'existent de nombreuses occasions) des relations avec des pairs, impliquant un partage mutuel d'intérêts, d'activités et d'émotions ;	Oui	Non
(c) manque de réciprocité socioémotionnelle se traduisant par une réponse altérée ou déviante aux émotions d'autrui ; ou manque de modulation du comportement selon le contexte social ou faible intégration des comportements sociaux, émotionnels, et communicatifs ;	Oui	Non
(d) ne cherche pas spontanément à partager son plaisir, ses intérêts, ou ses succès avec d'autres personnes (par exemple ne cherche pas à montrer, à apporter ou à pointer à autrui des objets qui l'intéressent).	Oui	Non
(2) Altérations qualitatives de la communication, manifestes dans au moins un des domaines suivants :	Oui	Non
(a) retrad ou absence totale de développement du langage oral (souvent précédé par une absence de babillage communicatif), sans tentative de communiquer par le geste ou la mimique ;	Oui	Non
(b) incapacité relative à engager ou à maintenir une conversation comportant un échange réciproque avec d'autres personnes (quel que soit le niveau de langage atteint) ;	Oui	Non

F 84.0 – AUTISME INFANTILE	Oui	Non
(c) usage stéréotypé et répétitif du langage ou utilisation idiosyncrasique de mots ou de phrases ;	Oui	Non
(d) absence de jeu de « faire semblant », varié et spontané, ou (dans le jeune âge) absence de jeu d'imitation sociale.	Oui	Non
(3) Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, manifeste dans au moins un des domaines suivants :	Oui	Non
(a) préoccupation marquée pour un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et restreints, anormaux par leur contenu ou leur focalisation ; ou présence d'un ou de plusieurs intérêts qui sont anormaux par leur intensité ou leur caractère limité, mais non par leur contenu ou leur focalisation ;	Oui	Non
(b) adhésion apparemment compulsive à des habitudes ou à des rituels spécifiques, non fonctionnels ;	Oui	Non
(c) manières moteurs stéréotypés ou répétitifs, par exemple battements ou torsions des mains ou des doigts, ou mouvements complexes de tout le corps ;	Oui	Non
(d) préoccupation par certaines parties d'un objet ou par des éléments non fonctionnels de matériels de jeux (par exemple leur odeur, la sensation de leur surface, le bruit ou les vibrations qu'ils produisent).	Oui	Non

Fournisseurs de matériel (liste non exhaustive)

Mot à Mot

www.mot-a-mot.com

5, rue Dugommier, 75012 Paris

Téléphone : ++33 (0)1 43 44 07 72 ; fax : ++33 (0)1 43 44 37 02

E-mail : contact@mot-a-mot.com

Bourrelier

www.bourrelier.fr

Téléphone (n° vert) : 0800 007 671

Valorémis

www.valoremis.fr

26, rue Pradier, 75019 Paris

Téléphone : 01 43 15 05 43 ; fax : 01 43 61 15 29

E-mail : jeux@valoremis.fr

Ortho-éditions

www.orthoedition.com/materiels.php (rubrique *Matériel*)

76-78, rue Jean-Jaurès, 62330 Isbergues

Téléphone : 03 21 61 94 94 ; fax : 03 21 61 94 95

Service matériels/ouvrages : 03 21 61 94 94

Pour en savoir plus

- Attwood T. Le syndrome d'Asperger : guide complet. Bruxelles : De Boeck ; 2008 447 p.
- Collectif. Intervention comportementale auprès des jeunes enfants autistes. (Maurice C. Dir.) Bruxelles : De Boeck ; 2006, 295 p.
- Collectif. Mon bloc-notes : un buffet froid. Centre de communication concrète.
- Fritsch A, Murad A, Kloss S, Francescon-Rota G, Bizet E. L'entraînement aux habiletés sociales chez les adultes avec autisme. *Annales médico-psychologiques* 2009 ; 167(4) : 299-302.
- Gattegno MP, De Fenoyl C. L'entraînement aux habiletés sociales chez les personnes atteintes de syndrome d'Asperger. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 2004 ; 14(3) : 109-15.
- Gaucher M, Daigneault R, Forget J. Acquisition des comportements sécuritaires de circulation piétonnière chez un enfant autiste. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 2009 ; 19(3) : 107.
- George G. Les thérapies d'affirmation de soi : applications et techniques chez les adolescents. *Annales médico-psychologiques* 2001 ; 159(10) : 717.
- Graffaille V, Bouvard MP. Stratégies d'intervention sur les habiletés sociales dans les troubles autistiques : évaluation de l'efficacité dans un groupe d'adolescents atteints du syndrome d'Asperger. *Le Bulletin scientifique de l'ARAPI* 2006 ; 17.
- Gray C. Apprivoiser la jungle dans la cour de récréation. (Traduction Bouchard C et Hoff U.) Future Horizons Inc. ; 1996, 32 p.
- Gray C. Conversation en bandes dessinées : interactions avec des élèves atteints d'autisme ou d'autres troubles apparentés par le biais d'illustrations en couleurs. (Traduction Bouchard C et Hoff U.) Écoles publiques de Jenison ; 1996, 17 p.
- Hoff U. Scénarios sociaux : recueil de la région 03-12. Québec : Ressource régionale d'aide en autisme. 121 p. Disponible à l'adresse suivante : www.education0312.qc.ca/idsidej/php/showDoc.php?id=706
- Holliday-Wiley L. Vivre avec le syndrome d'Asperger. 2^e ed. Bruxelles : De Boeck ; 2010 148 p.
- Howlin P, Baron-Cohen S, Hadwin J. Apprendre aux enfants autistes à comprendre la pensée des autres : guide pratique. Bruxelles : De Boeck ; 2010, 316 p.
- Le Gouill AM, Plante G. Les pictogrammes : parce qu'une image vaut mille mots. Les pictogrammes ; 2009, 133 p. (Site Internet : www.lespictogrammes.com)
- Liot C. Syndrome d'Asperger et/ou autisme de haut niveau : adolescence et sexualité. Universités Bordeaux II, Montpellier I, Toulouse III. Faculté de Médecine de Bordeaux ; 2006, 55 p.
- Lord R, DiLavore PC, Risi S. Ados-autism diagnostic observation schedule. (Traduction Rogé B.) Éditions Hogrefe France ; 2002.
- Martin R, Tremblay Ph. « Tu veux-tu être mon ami ? » : le développement des habiletés sociales chez l'enfant. Montréal : CECOM-Centre de Communication en Santé Mentale ; 2004.
- Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Plan Autisme 2008-2010. (Site Internet : www.travail-emploi-sante.gouv.fr)
- Richman S. Encouraging appropriate behavior for children on the autism spectrum frequently asked questions. Jessica Kingsey Publishers ; 2006 220 p.
- Rivard M, Forget J. Les caractéristiques de l'enfant atteint d'un trouble envahissant du développement en lien avec le degré d'intégration sociale en milieu scolaire ordinaire. *Pratiques Psychologiques* 2006 ; 12(3) : 271.
- Rogé B, Barthelemy C, Magerotte G. (Dir.) Améliorer la qualité de vie des personnes autistes : problématiques, méthodes, outils. Paris : Dunod ; 2008, 270 p.

- Rutter M, LeCouteur A, Lord C. ADI-R : entretien semi-structuré pour le diagnostic de l'autisme. (Éditeur d'origine WPS Western Psychological Services.). Édition Hogrefe ; 1994.
- Schneider BH. Didactic methods for enhancing children's peer relations : a quantitative review. *Clinical Psychology Review* 1992 ; 12(3) : 363.
- Serret S, Myquel M, Renaudo N, Argaud E, Askenazy F. Syndrome d'Asperger et autisme de « haut niveau » : évaluation des effets d'une prise en charge de groupe sur la communication à partir d'un support vidéo. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2009 ; 57(4) : 260.
- Stallard P. Think good – feel good : a cognitive behaviour therapy workbook for children and young people. John Wiley & Sons ; 2002 186 p.
- Sussman F. More than words : helping parents promote communication and social skills in children with autism spectrum disorder. Toronto : Centre HANEN ; 1999 424 p.
- Sussman F. TalkAbility: People skills for verbal children on the autism spectrum – a guide for parents. Toronto : Centre HANEN ; 2006 202 p.
- Urban MC. En famille, entre amis : carnet pédagogique à destination des personnes autistes. Coll. Les guides du savoir-faire. Mougins : Autisme France Diffusion ; 2006.
- Young R. Le syndrome d'Asperger. Montréal : Chenelière Éducation ; 2010 126 p.

Index

A

Autisme

- Asperger, 10, 12
- syndrome d', 1, 5–7, 10, 37, 44, 45, 48
- Bleuler, 5
- Kanner, 1, 5, 6
- troubles
 - du spectre autistique, 1, 6, 48
 - envahissants du développement, 1, 5, 10, 11, 19, 23, 24, 33, 37, 38, 44, 45, 47, 53, 55, 56
 - non spécifiques, 6, 48
- Wing, 1, 5

C

Classification

- CIM 10, 1, 6, 48
- DSM IV, 5, 6
- française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, 5

Communication

- attention conjointe, 16, 19, 20, 25
 - échanges conversationnels, 8, 18
 - gestion de l'implicite, 18
 - habiletés conversationnelles, 35, 37, 62, 71–73, 93
 - langage, 6–8, 11, 16, 19, 20, 22, 30, 31, 68–70
 - formel, 18
 - métacommunication, 24, 90
 - sens littéral, 8, 56
 - singularités vocales, 8
 - troubles pragmatiques, 8, 60
- ### Comorbidités psychiatriques
- anxiété, 8–11, 24, 46, 50, 59, 62, 72, 76, 112
 - schizophrénie, 5, 10, 25, 35, 36
 - troubles
 - anxiodépressifs, 10
 - avec déficit de l'attention-hyperactivité, 10

Comportements répétitifs

- scénarios sociaux, 2, 26, 36, 55, 58, 61, 63
- stéréotypés, 6, 8, 25, 53, 57
- troubles obsessionnels compulsifs, 8

E

Entraînement aux habiletés sociales

- comportement cible, 45, 54
 - exposition
 - en imagination, 46
 - *in vivo*, 43
 - *feedback*, 35, 45, 52, 55, 66, 72, 113
 - généralisation, 34, 36, 37, 43, 47, 113
 - Gray, 36, 56, 60, 61
 - groupe thérapeutique, 35, 44, 45, 48, 57
 - jeux de rôle, 11, 34, 35, 57, 62, 67, 72, 73, 78, 87, 95, 99
 - maintien des acquis, 36
 - matériel éducatif, 55, 58, 91
 - *modeling*, 36, 45, 63
 - prédictibilité du cadre, 50
 - programme, 30, 31
 - psycho-éducation, 43, 45, 55, 112
 - thermomètre émotionnel, 57, 63, 64, 66, 85, 90, 92
 - tutorat, 35
 - vidéo, 58
- ### Évaluation
- cognitive, 22, 23
 - DANVA, 24, 37, 44, 53
 - formelle, 18
 - Nowicki, 37

F

Facteur pronostique

- interventions précoces, 7, 31
- plasticité neuronale, 7
- qualité de vie, 24, 34, 37, 44, 48, 53, 112, 113
- variables
 - cliniques, 7
 - cognitives, 7

Fonction

- cognitive
- – cognitions sociales, 11, 16, 23, 37, 38
- – contrôle exécutif, 21
- exécutive
- – flexibilité cognitive, 21
- – traitement focal, 24

Fonctionnement métacognitif

- émotion, 9, 16, 17, 22–24, 34, 37, 43, 46, 53, 57, 58, 63, 65, 70, 72, 73, 77, 78, 80, 85–87, 89, 91, 92, 96, 101, 107, 112
- états mentaux, 9, 25
- expression faciale, 10, 22–24, 58, 59, 63, 66, 68, 70
- fausse croyance, 26
- lecture des situations sociales, 9
- théorie de l'esprit, 9, 17, 25, 26, 35, 47, 112

H**Habiletés adaptatives**

- interaction, 6, 8, 11, 16, 21, 25, 29, 31, 34, 37, 43, 53, 59, 112
- résolution de problèmes, 10, 21, 34, 35, 43, 45, 53, 59, 62, 63, 73, 75–78, 98
- sociales, 17

I

Imitation, neurone miroir, 20

M**Modèles comportementaux intensifs**

- conditionnement opérant, 30
- *discrete trial training*, 30
- entraînement aux habiletés comportementales, 31

- renforçateur, 29
- *shaping*, 31

N**Neurophysiologie**

- cerveau émotionnel, 24
- rôle de l'amygdale, 24

P**Particularités perceptives**

- fonction sensorielle, 9
- hyperréactivité, 9
- hyporéactivité, 9
- *short sensory profile*, 11

Prévalence, 1, 6, 10

Prise en charge

- *Applied Behaviour Analysis*, 29, 30, 32, 33, 46
- approche comportementale, 7, 30
- intervention prosociale, 2
- TEACCH, 7
- thérapie
- – cognitive et comportementale, 1, 11, 34
- – d'inspiration psychodynamique, 11
- traitement pharmacologique, 11

S**Santé publique**

- Haute Autorité de santé, 6
- *National Research Council*, 33
- plan Autisme, 33

T

Trajectoires évolutives, 7