

Entraînement des habiletés sociales sur des sujets vivant en foyer d'accueil médicalisé

Marion Guiragossian

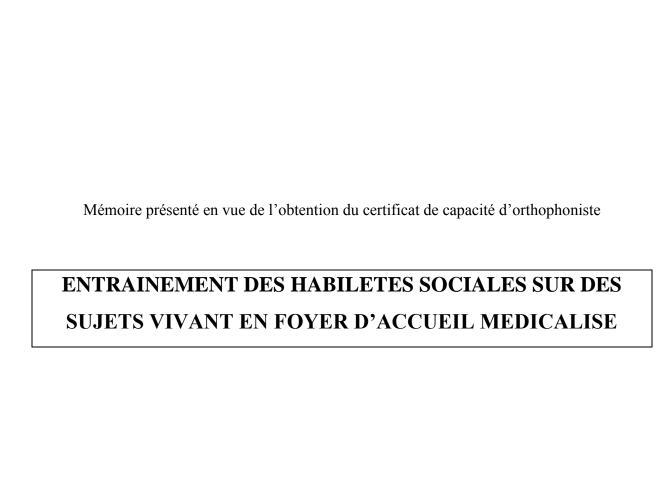
▶ To cite this version:

Marion Guiragossian. Entraînement des habiletés sociales sur des sujets vivant en foyer d'accueil médicalisé. Sciences cognitives. 2015. dumas-01237034

HAL Id: dumas-01237034 https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01237034

Submitted on 2 Dec 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers. L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Marion GUIRAGOSSIAN

Née le 25 août 1991

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Mme Angélique Moreira, pour ses précieux conseils, ses encouragements et sa disponibilité tout au long de ce travail.

Je remercie également Mme Hamel, Mme Joret et M. Sallé, pour leur présence à mon jury de soutenance et le temps consacré à la lecture de mon travail.

Je souhaite également remercier Mme Semal, pour la relecture de mon mémoire et ses commentaires constructifs.

Je remercie mes maîtres de stage, pour le partage de leur savoir et de leur expérience tout au long de ces quatre années d'étude.

Je remercie Handivillage33, pour avoir accepté ce projet, et tous les professionnels y travaillant, pour leur accueil et l'intérêt porté à mon travail.

Je remercie les six patients ayant participé à cette étude.

Je remercie chaleureusement mes parents et ma sœur, pour leur soutien indéfectible tout au long de mes études, leur patience ainsi que leur confiance.

Je remercie enfin mes camarades de promotion devenues mes amies, Charline, Chloé, Estelle, Jeanne, Maïlys, Mélissa et Virginie pour leur aide au cours de ces quatre années et tous les agréables moments passés ensemble. Je remercie également Marie, qui a participé à nos aventures et nous a soutenues.

Je remercie aussi toutes les personnes ayant suivi de plus loin mon parcours, et ai une pensée pour celles qui n'ont pas pu prendre part à son aboutissement.

TABLE DES MATIERES

TN	TDOL	DUCTION GENERALE	6
		S THEORIQUES	
		RE 1 : LES HABILETES SOCIALES	
1		inition	
2		scription des habiletés sociales	
_	2.1	Habiletés langagières mises en jeu dans la communication verbale et non verbale	
	2.1	č č	
	2.1.		
	2.1.		
	2.1.	•	
	2.1.		
	2.2	Habiletés émotionnelles	
	2.2.		
	2.2.		
	2.3	Théorie de l'esprit	
	2.3.		
	2.3.		
	2.4	Habiletés cognitives et résolution de problèmes sociaux	
	2.4.	1 Définitions	17
	2.4.	2 Rôle des habiletés cognitives et de la résolution de problèmes sociaux	18
		RE 2 : LES HABILETES SOCIALES, AU CARREFOUR DE LA COGNITION, DES	10
		scription de la cognition, des émotions et du comportement	
1	1.1	La cognition	
	1.1.	-	
	1.1.		
	1.1.	Emotion	
	1.3	Comportement	
2		·	
3		erdépendance de ces fonctions	
J	3.1	Répercussion d'une atteinte des émotions	
	3.2	Répercussion d'une atteinte des processus cognitifs	
	3.3	Répercussion d'une atteinte du comportement	29

4	Lim	itation d'activité et restriction de participation en cas d'incompétence	30
	4.1	Définition de la limitation d'activité et de la restriction de participation	30
	4.1.	Impact d'une incompétence des fonctions sur la participation	31
5	Inté	rêt d'un entraînement des habiletés sociales	32
	5.1	Présentation et objectifs d'un entraînement des habiletés sociales	32
	5.1.	Méthodes utilisées	33
	5.1.	2 Objectifs	34
	5.1.	Répertoire des entraînements déjà réalisés	35
	5.2	Bénéfices d'une prise en charge de groupe	35
	5.3	Bénéfices d'une prise en charge des habiletés sociales sur la participation	36
ΡF	ROBLE	MATIQUE ET HYPOTHESES	37
	1.	Problématique	38
	2.	Hypothèses	38
M	ATER	EL ET METHODE	39
1	Pop	ulation	40
	1.1	Source de recrutement	40
	1.2	Critères de recrutement et d'exclusion	41
	1.3	Présentation de la population	41
	1.3.	Patient 1 : M. D.	41
	1.3.	Patient 2 : M. L.	42
	1.3.	3 Patient 3 : M. C	42
	1.3.	4 Patient 4 : M. A.	43
	1.3.	Patient 5 : M. GP.	44
	1.3.	Patient 6 : M. GJ.	45
2	Prot	ocole d'entraînement aux habiletés sociales	45
	2.1	Mise en place du protocole	46
	2.1.	Cadre de travail, axes de prise en charge, organisation des séances	46
	2.1.	2 Matériel utilisé : supports, feedback	47
	2.2	Présentation du protocole	49
3	Bila	n	49
	3.1	Présentation des outils d'évaluation	49
	3.1.	l Auto-évaluation	49
	3.1.	2 Hétéro-évaluation	51
	3.2	Méthode de passation	53

R	ESUL	TATS		54
1	Pré	ésentat	ion des résultats	58
	1.1	M. I	D	58
	1.2	M. I		63
	1.3	M. (Z	67
	1.4	M. A	A	71
	1.5	M. (GP	75
	1.6	M. (GJ	79
2	An	des résultats	83	
	2.4	M. I	D	83
	2.5	M. I		83
	2.6	M. (C	84
	2.7	M. A	Α	84
	2.8	M. (GP	85
	2.9	M. (GJ	86
D	ISCUS	SSION	1	87
1	Dis	scussio	on des résultats	88
	1.1	Obje	ectifs de notre étude	88
	1.2	Effe	t de l'entraînement	88
		Effet sur la perception des compétences par le patient		
•			Effet sur les compétences	89
	1.3	Vali	dité des hypothèses	92
	1.4	Nua	nces à apporter aux résultats	93
	1.5		orts qualitatifs d'une observation au cours de l'entraînement	
2	Dis	scussio	on de la méthode	99
	2.1	Test	s utilisés	
	2.1	.1	Ajout d'une tâche écologique	99
	2.1		Items du questionnaire	
	2.2		ix de la population	
	2.3		ocole d'entraînement	
	2.3		Pertinence de l'entraînement	
	2.3		Généralisation des acquis	
	2.3		Matériel utilisé	
3	Ap	ports e	et prolongement	102

3.1	Pour les participants	102		
3.3	Pour la profession	103		
3.4	Pour notre pratique clinique	104		
CONCL	USION	106		
BIBLIO	BIBLIOGRAPHIE1			
ANNEX	ANNEXES 1			
Annexe 1 : Protocole d'entraînement aux habiletés sociales				
Annexe 2 : Grille de cotation de l'EHSRI				
Annexe 3 : Echelle d'affirmation de soi (Cungi et Rey)				
Annexe	4 : Questionnaire d'évaluation	117		
Annexe	5 : Tableau des résultats de l'auto-évaluation	120		
Annexe	6 : Tableau des résultats de l'hétéro-évaluation	121		
Annexe	7 : Tableau des résultats par domaine de fonctionnement	122		

INTRODUCTION GENERALE

Le handicap psychique, la déficience générale, le traumatisme crânien et la lésion vasculaire cérébrale sont des causes de situation de handicap chez de nombreux individus. Elles peuvent être à l'origine de déficits cognitifs, émotionnels et comportementaux. L'individu ne peut alors plus interagir avec son environnement de manière satisfaisante. Cela se répercute ainsi sur sa vie sociale et son intégration à la société.

Ces déficits peuvent altérer les habiletés sociales, tant sur le plan de leur production que de leur réception. Une réalisation et/ou une compréhension partielle de ces comportements verbaux et non verbaux peut alors avoir des conséquences sur la vie sociale d'un individu et son intégration à la société.

Une prise en charge des habiletés sociales peut ainsi être envisagée pour limiter ces conséquences. De cette réflexion sont nés les groupes d'entraînement aux habiletés sociales.

Notre étude est née d'un postulat auprès de résidents d'un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM). Leurs troubles engendrent des problèmes fréquents en vie quotidienne, ce qui altère leur qualité de vie. Nous nous sommes alors demandé si une prise en charge des habiletés sociales pourrait avoir un impact sur la qualité de vie quotidienne des résidents choisis pour l'étude.

Ce constat a ainsi donné lieu à notre étude et l'a guidée dans la mise en place d'un groupe d'entraînement des habiletés sociales.

Dans une première partie, nous présenterons les données issues de la littérature sur les habiletés sociales, puis nous préciserons le lien entre les habiletés sociales et la cognition, les émotions et le comportement.

Dans une seconde partie, nous développerons notre étude : sa problématique et ses hypothèses ; sa méthodologie et ses résultats, que nous discuterons dans un dernier temps.

ASSISES THEORIQUES

CHAPITRE 1: LES HABILETES SOCIALES

1 Définition

Les habiletés sociales ne sont pas définies de manière unanime par tous les auteurs.

Nous avons choisi la définition de Baghdadli et Dubois, qui les définissent comme des

« comportements verbaux et non verbaux résultant de processus cognitifs et affectifs

permettant de s'adapter à l'environnement. » (Baghdadli, Dubois, 2011). Elles permettent la

perception et la compréhension de messages émis par autrui, ainsi que l'émission d'une

réponse appropriée à la situation, en choisissant un canal verbal ou non verbal.

Selon Liberman, ces comportements s'établissent par un apprentissage non conscient

de la part de l'individu. Il précise que « ces habiletés évoluent en fonction de l'âge du sujet et

varient selon les milieux, les contextes, l'éducation, le pays d'origine ». (Liberman, 2005)

2 Description des habiletés sociales

Il existe différents types d'habiletés sociales, selon les domaines auxquels elles se

rapportent. Nous décrirons ceux ciblés par notre groupe d'entraînement aux habiletés sociales.

2.1 Habiletés langagières mises en jeu dans la communication verbale et non

verbale

Les habiletés langagières reposent sur nos aptitudes concernant la communication verbale et

non verbale.

2.1.1 Multimodalité du langage et de l'énoncé

8

Le langage humain est multimodal (modalité verbale, non verbale et para verbale) et les énoncés sont multicanaux (canaux visuel, auditif, kinesthésique). Cosnier et Vaysse caractérisent l'énoncé multimodal comme le mélange d'informations verbales, non verbales et para-verbales, et cela dans des proportions variables. (Cosnier, Vaysse, 1997)

Pour Heddesheimer et Roussel (1986, repris par Coquet, 2012), toutes les modalités de transmission de l'énoncé doivent être prises en considération afin d'avoir une interprétation complète du message. En effet, Colletta renforce cet argument en 2011 en exprimant que « la parole (auditive) et les signaux corporels (visuo-kinesthésiques) qui lui sont associés sont traités ensemble comme des ressources expressives complémentaires par le locuteur lors de la production du langage, et comme des ressources disponibles pour l'interprétation et l'identification des intentions du locuteur par son interlocuteur lors du traitement du langage en réception ». (Coquet, 2012)

2.1.2 Dimension verbale de l'énoncé

La production et la compréhension d'un énoncé reposent en partie sur sa dimension verbale. D'après le dictionnaire d'orthophonie, par opposition au non-verbal, le verbal concerne tout ce qui est oralisé ou écrit avec des mots. De cette manière, l'interprétation de la dimension verbale de l'énoncé conduit à accéder au registre sémantique des niveaux lexicaux et syntaxiques. Une partie du sens de l'énoncé est ainsi transmise par cette modalité.

2.1.3 Dimension non verbale de l'énoncé

La communication non verbale n'est pas synonyme de communication non langagière. En effet, la communication non verbale interagit avec la communication verbale, et apporte des éléments d'information. Par conséquent, la compréhension intégrale d'une situation de communication passe également par la compréhension de l'aspect non verbal du discours.

Selon Corraze, « on applique le terme de communication non verbale à des gestes, à des postures, à des orientations du corps, à des singularités somatiques, naturelles ou artificielles, voire à des organisations d'objets à des rapports de distance entre les individus grâce auxquels une information est émise ». Cette définition permet d'envisager l'étendue de la communication non verbale. (Corraze, 2001)

L'énoncé non verbal comprend plusieurs fonctions. Il permet de répéter le message transmis verbalement, de le compléter ou de l'accentuer, ce qui facilite la compréhension. Dans certains cas, le message non verbal peut contredire le message verbal, en fournissant des informations contraires à celles énoncées verbalement. Enfin, le message non verbal peut réguler le message verbal. (Knapp et Hall, 1992)

Coquet décrit les signes non linguistiques possédant une valeur communicative :

- Les expressions faciales : elles transmettent les états émotionnels.
- **Le regard :** il renseigne sur les dispositions affectives de l'autre et permet de réguler l'échange (signe que le canal de communication est ouvert, recherche d'une rétroaction de la part de l'interlocuteur, information sur la nature de la relation) (Argyle et Cook, 1976)
- Les gestes : ils ont une valeur référentielle, expressive ou régulatrice.
- Les postures : elles rendent compte de l'état émotionnel de l'individu, de ses tendances à l'action, et des intentions d'accueil ou de rejet de l'autre.
- La proxémique: elle définit les rapports spatiaux et les distances entre les interlocuteurs. Il existe 4 types de distances intervenant dans les relations interpersonnelles: intime, personnelle, sociale et publique. (Hall, 1966/1971)

2.1.4 Dimension para-verbale de l'énoncé

La dimension para-verbale caractérise l'aspect vocal de l'énoncé.

Kerbrat-Orecchioni (1990) décrit les différentes composantes de la dimension para-verbale :

- La prosodie: elle concerne tous les phénomènes de ton, d'accent, de contour intonatif, etc., et résulte principalement des variations de la fréquence fondamentale de la phonation, de son intensité et de sa durée
- Le débit : il caractérise la vitesse de la parole, d'un point de vue quantitatif.
- Les différentes pauses : Ces moments d'interruption de la parole varient selon leur longueur et leur position dans le discours. Elles peuvent être fonctionnelles ou sémantiquement signifiantes.
- Les « différentes caractéristiques de la voix » : hauteur, timbre, intensité, etc.

- Les particularités individuelles ou collectives de la prononciation : elles nous permettent de différencier des voix d'enfant, de personne âgée... ou les accents régionaux, sociaux, nationaux... Ces particularités sont suffisantes pour nous permettre de reconnaître quelques individus « à la voix ».

Lacheret (repris par Coquet en 2012) reconnaît deux fonctions centrales de la prosodie en français (Lacheret, 2011) :

- **Fonction de structuration du message** : segmentation, intégration, hiérarchisation, groupement, équilibre.
- **Fonction pragmatique** : traitement de l'information, modalités énonciatives (marquage de la force illocutoire d'un énoncé), expression des émotions.

2.1.5 Dimension pragmatique de l'énoncé

Les compétences pragmatiques d'un individu se définissent comme « les compétences qui lui permettent d'exprimer et de comprendre, dans un contexte particulier, les intentions communicatives de l'autre et par conséquent, de s'ajuster dans l'interaction. Elles nécessitent la prise en considération des éléments verbaux de l'énoncé, mais également des éléments non verbaux et para verbaux. » (Bracops, 2006)

La pragmatique repose sur des notions clés, longtemps ignorées par la linguistique :

- **Notion d'acte** : le langage est action car il permet d'instaurer un sens mais aussi car il permet d'agir sur le monde et sur autrui.
- **Notion de contexte** : le langage ne peut être interprété sans prendre en compte le contexte d'énonciation.
- **Notion de désambiguïsation** : la compréhension complète d'un énoncé intègre des informations extra-linguistiques.

La pragmatique cognitive décrit deux séries de processus pragmatiques :

- Processus de compréhension des codes (phonologie, sémantique, syntaxe).
- Processus de compréhension de ce qui est communiqué, les implications.

Bracops définit les implications comme « l'ensemble des hypothèses qu'il est nécessaire de poser pour parvenir à une interprétation pertinente de l'énoncé ». Elles concernent la situation de communication et d'énonciation de l'individu. (Bracops, 2006)

De ce fait, les habiletés pragmatiques permettent à l'individu de réaliser deux interprétations consécutives : une interprétation linguistique, puis une interprétation inférentielle. Ces deux interprétations conduisent à l'acquisition d'une nouvelle information issue de l'énoncé et du contexte d'énonciation.

Bracops détaille le processus inférentiel ainsi que l'interprétation inférentielle qui en découle. Selon l'auteur, comprendre un énoncé requiert certaines connaissances essentielles pour faire des hypothèses sur l'état d'esprit et les intentions du locuteur de l'énoncé; ce sont les connaissances inférentielles. Les connaissances inférentielles n'ont rien de linguistique car elles reposent sur la perception immédiate de l'environnement, la situation d'énonciation, le contexte, mais également sur des savoirs encyclopédiques. Ces connaissances mettent en jeu un processus inférentiel, induisant un raisonnement qui, à partir de la phrase émise et des connaissances préalables partagées par les interlocuteurs, permet l'interprétation de cet énoncé. Par conséquent, nous pouvons dire que « dialoguer, c'est récupérer la pensée de l'interlocuteur pour comprendre le sens des phrases qu'il prononce ». « L'étude des processus inférentiels qui se superposent au code pour livrer une interprétation complète des phrases relève de la pragmatique ». (Bracops, 2006)

La pragmatique est donc l'analyse de l'usage du langage. Elle traite tous les phénomènes intervenant dans l'interprétation des phrases et qui s'ajoutent au sens pris en charge par la sémantique et la syntaxe. L'analyse pragmatique vient donc compléter l'analyse linguistique pour donner une interprétation complète de la phrase. (Martine Bracops, 2006)

De cette manière, la dimension pragmatique est essentielle pour qu'un individu interagisse de manière adaptée en situation sociale.

Ces habiletés langagières permettent de communiquer de manière appropriée le message souhaité, en utilisant les différentes modalités disponibles. Sur le plan réceptif, elles permettent de prendre en considération toutes les dimensions du message afin de l'interpréter correctement. Elles ont un rôle clé dans la communication, dans les interactions et les relations sociales.

2.2 Habiletés émotionnelles

2.2.1 Définition

Les habiletés émotionnelles (ou compétences émotionnelles) définissent la capacité d'un individu à reconnaître, exprimer et réguler des émotions.

Elles regroupent l'ensemble des émotions qui peuvent être produites et reçues par un individu. Elles permettent la compréhension cognitive et métacognitive de ses propres émotions et de celles des autres (Mayer, Salovey, Caruso, 2004)

Mayer, Salovey et Caruso enrichissent cette définition avec la notion d'enrichissement de la pensée. En effet, selon les auteurs, ce serait « la capacité à raisonner au sujet des émotions et à les utiliser afin d'enrichir la pensée ». Cela inclurait « la capacité à identifier les émotions, à générer les émotions adéquates pour faciliter la pensée, à comprendre les émotions et à gérer ses émotions de manière à promouvoir la croissance émotionnelle et intellectuelle ». Les auteurs parlent d'intelligence émotionnelle. (Mayer, Salovey et Caruso, 2004)

Mayer, Salovey et Caruso décrivent 5 compétences spécifiques de l'intelligence émotionnelle (Mayer, Salovey et Caruso, 2008) :

- Capacité à identifier ses émotions et celles d'autrui.
- Capacité à comprendre les causes et conséquences de ses émotions et de celles d'autrui.
- Capacité à exprimer ses émotions de manière socialement acceptable et à permettre à autrui d'exprimer les siennes grâce au langage émotionnel et des signes non verbaux associés aux émotions.
- Capacité à réguler ses émotions et celles d'autrui.
- Capacité à utiliser ses émotions et celles d'autrui pour accroître son efficacité au niveau de la réflexion, de la prise de décision.

Chacune de ces compétences s'établit sur trois niveaux : (Mikolajczak, 2008)

- **Les connaissances** : ce sont les connaissances implicites et explicites de l'individu à propos de chacune des 5 dimensions
- **Les habiletés** : ce sont les capacités de l'individu à appliquer ses connaissances en situation émotionnelle.
- Les dispositions : elles se réfèrent à la propension de l'individu à se comporter de telle ou telle manière dans les situations émotionnelles en général.

2.2.2 Rôle des habiletés émotionnelles

Dans ses travaux, Damasio, appuie l'incidence des émotions dans l'adaptation sociale. En effet, selon lui, la régulation des émotions se révèlerait être la condition indispensable à l'adaptation dans une situation donnée. Par conséquent, la qualité des prises de décision et de planification de l'action dépendent de sa capacité à gérer et réguler ses émotions, ce qui renvoie aux compétences émotionnelles. (Damasio, 1995)

Depuis plusieurs années, cette perspective est de plus en plus étudiée. Le rôle des émotions dans la communication tend à se renforcer, et des études sur la reconnaissance des expressions faciales de base ont indiqué leur rôle dans la communication. Bonnet affirme que le visage n'est pas seulement impliqué dans le langage, il est également impliqué dans la communication non verbale, et plus particulièrement dans l'expression des émotions. (Bonnet, 2006).

Bibby et Mcdonald, reconnaissent également l'importance de la capacité à interpréter les émotions dans un contexte précis. Bibby et Mcdonald mettent en avant l'influence du visage et de la voix, en les présentant comme les stimuli non-verbaux les plus communs et les plus puissants pour communiquer les émotions (par exemple la joie, tristesse, peur). (Bibby, Mcdonald, 2005)

Une interprétation correcte des expressions émotionnelles (faciales ou vocales) constitue un point primordial dans les habiletés sociales, et assure la qualité des relations sociales. En situation de communication, l'analyse des postures, mouvements, changements

qui animent les muscles faciaux et leur reconnaissance permettent d'envisager non seulement l'intention du locuteur sur nous-mêmes, sur le monde ou sur autrui, mais également la compréhension de ses états mentaux. Par conséquent, cela permet de traiter les aspects pragmatiques de la communication et d'exprimer ses propres états mentaux de manière adéquate. (Allain, 2012)

Chambon et Baudouin (Chambon et Baudouin, 2009) rejoignent ces arguments en affirmant le rôle de la reconnaissance et de l'interprétation des informations faciales dans la régulation de nos comportements sociaux.

2.3 Théorie de l'esprit

2.3.1 Définition

La théorie de l'esprit (TDE) est une compétence permettant la prédiction des comportements d'autrui en se basant sur ses états mentaux. Elle se compose de processus automatisés, conduisant à l'attribution d'états mentaux (émotions, intentions, croyances) aux autres ainsi qu'à soi-même, et à la compréhension que les représentations d'autrui peuvent être différentes des nôtres. (Nader-Grosbois, 2011)

La théorie de l'esprit implique la formation de représentations de premier ordre (représentation d'un état de chose du monde) ainsi que de second ordre (représentation d'une représentation).

Selon Laisney et Desgranges, « la théorie de l'esprit aurait deux fonctions essentielles : former des représentations sur les représentations mentales et utiliser ces représentations pour comprendre, prédire et juger le comportement des autres. » Ces processus mentaux nécessitent une rapidité ainsi qu'une flexibilité mentale pour avoir une interaction sociale de qualité. (Laisney et Desgranges, 2011)

Plusieurs distinctions peuvent être réalisées au sein de la TDE. En effet, il convient de distinguer le type d'état mental inféré ainsi que le type de processus impliqué dans l'inférence de l'état mental.

L'état mental peut être de deux types : soit il est cognitif, et induit une inférence sur ce que la personne pense ; soit il est affectif, et induit une inférence sur ce que la personne éprouve.

Les processus impliqués dans l'inférence de l'état mental sont de quatre types :

- Inhibition de sa propre perspective : ce processus permet d'inhiber son point de vue afin de pouvoir correctement inférer l'état mental d'autrui. Cela induit également que nous acceptions que les désirs, émotions ou croyances des autres personnes soient souvent différents des nôtres. Selon plusieurs travaux neuropsychologiques, cette capacité d'inhibition de sa propre perspective peut être sélectivement altérée. (Samson, 2005)
- Attention vers les indices pertinents de l'environnement : cette compétence permet la détection des indices pertinents dans l'environnement. (Samson, 2004)
- Représentation temporaire de l'état mental : cette compétence permet la représentation temporaire en mémoire du contenu de l'état mental d'autrui. Il convient de préciser que les ressources nécessaires en mémoire de travail sont proportionnelles à la quantité d'informations présentes. Plus il y a d'enchevêtrements dans les informations, plus les ressources en termes de mémoire de travail sont élevées.
- Connaissances sémantiques liées à la TDE: Ces connaissances guident les processus inférentiels. Ce domaine demeure aujourd'hui le moins étudié des quatre processus et plusieurs questions restent en suspens: Quelles sont les connaissances sémantiques nécessaires pour inférer différents types d'états mentaux? Comment les connaissances liées à la TDE sont organisées en mémoire sémantique par rapport à d'autres connaissances sociales (conventions sociales et morales par exemple)? Les auteurs se demandent également si une lésion cérébrale pourrait conduire à une perte sélective des connaissances liées à la TDE en référence à certaines lésions cérébrales qui conduisent à la perte des connaissances sémantiques liées à des catégories spécifiques d'objets par exemple. (Samson, 2012)

2.3.2 Rôle de la théorie de l'esprit

Le lien entre la TDE et l'adaptation sociale a été étudié par certains auteurs. Pour Deneault et Morin, une compréhension correcte des états mentaux d'autrui induit une meilleure adaptation aux situations sociales rencontrées (Deneault, Morin 2007). Par ailleurs, pour Tourette, Recodron, Barbe et Soares-Boucaud, la TDE constitue une phase incontournable dans le développement des habiletés sociales.

Barisnikov, Van der Linder et Detraux proposent une définition de la TDE encore plus liée aux capacités d'adaptation sociale. En effet, ils considèrent que « la théorie de l'esprit est la capacité à pouvoir répondre au comportement d'autrui, ce qui va au-delà de la capacité à pouvoir expliquer le comportement sur base de l'état mental inféré. » Cette dernière conception implique davantage une adaptation de son attitude et une modification de son comportement selon le comportement manifesté par autrui, ce dernier étant analysé et compris par inférence de ses états mentaux. Les auteurs postulent également d'une influence mutuelle entre la TDE et l'adaptation sociale. En effet, un individu ayant un défaut de TDE présenterait des difficultés d'insertion au sein de la société et réciproquement, des difficultés d'insertion dans la société engendreraient un défaut de théorie de l'esprit (du moins, pour les émotions et les croyances). (Barisnikov, Van der Linder et Detraux, 2002)

2.4 Habiletés cognitives et résolution de problèmes sociaux

2.4.1 Définitions

Baghdadli et Brisot-Dubois définissent les problèmes comme « une situation pour laquelle l'organisme a un but mais ne dispose pas d'un moyen connu pour y parvenir ». Selon Newell et Simon, le problème est une représentation mentale de la situation, sans procédure immédiate pour atteindre le but. La représentation mentale de la situation occupe alors une place centrale. (Baghdadli et Brisot-Dubois, 2011) (Newell, Simon, 1972)

Les habiletés cognitives permettent la résolution des problèmes sociaux. Plusieurs mécanismes exécutifs entrent en jeu dans l'adaptation à des situations nouvelles, lorsque les mécanismes utilisés habituellement ne suffisent plus. L'individu devra alors construire une compréhension de la situation avant de construire une procédure pour atteindre le but, autrement dit construire une stratégie de résolution (Chagneau, 2010). Afin de comprendre la

situation, l'individu devra « définir l'état initial qui constitue le caractère problématique de la situation », puis un état final, c'est-à-dire « l'état souhaité mais non présent dans le milieu ». Puis, pour construire une stratégie de résolution du problème, l'individu devra suivre plusieurs étapes, répertoriées par D'Zurilla et Goldfried (1971) :

- Identification du problème et inhibition d'une réponse impulsive.
- Définition précise de tous les aspects du problème et inhibition de la réponse comportementale immédiate et spontanée, qui est régulièrement inadaptée.
- Génération de solutions alternatives.
- Cotation de l'efficacité de chacune des solutions et prise de décision de la plus adaptée.
- Application de la solution, évaluation du résultat de cette solution, application d'une autre solution si nécessaire.

Les processus de compréhension et de résolution mettent en jeu des fonctions cognitives de haut niveau telles que l'initiation de comportements, l'inhibition de réponses prédominantes, la génération d'hypothèses, la flexibilité mentale, le jugement et la prise de décision, la planification de l'action. L'altération d'une de ces fonctions peut compromettre la résolution du problème, et engendrer une réponse inadéquate.

2.4.2 Rôle des habiletés cognitives et de la résolution de problèmes sociaux

La capacité à résoudre une tâche sociale, aussi appelée problème social, est essentielle dans le cadre des interactions sociales. Cette capacité dépend de compétences cognitives et émotionnelles pour une prise de décision la plus adaptée à la situation.

Ce domaine permet la résolution des problèmes de la vie générale. Selon Barisnikov et Lachavanne, il a pour objectif de « développer les compétences de traitement de l'information émotionnelle et sociale mais aussi la compréhension des représentations liées à la signification et au rôle des émotions dans la construction de relations sociales ». Lors de la résolution d'un problème ou d'un conflit avec quelqu'un, c'est généralement la globalité de ces compétences qui sont requises. Cette compétence permet donc de traiter des informations dans un contexte social précis, et d'ajuster son comportement afin d'agir en prenant en compte les conséquences de notre comportement sur les relations interpersonnelles. (Barisnikov, Lachavanne, 2013)

CHAPITRE 2 : LES HABILETES SOCIALES, AU CARREFOUR DE LA COGNITION, DES EMOTIONS ET DU COMPORTEMENT

La cognition, les émotions et le comportement sont des domaines de compétences ayant un rôle prédominant en amont des habiletés sociales. Une atteinte d'un de ces domaines de compétence peut avoir un impact sur les habiletés sociales.

1 Description de la cognition, des émotions et du comportement

1.1 La cognition

1.1.1 Définition

La cognition se définit comme l'ensemble des connaissances sur nous-mêmes et sur le monde. Dans le cadre de ce mémoire, nous nous sommes attachés aux connaissances concernant nos capacités sociales, nos capacités de communication et de langage, et également nos capacités régulant notre propre cognition. Ces domaines de la cognition sont sous-tendus par des fonctions cognitives supérieures, indispensables à leur déroulement, appelées fonctions exécutives.

La cognition réunit les connaissances mais également les processus nécessaires pour y accéder. Matlin détaille quatre étapes pour définir la cognition : l'acquisition, le stockage, la transformation et l'utilisation de connaissances. L'acquisition désigne la perception d'une information par les capacités perceptives d'un individu (récepteurs visuels, auditifs, tactiles ...). Puis, le stockage de l'information s'établit sous la forme d'une représentation symbolique de l'information perçue. Ensuite, la transformation indique l'adaptation de la représentation symbolique pour l'utiliser dans un contexte différent de celui où elle a été perçue. Enfin, l'utilisation consiste à restituer cette information à la demande. Un large éventail de processus mentaux est activé à chaque fois qu'une information est reçue, stockée, transformée et utilisée. (Matlin, 2001)

1.1.2 Domaines de la cognition

1.1.2.1 Cognition sociale

Ce sous-domaine de la cognition régit notre connaissance du monde social. Il constitue un domaine d'étude récent de la cognition.

La cognition sociale désigne « l'ensemble des processus cognitifs impliqués dans la dynamique des interactions sociales chez l'homme». Elle est mise en jeu à chaque interaction avec un ou plusieurs individus et permet la régulation des signaux échangés entre eux (émotions, expressions, mouvements, postures, langage, etc.). Adolphs ajoute que la cognition sociale est la « capacité à construire des relations entre soi et les autres, et le fait d'utiliser ces représentations avec habileté pour guider les comportements sociaux. » (Adolphs, 2001) Elle requiert des fonctions cognitives, sociales et émotionnelles de haut niveau qui lui permettront « la compréhension, la production d'un comportement adapté et son monitorage en fonction de la situation, la compréhension des émotions et leur expression adaptée, la compréhension et l'utilisation du langage indirect et implicite, l'attribution d'états mentaux et d'intentions à autrui, des savoirs sur les situations, la connaissance des règles, des valeurs, etc. ». (Allain & al, 2012)

Seron et Van der Linder décrivent trois mécanismes dont dépend la cognition sociale (Seron, Van der Linder, 2014) :

- **L'attention sociale**: ce mécanisme met en jeu des processus de « bas niveau », qui consistent à diriger notre attention vers des indices environnementaux pertinents sur le plan social (dans un premier temps, observation de l'individu puis dans un second temps, observation du centre d'attention de l'individu).
- L'attribution sociale : ce mécanisme comprend l'attribution d'états mentaux stables (traits de personnalité) mais aussi transitoires (croyances, émotions, etc.). L'attribution d'états mentaux transitoires conduira à des processus de haut niveau tels que la théorie de l'esprit.

- La cognition morale : ce mécanisme repose sur la connaissance des conventions morales et sociales ainsi que sur le jugement d'une action ou d'un comportement moralement acceptable.

Ces 3 mécanismes peuvent être décrits distinctement mais il est primordial de prendre en considération leur interdépendance.

1.1.2.2 Communication

La communication verbale et non verbale sont régies par les fonctions cognitives. Elles ont été décrites dans le Chapitre I de ce mémoire : Habiletés sociales.

1.1.2.3 La métacognition

« La cognition sur la cognition », ou métacognition renvoie aux connaissances sur les processus cognitifs mis en jeu mais également à tout processus cognitif de contrôle et de régulation qu'un individu peut exercer sur son propre fonctionnement cognitif. La métacognition se rapporte à la surveillance active, à la régulation et à l'orchestration de ces processus cognitifs. (Le Gall, Besnard, Havet, Pinon et Allain, 2009)

La métacognition repose sur deux principes généraux : un principe déclaratif, regroupant les connaissances métacognitives et un principe procédural, comprenant les expériences métacognitives.

Les connaissances métacognitives réunissent les connaissances sur les processus cognitifs ainsi que les caractéristiques du fonctionnement cognitif de manière générale. Ces connaissances peuvent être sollicitées lors de la réalisation de tâches cognitives et peuvent influencer le déroulement de l'activité en cours.

Elles sont rassemblées en 3 catégories (Le Berre, Eustache et Beaunieux, 2009) :

- Les connaissances relatives à la « personne » : elles correspondent « aux connaissances et aux croyances sur ses propres capacités cognitives et sur celles des autres ».
- Les connaissances relatives à la « tâche » : elles font référence « aux connaissances sur la nature des informations à traiter et sur l'exigence inhérente aux tâches ».
- Les connaissances relatives aux « stratégies » : elles renvoient « aux connaissances sur l'utilisation adéquate de procédures cognitives afin d'améliorer ses performances cognitives. »

Les expériences métacognitives renvoient à une notion de régulation, de contrôle métacognitif. Elles correspondent à « des expériences cognitives, affectives, subjectives et conscientes survenant pendant une activité cognitive ». Elles apportent un feed-back et des informations sur l'efficacité des stratégies et processus mis en jeu, sur la progression de l'activité cognitive en cours, ainsi que sur l'accomplissement de l'objectif cognitif à atteindre. Elles sont impliquées dans la planification, la surveillance et le contrôle d'une activité cognitive en cours par la prise de conscience des procédures mises en œuvre.

Les connaissances et expériences métacognitives sont à appréhender de manière interdépendante. En effet, les connaissances métacognitives sont enrichies par les informations issues des expériences métacognitives qui font appel réciproquement au savoir stocké dans les connaissances métacognitives.

Par ailleurs, au sein de la métacognition, il est possible de distinguer les connaissances et les processus métacognitifs faisant référence au domaine de la mémoire (métamémoire), du langage (métalinguistique), de la résolution de problèmes (métarésolution de problèmes). La définition de Flavell s'applique indépendamment à ces différents champs d'étude (Flavell, 1976)

La métamémoire renvoie d'une part « aux connaissances générales sur le fonctionnement de la mémoire et aux connaissances spécifiques sur son propre fonctionnement mnésique ». Cela permet, en amont de la réalisation d'une tâche mnésique, de mettre en place une stratégie appropriée, d'anticiper et de planifier les opérations mnésiques

nécessaires à la réussite d'une tâche cognitive. D'autre part, la métamémoire renvoie « au savoir qui est manipulé selon l'activité cognitive en cours. Cette forme de connaissance permet de surveiller et de contrôler la tâche mnésique en cours et ainsi de maintenir ou de modifier les processus cognitifs afin de s'adapter aux contraintes environnementales et d'atteindre le but cognitif fixé ». (Le Berre, 2009)

L'activité métalinguistique est une activité de prise de conscience et d'analyse des phénomènes langagiers, qui permet leur étude ou leur contrôle en situation de production.

La métarésolution de problème comprend l'ensemble des connaissances générales nécessaires à la résolution d'un problème, mais également le contrôle et la régulation des stratégies mises en œuvre au cours de la résolution du problème afin de les ajuster si nécessaire.

1.2 Emotion

Sur le plan expressif, l'émotion est un mouvement. Elle éveille l'attention de l'individu, modifie ses sentiments de manière positive ou négative, induit des modifications anatomiques (accélération du pouls, coloration du teint ...), endocriniennes, musculaires (crispation du visage, sourire ...), comportementales (agitation, évitement ou rapprochement ...). Mikolajczak ajoute que l'émotion est engendrée par des pensées suscitées par la situation et qu'elles engendrent également à leur tour des modifications expressives (expressions faciales, posture, prosodie, gestuelle). (Mikolajczak, 2014)

Sur le plan réceptif, l'émotion va conduire à des capacités de perception, d'analyse et d'interprétation des signes envoyés par l'individu.

Luminet ajoute que les émotions sont des états relativement brefs (de quelques secondes à quelques minutes) provoqués par un stimulus, interne ou externe, ou par une situation spécifique. (Luminet, 2002)

D'après Roger Gil (Roger Gil, 2014), le déclenchement de l'émotion va engendrer la mise en action d'un comportement. Cette activation peut faire suite à une pulsion, liée à des besoins fondamentaux (nourriture, boisson, défense ...) mais aussi à des besoins plus élaborés, relevant de fonctions cognitives élaborées. « Les comportements seront le résultat

d'anticipations conscientes et d'évaluations émotionnelles, et varieront selon l'histoire et l'environnement de chaque individu ».

Damasio définit les émotions comme « des configurations de réponses chimiques et neurales, dont la fonction est d'aider l'organisme à se maintenir en vie en provoquant des comportements d'adaptation ». Elles sont le résultat de l'activation d'un ensemble de structures cérébrales, dont la plupart sont également impliquées dans le contrôle et la régulation des états. Les émotions sont biologiquement déterminées, stéréotypées, et automatiques, mais peuvent être influencées par la culture et le développement de l'individu. (Damasio, 1995 repris par Gendron, 2010)

Tout comme Ekman (1992), Damasio détaille 6 émotions primaires, calquées sur six expressions : la joie, la tristesse, la peur, la colère, la surprise et le dégoût. (Damasio, 1995)

En psychologie, selon Gendron (2010), l'émotion est divisée en trois niveaux : l'amorce des émotions (les facteurs déclenchants), l'expression ou l'état des émotions (formes dans lesquelles elles s'expriment) et les compétences émotionnelles (renvoyant à la gestion des émotions).

1.3 Comportement

Le comportement est la manière d'être et d'agir d'un individu. Selon Math, « les comportements sont des actes complexes résultant de diverses actions coordonnées par les centres cérébraux » (Math, 2008). Les perceptions sensorielles mais aussi les informations mémorisées au cours d'apprentissages ou d'expériences dans notre cerveau vont engendrer des comportements spécifiques.

François Math décrit trois niveaux d'influence dont résultent les comportements :

- Le niveau neuropsychologique: il associe les systèmes de détections sensorielles (formation réticulée, thalamus), les systèmes associés aux grandes motivations comportementales (hypothalamus, système limbique), les systèmes qui contrôlent le démarrage et le déroulement des principaux programmes comportementaux (lobes frontaux).

- Le niveau moléculaire : il est plus diffus et se compose d'enzymes, d'hormones, de neurotransmetteurs, etc. L'état d'équilibre mais aussi la modification de ce niveau engendrent des fluctuations ayant une conséquence directe sur nos activités.
- Le niveau symbolique : ce troisième niveau représente ce qui donne ses particularités à chaque individu avec ses acquis, sa culture, ses apprentissages et ses comportements sociaux.

2 Interdépendance de ces fonctions

Les interactions entre la cognition, les émotions et le comportement sont multiples. De ce fait, il est nécessaire d'étudier ces trois domaines ensemble, en tenant compte de leurs interactions tridirectionnelles.

Gendron a étudié l'effet des compétences émotionnelles sur les comportements sociaux des individus. Elle rapporte les travaux de Mayer, Salovey et Caruso (2008) qui ont décrit les corrélations entre les compétences émotionnelles et les relations sociales d'un individu. Ils mettent en valeur les répercussions positives d'un haut niveau de compétences émotionnelles sur la qualité de la vie relationnelle d'un individu. Ainsi, Gendron mentionne qu'un faible niveau de compétence émotionnelle chez un individu risque de générer des conflits interpersonnels et des difficultés d'adaptation sociale. Par conséquent, de faibles compétences émotionnelles peuvent engendrer des comportements inappropriés, voire agressif et conflictuels avec autrui. (Gendron, 2010)

Mikolajczak renforce cette interaction, et réaffirme l'interdépendance de la cognition et des émotions, longtemps étudiés séparément. Selon elle, nos émotions influencent notre perception de l'environnement du point de vue attentionnel, le stockage des informations en mémoire (nature du rappel et qualité de celui-ci), le traitement de l'information, le jugement et les prises de décision qui en découlent. Les émotions représentent alors une source d'information précieuse et une étape incontournable lors de la prise de décision. Par conséquent, les capacités émotionnelles agissent sur nos capacités cognitives. (Mikolajczak, 2014).

Reeve, traduit de l'anglais par Masmoudi, affirme également l'influence des émotions sur la prise de décision. Il décrit les prises de décision comme fondées sur des connaissances stockées en mémoire et sur un traitement rationnel de la situation, mais également fondées sur les composantes affectives et émotionnelles. De ce fait, il semble évident qu'une prise de décision en vue d'un comportement adapté lors d'une situation sociale dépend de ressources cognitives et émotionnelles. Par conséquent, les auteurs soutiennent l'interdépendance du comportement, de la cognition et des émotions. (Reeve, 2010)

3 Atteinte d'une de ces fonctions et conséquences

L'interdépendance des fonctions décrites précédemment induit une altération du fonctionnement général si l'une de ces fonctions est affectée. Nous allons décrire les retentissements possibles lors de l'atteinte de chacune de ces fonctions.

3.1 Répercussion d'une atteinte des émotions

L'altération des émotions peut avoir des répercussions sur les processus cognitifs ainsi que sur le comportement. L'atteinte sera différente selon le niveau de traitement des émotions touché. (Mikolajczak, 2014)

Une mauvaise identification de ses émotions ainsi que celles d'autrui peut conduire à des difficultés d'adaptation à l'environnement, et donc de comportement. Une identification incorrecte des émotions de notre interlocuteur va restreindre la capacité à identifier la qualité de la relation avec autrui, et par conséquent, à identifier les besoins et les attentes de cet interlocuteur. De cette manière, la réponse à l'interlocuteur ne pourra être complète et l'adaptation à la situation sera partielle. (Mikolajczak, 2014)

Nicolas Franck précise cet argument avec le traitement des informations faciales d'autrui. En effet, selon lui, une anomalie de ce processus peut conduire à une altération de la compréhension des émotions de l'autre, et par conséquent, une mauvaise représentation de ses intentions, de ses désirs et de son ressenti. Par conséquent, cela occasionnera une altération de l'appréhension de la réalité et une perte du sentiment de confiance de son environnement. (Nicolas Franck, 2012) (Remédiation cognitive, 2012)

De plus, un mauvais traitement de l'information émotionnelle liée à la situation peut conduire à un défaut de prise de décision adaptée, ainsi qu'à un comportement inadapté. En effet, un individu pourra détailler les réponses possibles à une situation et considérer les conséquences de chacune d'elles. Néanmoins, il ne pourra pas prendre la bonne décision en raison d'un traitement de l'information déficitaire. Or, cette compétence est un outil indispensable à l'adaptation et est facilitatrice d'action car elle peut fournir des modèles de comportement selon la situation donnée.

D'autre part, Lopes affirme le rôle primordial de la compréhension de nos émotions. En effet, selon lui, cette compréhension induit notre capacité d'adaptation à une situation et notre état d'équilibre par rapport à l'environnement. Une mauvaise compréhension de nos émotions peut mener à une mauvaise gestion émotionnelle et par conséquent, avoir un impact négatif sur les relations sociales avec ses pairs, avec des conflits interpersonnels plus fréquents et des relations sociales de moindre qualité. (Lopes, Salovey, Côté, Beers, 2005)

Par ailleurs, plusieurs auteurs ont réalisé des travaux sur l'importance de l'expression de ses émotions sur le plan social. Leur expression permettrait de mieux résoudre certains problèmes sociaux. Selon Keltner et Kring, leur expression serait décisive dans la régulation des relations interpersonnelles et aurait par conséquent un impact sur la qualité de la vie sociale. Leur expression renseignerait sur les antécédents de la situation, le sens des réactions de l'individu, ainsi que sur les comportements potentiels à venir. (Keltner, Kring, 1998)

Néanmoins, il semble important de préciser que la manière d'exprimer ses émotions est à prendre en considération. Bonanno, Papa, Lalande, Westphal, Coifman, ont précisé qu'il était préférable d'adopter une certaine flexibilité afin d'adopter le comportement le plus adapté au contexte. (Bonanno, Papa, Lalande, Westphal, Coifman, 2004)

Keltner et Haidt placent l'expression des émotions au centre des interactions sociales. En effet, selon ces auteurs, leur expression va induire des réponses émotionnelles chez les autres. Ces réponses seront alors des éléments considérables dans les relations et permettront la création de liens, l'apaisement, la réconciliation, etc. (Keltner, Kring, 1998) ;

3.2 Répercussion d'une atteinte des processus cognitifs

L'analyse et l'interprétation de son environnement constituent deux étapes fondamentales dans la compréhension d'une situation. En effet, Lazarus et Folkman rapportent que c'est l'évaluation de la situation et non la situation elle-même qui détermine l'émotion. Nous pouvons en déduire qu'une mauvaise compréhension de la situation, peut alors conduire à des émotions erronées et inadaptées, et par conséquent, à un comportement inapproprié. Par exemple, si l'interprétation de la situation conduit à de la colère, cela pourra induire un comportement agressif, alors que la situation initiale ne l'impliquait pas. Lazarus et Folkman, 1984)

Certaines capacités cognitives de haut niveau ont également des répercussions sur le comportement. Adolphs (2003) et Frith (2008) ont confirmé le lien étroit entre une altération de la théorie de l'esprit et les troubles socio-comportementaux.

D'autres auteurs ont entériné le lien entre les fonctions exécutives, la théorie de l'esprit et les compétences pragmatiques. En effet, ces fonctions de haut niveau joueraient un rôle majeur dans l'appréhension du contexte de la situation d'énonciation, dans la prise d'indices non verbaux qui enrichissent la compréhension complète de la situation. Sans ces indices, cela peut soit conduire à une mauvaise compréhension de la situation et donc à un comportement inadapté; soit à une non prise en compte de tous les éléments de la situation, ce qui peut conduire à une rupture la communication avec l'autre, voire à un comportement inadapté.

Par ailleurs, certaines difficultés communicationnelles, et notamment de communication non verbale, peuvent se répercuter sur le comportement. En effet, une incapacité pragmatique à dépasser le sens littéral d'un énoncé, une incapacité à traiter les éléments paralinguistiques, à faire des demandes correctes peuvent limiter les échanges sociaux. Egalement, cela peut engendrer des incompréhensions de la part de l'interlocuteur, de faibles relations sociales et un comportement antisocial. (Détérioration de la communication sociale (Bosco, Angeleri, 2014). Nickelson ajoute que cela peut également réduire les capacités conversationnelles (régulation de la conversation, capacité à initier et maintenir des relations sociales).

D'autres compétences telles que la mémoire de travail, les fonctions exécutives ou les processus inférentiels semblent avoir un rôle non négligeable dans le traitement des informations relatives à une situation sociale. Cependant, peu d'études ont été réalisées dans ce domaine pour pouvoir l'affirmer. (Bosco, Angeleri, 2014) (Miyake, Friedman, Emerson, Witzki, Howerter et Wager, 2000).

3.3 Répercussion d'une atteinte du comportement

Les troubles du comportement peuvent se manifester de manière très singulière. Nous pouvons néanmoins les catégoriser entre les troubles internalisés, et les troubles externalisés (Rochat, Belhadi, Van der linden, 2014):

- **Troubles internalisés** : dépression, anxiété, labilité de l'humeur, apathie, distorsions de la réalité, symptômes de stress post-traumatique.
- **Troubles externalisés** : agressivité, manque d'empathie, inadéquation sociale, abus de substance, hypersexualité, achats compulsifs.

D'autres troubles du comportement peuvent apparaître, en lien avec une atteinte des fonctions exécutives. D' après Godefroy, leurs thèmes concernent :

- Hypoactivité globale avec aboulie et/ou apathie et/ou aspontanéïté
- Hyperactivité globale avec distractibilité et/ou impulsivité et/ou désinhibition
- Persévération des règles opératoires et comportement stéréotypé.
- Syndrome de dépendance à l'environnement avec utilisation et imitation.
- Confabulation et paramnésies réduplicatives
- Anosognosie et anosodiaphorie
- Troubles émotionnels et du comportement social
- Troubles du comportement alimentaire, sexuel et sphinctérien

Selon ces auteurs, ces modifications comportementales sont susceptibles d'entraîner des conséquences négatives sur la qualité de vie des patients et de leurs proches. Par conséquent, un défaut d'ajustement à la situation sociale, aux interlocuteurs peut restreindre la communication ainsi que les relations et interaction avec les autres individus.

4 Limitation d'activité et restriction de participation en cas d'incompétence

En 2001, la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) propose un cadre de travail et de description des états de la santé. Elle réalise une description du fonctionnement humain de manière universelle, en se basant sur les structures anatomiques et organiques d'une personne, ses activités et sa participation au sein de la société. Cette description est à envisager avec les facteurs contextuels, environnementaux et personnels de l'individu.

La CIF utilise le terme de handicap pour désigner les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation qu'une personne peut rencontrer.

4.1 Définition de la limitation d'activité et de la restriction de participation

Avant de définir la limitation d'activité et de la restriction de participation, nous présenterons au préalable les notions d'activité et de participation.

L'activité désigne « l'exécution d'une tâche par une personne », et la participation désigne « l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle ». L'activité se traduit par « la capacité à réaliser une tâche, quel que soit le contexte », alors que la participation évalue « la performance d'une personne en situation de vie réelle ».

Par conséquent, les limitations d'activité désignent les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution de certaines activités alors que les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer en s'impliquant dans une situation de vie réelle. Les facteurs de restrictions peuvent être multiples, mais dans le cadre de notre étude, nous nous sommes intéressés à l'impact des fonctions cognitives, des compétences émotionnelles et du comportement sur la restriction de la participation dans le domaine de la communication et des relations et interactions avec autrui.

4.1.1 Impact d'une incompétence des fonctions sur la participation

L'atteinte d'une de ces fonctions, qu'elle soit développementale ou acquise, aura des répercussions sur la participation de l'individu. En effet, différents domaines de la participation pourront être atteints.

4.1.1.1 La communication

En se référant à la CIF, l'individu confronté à une limitation de sa participation dans le domaine de la communication pourra être réduit pour recevoir des messages (messages verbaux, non verbaux), pour en produire (messages verbaux, non verbaux), pour converser avec les autres en respectant les conventions qui régissent l'échange (engager, maintenir et mettre fin à une conversation avec une ou plusieurs personnes).

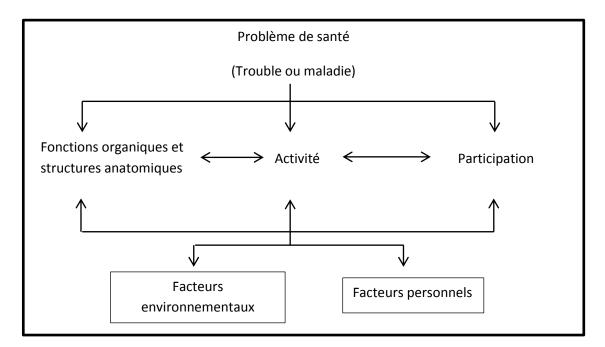


Figure 1: Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap, et de la Santé (CIF, OMS, 2001)

4.1.1.2 Les relations et interactions avec autrui

Dans ce domaine, l'individu rencontrera des limitations pour établir des relations avec d'autres individus, dans des situations diverses, tout en respectant des règles sociales. Cela se manifestera dans l'établissement d'interactions de base avec autrui (respect, tolérance, conventions sociales, contact physique, etc.), mais aussi dans l'élaboration d'interactions plus complexes (nouer des relations, mettre fin à des relations, maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui, avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales, proxémique). Enfin, cela pourra avoir des conséquences sur la constitution de relations particulières avec autrui (relations avec des étrangers, relations formelles –personnes ayant une autorité ou informelles – co-résidents, connaissances, pairs, etc.)

5 Intérêt d'un entraînement des habiletés sociales

Les différentes atteintes décrites précédemment et leur impact sur la participation à la vie sociale incitent à agir sur ces restrictions. Une action sur les fonctions cognitives, communicationnelles mais également sur le comportement semble essentiel. Afin de viser une amélioration de la participation à la vie sociale, une action plus spécifique sur les habiletés sociales est alors justifiée. Par un entraînement des habiletés sociales, un développement de la participation à la vie quotidienne est espéré, avec une intervention en amont des limitations.

5.1 Présentation et objectifs d'un entraînement des habiletés sociales

Les habiletés sociales sont des capacités que nous apprenons sans en avoir conscience au cours de notre développement. Dans le cadre de pathologies développementales ou acquises, les patients peuvent nécessiter d'un entraînement spécifique de ces habiletés.

L'entraînement aux habiletés sociales –EHS, est une méthode structurée qui vise à enseigner les habiletés sociales nécessaires dans les relations interpersonnelles et à promouvoir le maintien et la généralisation de ces habiletés dans la vie concrète du patient. (Chambon, Favrod, Yamamoto, Marie-Cardine, 1993)

Selon Baghdadli et Brisot-Dubois, « c'est une intervention spécifique qui vise à enseigner des habiletés interpersonnelles à des individus et promouvoir la généralisation et le maintien de ces habiletés. 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 ». (Baghdadli et Brisot-Dubois, 2011)

5.1.1 Méthodes utilisées

L'entraînement comprend des interventions visant à apprendre aux patients des méthodes pour contourner ou pour réduire leurs incapacités. L'intérêt est de fournir des moyens pour apprendre ces habiletés et un cadre pour leur permettre de s'exercer dans un climat sécurisant.

Différents supports sont utilisés lors des entraînements, mais la pratique la plus courante consiste à fournir une approche théorique de l'habileté travaillée au patient, puis de l'exercer avec une approche pratique.

Les techniques d'entraînement utilisent généralement des jeux de rôle, des feed-backs oraux (voire vidéo lorsque cela est possible), conseils de la part du thérapeute et des autres participants, la prescription de tâches à accomplir dans l'environnement naturel. Des techniques basées sur l'identification et l'imitation de comportements, la répétition de comportements, l'utilisation de scénarios, la résolution de problèmes sociaux sont également souvent utilisées.

L'identification de comportements spécifiques sur des photographies permet de mettre en pratique les habiletés travaillées en théorie, en les analysant et en les comparant sur support imagé.

La répétition de comportements permet au patient d'entraîner une habileté particulière dans le cadre thérapeutique avant d'utiliser ces comportements en vie quotidienne. (Rustin, 1992)

Le jeu de rôle permet de recréer une situation de vie, en petit effectif et d'analyser les comportements et réactions des participants dans une situation donnée. Un feed-back des performances est donné par les participants eux-mêmes, les patients ayant assisté au jeu de rôle et les thérapeutes. Cette technique permet d'aborder des comportements très proches de

ceux de la vie réelle, d'apercevoir la manière dont les patients se comportent dans leur vie quotidienne. Par ailleurs, cela offre aux participants un regard critique sur son propre comportement et les réactions engendrées chez les autres participants. (Rustin, 1992)

La résolution de problèmes sociaux place le participant en situation de vie réelle. Cela le conduit à interpréter et analyser des situations sociales, et à les résoudre grâce à un schéma de résolution de problème.

5.1.2 Objectifs

Au cours de l'entraînement aux habiletés sociales, plusieurs objectifs généraux sont visés (Cuny, 2012):

- Rendre le patient socialement compétent dans les situations d'interactions.
- Favoriser la participation sociale de chaque individu dans son cadre de vie.
- Soutenir les habiletés existantes.
- Promouvoir l'acquisition de nouvelles habiletés.
- Favoriser la généralisation des acquis dans un contexte de vie quotidienne

Ces objectifs sont fonctionnels en agissant sur la vie quotidienne des patients.

D'autres objectifs sont visés, plus précis et adaptés aux compétences et déficits de chaque patient :

Sur le plan du langage, les séances leur permettent d'être attentifs aux aspects verbaux et non verbaux de la communication (engager, maintenir et clore une conversation; regarder autrui; exprimer une émotion en adéquation avec le discours ...). Les patients devront également faire attention aux tours de rôle dans la conversation, à ne pas monopoliser le temps de parole, à attendre qu'autrui ait donné son avis avant de donner le sien; à donner à chaque participant la possibilité de donner son avis sur ce que l'autre dit; à écouter les autres.

Sur le plan des émotions, les patients sont amenés à exprimer des pensées et des sentiments neutres, positifs et négatifs ; à exprimer leurs émotions de manière adaptée et s'adapter et pouvoir répondre aux émotions exprimées par les autres participants ; à reconnaître les émotions d'autrui, à réagir lorsque quelqu'un se met en colère pour tenter de le calmer.

Sur le plan de la théorie de l'esprit, cela conduit les participants à adopter un point de vue différent du leur, à imaginer les intentions et sentiments d'autrui.

Sur le plan de la résolution de problèmes, cela amène le patient à répondre sans débordement à des critiques, qu'elles soient vraies ou fausses ; à décider de la solution la plus adaptée pour résoudre un conflit. (Gattegno, de Fenoyl, 2004)

5.1.3 Répertoire des entraînements déjà réalisés

La littérature répertorie de nombreux entraînements aux habiletés sociales. Ils sont généralement distincts les uns des autres selon le public visé, les habiletés sociales travaillées, les méthodes employées, l'architecture de l'entraînement.

A l'origine, les entraînements aux habiletés sociales ont majoritairement visé un public présentant des pathologies psychiatriques (par exemple, schizophrénie) ou développementales (troubles du spectre autistique). Parmi ceux ayant fait l'objet d'une recherche scientifique, nous pouvons par exemple citer l'entraînement aux habiletés sociales pour les patients psychiatriques de Liberman (2005); l'entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme de Brisot-Dubois et Baghdadli (2011); le groupe d'habiletés sociales avec trois enfants porteurs du syndrome d'Asperger de Mondon, Clément, Assouline et Rondan (2011); l'entraînement aux habiletés sociales avec des adolescents présentant des troubles psychiatriques sévères Urben, Lambelet, Baier, Jaugey, Favrod, Holzer (2014).

Aujourd'hui, ces entraînements se diversifient et sont également réalisés avec des enfants ayant un Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité, des adultes présentant des lésions acquises (par exemple, des traumatismes crâniens : Dahlberg et coll 2007, McDonald et coll 2008)

5.2 Bénéfices d'une prise en charge de groupe

Le groupe a des intérêts spécifiques. En effet, une prise en charge de groupe permet d'envisager une socialisation de patients vivant habituellement seuls, de favoriser les échanges entre eux.

Par ailleurs, le feed-back a un impact différent lorsqu'il émane des pairs ou du thérapeute (recevoir des conseils, échanger des stratégies ...). De cette manière, il est parfois mieux accepté de la part d'un participant, ayant lui aussi des difficultés.

De plus, l'observation des participants et de leurs difficultés peut améliorer la prise de conscience de ses propres déficits. Cela peut faciliter le processus de changement de comportement et avoir une incidence sur leurs relations sociales.

5.3 Bénéfices d'une prise en charge des habiletés sociales sur la participation

La Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap, et de la Santé (CIF) permet d'envisager les troubles issus d'une atteinte des fonctions cognitives, comportementales et émotionnelles ainsi que leurs retentissements dans la vie quotidienne de l'individu. Une atteinte du fonctionnement dans ces domaines peut engendrer une restriction de participation à la vie en société, dans les domaines de la communication et des relations avec d'autres individus.

Un travail sur les habiletés sociales permet d'envisager une amélioration des compétences d'un individu sur le plan social. Ainsi, ce travail permet d'agir sur la participation d'un sujet dans son cadre de vie. En effet, une amélioration des habiletés sociales laisse envisager des retombées positives sur l'environnement de l'individu, que ce soit dans sa communication mais également dans ses relations et interactions avec les autres. Un travail spécifique de certaines habiletés sociales peut alors permettre à un participant d'améliorer sa communication, tant en expression qu'en compréhension, avec un niveau d'inférence plus ou moins complexe. Par ailleurs, l'amélioration des habiletés sociales laisse présager une amélioration des relations et des interactions avec autrui, grâce à un comportement plus approprié, une meilleure adaptation à son interlocuteur. Les habiletés sociales étant en constante interaction, cela favorise le transfert des connaissances entre les domaines.

Par ailleurs, des réactions positives de l'entourage d'un individu vont renforcer ses comportements verbaux et non verbaux, ce qui va favoriser sa participation au sein de la société. Le fonctionnement de la personne au sein de la société bénéficiera de cet entraînement des habiletés sociales et sa participation pourra être améliorée.

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

1. Problématique

L'observation de certains résidents du Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) Handivillage33 lors de séances d'orthophonie ou au cours d'échanges avec les professionnels travaillant avec eux au quotidien, m'ont conduite à prendre en compte certaines difficultés récurrentes. En vie quotidienne, mais également au cours de rendez-vous formels et séances de rééducation, certains résidents rencontrent des difficultés de communication au sein de la structure, que ce soit avec les résidents ou avec les professionnels y exerçant. Les difficultés, hétérogènes, concernent la qualité de leur communication, de leurs interactions et de leurs relations sociales. Celles-ci, ont des répercussions sur la qualité de vie des résidents au sein de la structure (rupture dans la communication, dans les relations sociales) et peuvent être à l'origine de troubles du comportement. Une restriction de la participation de certains résidents à la vie en communauté est ainsi remarquée.

En outre, un entraînement aux habiletés sociales avec un groupe restreint de résidents pourrait agir sur leur participation à la vie en collectivité, et plus précisément, sur leurs capacités de communication, d'interaction et relations avec autrui.

La problématique de notre étude est donc de savoir si un entraînement aux habiletés sociales auprès de patients vivant dans un FAM et présentant des niveaux de compétences hétérogènes peut améliorer leurs habiletés sociales. Par conséquent, nous cherchons à évaluer l'effet de l'entraînement sur leur vie quotidienne (communication, interactions et relations avec autrui).

2. Hypothèses

Nous pouvons émettre l'hypothèse que l'entraînement aux habiletés sociales permettrait :

- Une amélioration des habiletés sociales des patients à la fin de l'entraînement, au niveau de leur communication et de la qualité de leurs interactions et relations sociales.
- Une généralisation de leurs habiletés sociales en situation de vie quotidienne.
- Une réduction des troubles du comportement au sein du FAM.

MATERIEL ET METHODE

1 Population

1.1 Source de recrutement

Tous les patients recrutés pour cette étude résident au sein du FAM Handivillage33. Cette structure innovante accueille des personnes handicapées, présentant des pathologies hétérogènes (neurologiques, psychiatriques et développementales). Handivillage33 se divise en quatre pôles, trois prenant en charge spécifiquement un des domaines de pathologies cités précédemment, et un dédié aux traumatismes crâniens.

Le choix des patients de cette étude s'est fondé sur les observations et les avis recueillis auprès des professionnels d'Handivillage33. Nous avons décidé de réunir des patients de pôles différents afin de soutenir l'hétérogénéité des pathologies de la structure et de confronter des atteintes diverses, provoquant des atteintes différentes dans les champs d'étude ciblés. En effet, la sélection des patients s'est fondée sur l'altération des fonctions cognitives, émotionnelles et comportementales, et ce, quel que soit le versant et la gravité de l'atteinte

Quatre des six patients ont été recrutés en avril 2014, dans le cadre d'une prise en charge de groupe au cours de mon stage de 3^{ème} année. Ils ont participé à un groupe d'entraînement aux habiletés sociales, d'une durée de 7 séances. Ce groupe a été pensé en tant que phase de pré-test à mon projet de mémoire. En effet, ces 7 séances m'ont permis de réfléchir et d'ajuster l'organisation de mes séances, de modifier les domaines d'entraînement et leur déroulement. Cela m'a également permis de revoir le choix de mes patients selon les objectifs du groupe.

L'évaluation des patients a été réalisée avant le début du groupe. Quatre patients de la phase de pré-test ont poursuivi le groupe d'entraînement aux habiletés sociales dans le cadre de cette étude. Les deux derniers patients du groupe d'entraînement aux habiletés sociales ont été recrutés en octobre 2014.

Le recrutement de 6 patients a été réfléchi en amont. En effet, en raison de l'altération massive des fonctions de certains résidents, nous avons constitué un groupe de 6 résidents en envisageant l'arrêt possible de certains d'entre eux en cours d'entraînement. Cela nous laissait ainsi la possibilité de poursuivre le groupe, avec un minimum de 4 résidents.

1.2 Critères de recrutement et d'exclusion

Nous n'avons pas de critères de recrutement spécifiques. Néanmoins, nous excluons de cette étude toute personne présentant une déficience auditive sévère non corrigée, une déficience visuelle sévère non corrigée ou un mutisme.

1.3 Présentation de la population

1.3.1 Patient 1 : M. D.

La dernière évaluation cognitive de M. D. (le 24/01/2013), victime d'une hémorragie cérébro-méningée sur rupture d'anévrisme, rapporte que :

M. D. a intégré Handivillage 33 dès son ouverture, le 18/02/2010. M. D. est un résident relativement solitaire, qui participe peu à la vie de son unité. Néanmoins, il demeure dans le contact social et est demandeur d'activités, que ce soit à l'intérieur d'Handivillage33 ou à l'extérieur (restaurant, concert ...). Depuis peu, M. D. est à l'initiative de tournois, à raison d'un dimanche par mois, entre les résidents d'Handivillage33 : jeux de société tels que le yam's, jeu de cartes. Il n'entretient que peu de contact avec les autres résidents, même s'il a réussi à construire une relation amicale avec quelques rares résidents. M. D. sollicite peu le personnel qui l'accompagne au quotidien et reste très discret dans la vie quotidienne.

Sur le plan thymique, une fragilité certaine a été mise en avant. Néanmoins, M. D. tente de la camoufler derrière un masque qui se veut rassurant.

Les capacités cognitives de M. D. sont relativement efficientes. Toutefois, il convient de préciser une certaine fluctuation attentionnelle, des troubles de l'inhibition, de la flexibilité ou encore de la planification. Par ailleurs, M. D. présente les séquelles d'une aphasie fluente avec une tendance logorrhéique. En groupe, cela peut se traduire par une tendance à monopoliser la parole en se recentrant sur des événements personnels. De plus, l'équipe soignante rapporte que sa compréhension est bonne mais parfois aléatoire.

M. D. a tendance à minimiser ses difficultés, qu'elles soient cognitives ou physiques. En effet, il continue de penser qu'elles ne sont que passagères et reste persuadé d'une récupération totale. Cette anosognosie a été décrite dans de nombreux comptes-rendus médicaux et para-médicaux.

1.3.2 Patient 2 : M. L.

La dernière évaluation cognitive de M. L. (le 12/07/2012), victime d'accidents vasculaires cérébraux ischémiques multiples, rapporte que :

M. L. a intégré Handivillage 33 dès son ouverture, le 18/02/2010. Les soignants décrivent chez le patient une importante instabilité psychomotrice, que ce soit lors de moments de la vie quotidienne (le repas par exemple) ou lors de prises en charge. En effet, M. L. présente de grandes difficultés à canaliser son comportement sur la durée. Au quotidien, M. L. adopte un comportement d'errance dans l'établissement. Il présente également des comportements d'intolérance à la frustration, d'impulsivité ainsi qu'une sensibilité à l'environnement. Les comportements de M. L. permettent à l'équipe soignante de déceler un éventuel mal-être.

Sur le plan thymique, M. L. est majoritairement souriant et avenant. L'équipe soignante décrit néanmoins une difficulté à exprimer ses émotions.

Sur le plan cognitif, plusieurs troubles sont relevés : attentionnels, de l'inhibition, de la flexibilité mentale, de planification. Par ailleurs, M. L. présente des difficultés langagières s'exprimant en partie par une dysarthrie, une hypophonie, et un débit verbal rapide.

L'anosognosie de M. L. est massive : il ne semble pas avoir conscience de la réalité de ses troubles et n'exprime aucune plainte cognitive.

1.3.3 Patient 3 : M. C.

La dernière évaluation cognitive de M. C. (le 05/06/2014), victime d'un accident de la voie publique avec traumatisme crânien fronto-pariétal gauche grave, rapporte que :

M. C. est entré le 17/02/2010 à Handivillage33. Les relations de M. C. avec ses pairs sont rares. En effet, ce résident a tendance à s'isoler dans sa chambre pour écouter la radio ou pour lire des bandes-dessinées. Les soignants rapportent qu'il préfère les relations duelles avec eux. Par ailleurs, la sévérité de ses troubles cognitifs provoque un oubli des activités auxquelles il a participé récemment. Il verbalise alors un fort ennui et un manque d'intérêt certain pour les résidents avec lesquels il cohabite.

Sur le plan thymique, de l'anxiété, une auto-dépréciation ainsi que de l'apathie ont été décrites chez M. C.. Le patient peut manifester aisément ses frustrations mais peut présenter plus de difficultés pour verbaliser ses envies.

Sur le plan cognitif, nous relevons des troubles exécutifs avec un défaut de flexibilité mentale, d'inhibition, de planification ; des troubles attentionnels et mnésiques. Les capacités de M. C. fluctuent selon son état de fatigue ainsi que son état émotionnel. Les troubles précédemment décrits sont alors accentués et il devient également difficilement intelligible en raison d'une dysarthrie et d'une hypophonie majorées.

M. C. ne semble pas être conscient de l'ampleur de ses difficultés lorsqu'il parle de son quotidien. Néanmoins, il a une conscience diffuse de ses troubles cognitifs et surtout mnésiques.

1.3.4 Patient 4 : M. A.

La dernière évaluation cognitive de M. A. (le 06/03/2014), atteint d'une schizophrénie hébéphrénique, rapporte que :

M. A. a intégré Handivillage33 le 8/03/2010. Il évolue de manière très discrète au sein de son unité et de l'institution en général. M. A. est peu dans l'échange avec les soignants et les résidents de son unité ; il partage son temps entre sa chambre où il peut lire et la salle à manger où il aime y écouter de la musique. M. A. est très sensible à ce qui se déroule autour de lui, malgré une amimie et une expression figée de son visage qui peuvent laisser penser le contraire.

Sur le plan thymique, M. A. ne manifeste que très peu d'émotions, verbalement ou sur le plan comportemental. Néanmoins, il peut toutefois se sentir en confiance avec son interlocuteur et être sensible à l'humour.

Sur le plan cognitif, M. A. présente des troubles mnésiques, attentionnels et exécutifs avec un défaut de conceptualisation, de flexibilité mentale, d'anticipation, d'inhibition. Par ailleurs, une hypophonie et un débit verbal très ralenti sont rapportés, ce qui peut conduire à un défaut d'intelligibilité de la part des soignants. Ses échanges avec le personnel sont rares, et sont ponctués de réponses brèves. Les soignants rapportent également un discours parfois

confus avec la présence de propos inadaptés et de changements de sujet de conversation sans raison.

M. A. n'exprime aucune plainte et n'a pas conscience de certaines difficultés, que ce soit dans son quotidien ou lors des activités proposées

1.3.5 Patient 5 : M. GP.

La dernière évaluation cognitive de M. G.1 (le 26/06/2014), présentant un trouble de la personnalité, rapporte que :

M. GP. a intégré Handivillage33 le 03/02/2010. Sur le plan comportemental, de nombreux troubles sont décrits par l'équipe soignante. Ils se manifestent au travers de crises d'agitation avec agressivité verbale et provocation, de confrontation incessante au cadre et limites institutionnelles, de vols et de mensonges. Néanmoins, les soignants évoquent que M. GP. est une personne serviable, avenante et de moins en moins agressive et insultante. En effet, suite à un changement d'unité, il réussit à mieux s'intégrer à la vie de celle-ci. Toutefois, face à une frustration ou contrariété, ce comportement déviant précédemment décrit réapparaît. Par ailleurs, M. GP. est très demandeur d'encouragements, d'attention et de valorisation, notamment en situation duelle.

Sur le plan thymique, l'équilibre de M. GP. est fragile. Son mal-être s'exprime essentiellement par des troubles du comportement offensifs et provocateurs qui pourraient camoufler une éventuelle tristesse.

Sur le plan cognitif, M. GP. présente une déficience intellectuelle modérée qui conduit à des modes de raisonnements particuliers. Cela constitue souvent un frein dans ses capacités de jugement. En effet, les stratégies élaborées dans son quotidien sont généralement insuffisantes. En tenant compte de cette déficience, l'efficience cognitive globale de M. GP. demeure correcte. Nous notons tout de même des capacités attentionnelles fragiles, des troubles de la pensée abstraite et du raisonnement, des troubles mnésiques, des troubles exécutifs avec une absence d'anticipation, d'inhibition, de flexibilité mentale et la présence de persévérations. Par ailleurs, une dysarthrie rend parfois M. GP. difficilement intelligible.

1.3.6 Patient 6 : M. GJ.

La dernière évaluation cognitive de M. GJ. (le 13/11/2014), présentant une psychose infantile déficitaire, rapporte que :

M. GJ. a intégré Handivillage33 le 03/03/2010. M. GJ est présenté par les soignants comme un résident jovial, avenant et serviable mais pouvant faire preuve d'irritabilité, de violence verbale et physique, notamment dans ses phases de déséquilibre glycémique. Le caractère sociable de M. GJ s'illustre par la recherche d'interactions avec le personnel et les résidents au cours de ses déplacements dans la structure. Certains comportements infantiles ont été relevés par l'équipe, en lien avec sa déficience intellectuelle. Par ailleurs, M. GJ présente une intolérance à la frustration.

Sur le plan thymique, son humeur est fonction du moment, ce qui provoque une fluctuation fréquente de ses émotions. Par ailleurs, M. GJ peut présenter des difficultés à les gérer.

Sur le plan cognitif, M. GJ. présente une déficience intellectuelle. Elle s'accompagne de troubles attentionnels, une difficulté de raisonnement et d'accès à l'abstraction, et une fatigabilité cognitive rapide. Sur le plan oral, M. GJ. présente également des capacités d'expression langagières réduites, avec une production se réduisant à des mots isolés. M. GJ. peut comprendre les consignes et ordres simples. L'équipe soignante relève également un défaut d'articulation et une impulsivité lors des échanges interpersonnels, ce qui gêne la communication.

M. GJ. n'exprime aucune plainte. Il n'a aucune conscience de ses troubles et de ses difficultés.

2 Protocole d'entraînement aux habiletés sociales

Un protocole d'entraînement aux habiletés sociales a été créé dans le cadre de cette étude. Nous décrirons sa mise en place et sa composition dans les prochaines parties.

2.1 Mise en place du protocole

2.1.1 Cadre de travail, axes de prise en charge, organisation des séances

Le protocole d'entraînement s'est déroulé sur 20 séances, à raison d'une séance hebdomadaire d'une heure. Il s'est déroulé au sein du bureau de l'orthophoniste d'Handivillage33. Il s'agit d'une prise en charge de groupe, réunissant six patients présentant des atteintes hétérogènes. Les séances ont été animées par moi-même.

La création de l'entraînement s'est fondée sur les observations des professionnels et l'analyse des résultats de l'évaluation des fonctions cognitives, émotionnelles et comportementales des patients. Pour ce faire, un travail de réflexion sur les besoins des patients et l'apport d'un groupe aux habiletés sociales dans leur quotidien a été mis en place.

L'entraînement se divise en quatre modules : les habiletés émotionnelles, les habiletés cognitives, les habiletés langagières et la théorie de l'esprit. Il s'agit donc d'un entraînement d'habiletés spécifiques correspondant à un domaine de fonctionnement (cognition, émotions, comportement). Chaque module se constitue de cinq séances, construites selon des axes de travail précis, en lien avec les domaines altérés. Le choix des habiletés travaillées à chaque séance suit une évolution rigoureuse : difficulté croissante ou suivi des étapes du développement normal de l'habileté (par exemple, le module de théorie de l'esprit suit les étapes de développement de cette habileté). Un module différent a été travaillé à chaque séance.

La prise en charge s'est articulée autour de deux axes :

- Axe rééducatif : il vise l'amélioration des habiletés travaillées en séance, et ce, au moyen des exercices proposés.
- Axe de généralisation: il vise une amélioration des fonctions travaillées dans le quotidien du patient. L'approche est plus écologique car elle permet au patient de mettre en pratique les habiletés acquises en séance dans son environnement naturel. Cette phase de transfert des connaissances inclue l'entourage (soignants, résidents ...) dans le soutien de la pratique des nouvelles compétences.

La séance est organisée en différents temps :

- **Retour sur la semaine passée** : lors de ce premier temps, chaque résident revient sur la semaine qu'il vient de passer, et dit comment il se sent au moment de la séance.
- **Retour sur la tâche à effectuer** : un résident énonce la tâche à réaliser pour ce jour, et chacun revient sur l'accomplissement ou non de la tâche.
- **Présentation du thème de la séance du jour** : le thérapeute présente le thème qui sera travaillé en séance, et apporte quelques explications supplémentaires concernant l'habileté travaillée.
- Exercices en lien avec le thème : l'habileté est travaillée au moyen de matériel spécifique.
- Retour sur la séance : chaque patient revient sur la séance, en apportant son impression sur ce qui a été travaillé, le niveau de difficulté des exercices, sur ce que cela peut lui apporter au quotidien. Il peut également commenter la participation et l'ambiance générale du groupe.
- Explication de la tâche à réaliser pour la séance suivante et inscription dans le carnet : une tâche en lien avec ce qui a été travaillé au cours de la séance est distribuée à chaque patient. Le thérapeute l'explique et l'inscrit dans le carnet de chacun, en s'assurant qu'elle a bien été comprise.

2.1.2 Matériel utilisé : supports, feedback

Plusieurs matériels issus du commerce ont été utilisés :

- Emotions (Color cards): ces photographies imprimées sur de grandes planches permettent de visualiser différentes émotions, avec des degrés différents, sur des personnes différentes et lors de contextes différents.
- **Decisions** (**Color cards**): ces photographies imprimées sur de grandes planches mettent en jeu des capacités de réflexion. En effet, il convient de prendre la décision la plus adaptée à la situation photographiée.

Nous avons également utilisé des éléments issus d'études ou d'ouvrages :

• Expressions faciales émotionnelles schématisées (Hobson, 1989) : ces images réalisées par Hobson ont été adaptées dans «La théorie de l'esprit entre cognition, émotion et adaptation sociale » (Nader-Grosbois, 2011). Elles reprennent quatre des 6 émotions primaires décrites par Keman (1992) : la colère, la peur, la joie et la tristesse.

- Schéma de résolution de problème : ce schéma est issu de « L'entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme » (Baghdadli, Brisot-Dubois, 2011). Il permet d'avoir une ligne directrice concernant les étapes de résolution d'un problème.
- Exercices issus de « L'entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme ». (Baghdadli, Brisot-Dubois, 2011). Certains des exercices utilisés ont été adaptés aux situations de vie quotidienne des patients.
- Exercices inspirés de «La théorie de l'esprit entre cognition, émotion et adaptation sociale » (Nader-Grosbois, 2011) et adaptés aux patients d'Handivillage33.

Par ailleurs, lors de ce groupe, les scénarios utilisés ont fréquemment été inventés afin de se rapprocher au plus près du quotidien des patients, des situations et problèmes rencontrés.

De plus, un feed-back oral a été utilisé au cours de toutes les séances. Il était donné à chaque patient après sa prestation. Ce feed-back émanait du thérapeute mais également des résidents présents.

Egalement, un carnet a été introduit au cours de l'entraînement aux habiletés sociales. A l'intérieur de celui-ci, la tâche à réaliser était inscrite à chaque fin de séance, afin de pallier la perte des fiches distribuées. Cela a également permis de regrouper les tâches et d'améliorer leur lisibilité si les soignants souhaitaient aider les patients. De cette manière, toutes les tâches ont été écrites et gardées au sein d'un carnet de petit format. Par ailleurs, les patients pouvaient également l'utiliser pour noter la réalisation de leur tâche afin d'en avoir une trace écrite.

Enfin, un enregistrement vidéo a été réalisé à chaque séance. En effet, toutes les séances ont été filmées afin d'améliorer l'analyse clinique des performances des patients au cours de l'entraînement.

2.2 Présentation du protocole

Le protocole d'entraînement aux habiletés sociales a été construit en amont des séances. Pour chaque séance, un objectif précis a été attribué, en lien avec le module travaillé. Il y a quatre modules, en lien avec les quatre habiletés sociales principales : les habiletés langagières, les habiletés émotionnelles, les habiletés cognitives et la théorie de l'esprit. Chaque module est entraîné lors de cinq séances, avec une difficulté croissante.

L'objectif de la séance a été atteint au moyen d'un matériel prédéfini, et a été poursuivi au cours de la semaine grâce à la tâche de généralisation.

Le descriptif du programme d'entraînement aux habiletés sociales se situe dans les annexes ce mémoire.

3 Bilan

3.1 Présentation des outils d'évaluation

Deux évaluations ont été proposées lors de cette étude :

- Une auto-évaluation : cette évaluation est réalisée par le patient lui-même, au moyen d'échelles. Il s'attribue une note selon les compétences ou les situations explicitées.
- Une hétéro-évaluation : cette évaluation est destinée aux professionnels de l'établissement. Elle prend la forme d'un questionnaire, rempli par le personnel côtoyant le résident au sein de la structure.

Elle a été complétée par l'Evaluation des Habiletés Sociales nécessaires aux Relations Interpersonnelles (EHSRI), remplie par le thérapeute animant le groupe d'entraînement aux habiletés sociales à la fin de chaque séance.

3.1.1 Auto-évaluation

Cette évaluation est réalisée dans le cadre d'un entretien avec le patient, d'une durée de 30 minutes, dans la chambre du patient. Les échelles utilisées pour cette évaluation ont été lues au patient, et remplies par le thérapeute.

• Echelle d'affirmation de soi de Cungi et Rey

Cette échelle, créée en 2001, permet d'évaluer le niveau d'affirmation de la personne testée. Elle se compose d'items spécifiques aux compétences sollicitées par l'affirmation de soi : être à l'aise en situation relationnelle, manifester son opinion, formuler et refuser des demandes, engager, poursuivre et arrêter une conversation, recevoir et faire des critiques ou des compliments et réagir adéquatement aux comportements agressifs.

Le patient s'attribue une note entre 1 et 8 selon son aisance à réaliser la compétence. Plus le score est élevé, plus le niveau d'affirmation de soi est bon :

- Au-dessous de 39 : le comportement est très inhibé, la personne est très gênée dans le contact avec autrui et a tendance à éviter toute situation relationnelle contrariante.
- Entre 40 et 70 : le comportement est inhibé, mais la personne arrive à affronter, des situations relationnelles contrariantes.
- Au-dessus de 70 : le comportement est affirmé. La personne ne présente pas difficulté majeure d'un point de vue relationnel.

• Echelle de Communication Verbale de Bordeaux (ECVB) de Darrigrand et Mazaux

Cet instrument a été créé en 2000 pour évaluer la communication fonctionnelle d'une personne aphasique dans la vie quotidienne. Il permet d'évaluer la perception qu'a la personne de sa propre communication. Cette évaluation se présente sous la forme d'un entretien semi-dirigé.

Les questions abordées couvrent de plusieurs aspects de la communication fonctionnelle et sont regroupées sous les rubriques suivantes : expression des besoins et des intentions, conversation, utilisation du téléphone, communication dans les relations sociales, lecture, écriture, stratégies de compensation, désir et manière de communiquer, calcul mental, et gestion du budget.

Dans le cadre de notre évaluation, seules certaines rubriques ont été utilisées :

- Expression des intentions
- Conversation avec les proches

- Conversation avec des personnes non familières, des inconnus
- Relations sociales

Les réponses du patient sont reportées dans une grille de cotation afin de les convertir en points. Plus le score du patient est élevé, plus ses compétences communicationnelles sont de qualité.

3.1.2 Hétéro-évaluation

Cette évaluation est réalisée par les professionnels côtoyant les résidents au sein de la structure. Le personnel est regroupé en deux catégories :

- **Personnel accompagnant le patient au quotidien** : aide-soignant, aide médicopsychologique, personnel de nuit, animateurs.
- Personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge: infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien, psychologue, assistante sociale, cadre de santé, médecin coordonateur.

Ce questionnaire est composé de quarante-deux items, regroupé en cinq catégories, ciblant les habiletés travaillés lors de l'entraînement aux habiletés sociales (habiletés émotionnelles, habiletés langagières, habiletés cognitives, théorie de l'esprit, comportement). Certains items admettent un commentaire mais la majorité n'incluent qu'une réponse fermée avec un choix entre plusieurs propositions : jamais, quelquefois, de plus en plus, souvent, toujours.

Les items du questionnaire sont issus de plusieurs sources :

- L'ECVB (Darrigrand et Mazaux, 2000)
- Echelle d'affirmation de soi (Cungi et Rey, 2001)
- EHSRI (Gattegno et De Fenoyl, 2004)
- Protocole pragmatique (Prutting et Kirshner, 1983, 1987)
- Inventaire du syndrome dysexécutif comportemental (Grefex, 2000)

• Evaluation des Habiletés Sociales nécessaires aux Relations Interpersonnelles (EHSRI) de Gattegno et De Fenoyl

La grille d'Evaluation des Habiletés Sociales nécessaires aux Relations Interpersonnelles (EHSRI) a été conçue en 2004 dans le cadre d'une étude sur les groupes d'entraînement aux habiletés sociales de personnes atteintes du syndrome d'Asperger.

Cette grille a été créée pour mesurer les progrès des patients participant à ce type de groupe. Elle se compose de vingt-quatre items, décrivant les comportements mis en jeu dans les interactions sociales. Les domaines de compétences sont classés en huit rubriques, abordant les versants réceptif et expressif :

- Conversation
- Communication non verbale
- Expression de pensées et sentiments neutres
- Expression de pensées et sentiments positifs
- Expression de pensées et sentiments négatifs
- Réception de pensées et sentiments neutres
- Réception de pensées et sentiments positifs
- Réception de pensées et sentiments négatifs

Un score total est comptabilisé : plus le comportement est adapté, plus le score est important.

- 4 points sont attribués aux comportements jugés adaptés et constants.
- 3 points sont attribués aux comportements jugés adaptés mais variables.
- 2 points sont attribués aux comportements jugés légèrement inadaptés.
- 1 point est attribué aux comportements jugés moyennement inadaptés.
- aucun point n'est attribué aux comportements jugés sévèrement inadaptés.

Cette hétéro-évaluation a été complétée par le thérapeute animant le groupe. En effet, à la fin de chaque séance, l'EHSRI a été remplie pour chaque patient afin d'évaluer son évolution au cours de l'entraînement aux habiletés sociales.

3.2 Méthode de passation

Les patients ont été évalués à deux reprises : avant le début de l'entraînement (T0), puis à la fin de l'entraînement (T1). L'évaluation vise à observer si les habiletés sociales se sont améliorées au cours de l'entraînement et si certaines ont été plus sensibles à l'entraînement. L'analyse des résultats est faite en tenant compte des réponses du patient et des professionnels interrogés, et ce, à T0 et T1.

RESULTATS

Pour chaque patient, nous présenterons ses résultats obtenus aux évaluations à T0 puis à T1. Dans un premier temps, nous présenterons l'évaluation réalisée auprès des soignants (l'hétéro-évaluation), avec tout d'abord un diagramme récapitulatif de toutes les habiletés sociales, puis des secteurs spécifiques à chaque habileté sociale. Dans un second temps, nous exposerons l'évaluation réalisée auprès du patient (l'auto-évaluation).

Les résultats obtenus aux questionnaires compareront ceux du personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP) à T0 puis T1, à ceux du personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ) à T0 puis T1.

Par ailleurs, une abréviation a été utilisée dans les graphiques pour chaque habileté :

- H. E. = Habiletés émotionnelles
- H. COG. = Habiletés cognitives
- H. L. = Habiletés langagières
- TDE = Théorie de l'esprit
- H. COMP. = Habiletés comportementales

Nous précisons que l'entraînement s'est arrêté à la fin de la 15^{ème} séance pour M. L. et M. GP. L'arrêt a été décidé en raison de compétences n'étant plus en adéquation avec celles requises pour la suite des séances. Leur évaluation a ainsi été réalisée juste après leur arrêt.

Un tableau récapitulatif des items utilisés dans le questionnaire se situe ci-dessous. Les items sont triés selon chaque habileté évaluée et sont encadrés par un code couleur. Ce code sera repris lors de la présentation de chaque graphique afin de faciliter un retour au détail des items ciblés.

HABILETES EMOTIONNELLES

- Le patient réussit à identifier les sentiments d'un soignant ou d'un résident
- Le patient a des difficultés pour exprimer par la parole un sentiment positif (joie)
- Le patient a des difficultés pour exprimer par la parole un sentiment négatif (colère, peur, etc.)
- Le patient parvient à résoudre un problème avec un résident / membre de l'équipe soignante de façon adaptée à la situation
- Le patient réagit de manière adaptée devant quelqu'un qui est en colère
- Le patient répond à des compliments

HABILETES COGNITIVES

Lorsque le patient est confronté à un comportement agressif, il agit de manière à ce que la situation se termine bien

HABILETES LANGAGIERES

- Le patient a des difficultés pour exprimer un besoin (manger, boire, se reposer, etc.)
- Le patient a des difficultés pour exprimer une intention, un projet (aller voir une personne en particulier, avoir une envie particulière comme une promenade, etc.)
- Le patient a des difficultés pour avoir une conversation sur un sujet courant de la vie quotidienne (ce qu'il a mangé à midi, raconter une activité, etc.)
- Le patient entame la conversation avec vous
- Le patient est à l'aise pour maintenir une conversation avec vous
- Le patient arrête une conversation si cela est nécessaire
- Le patient prend la parole au cours d'une conversation avec plusieurs résidents et/ou soignants
- Lorsque le patient ne comprend pas ce que vous lui dites, il vous fait répéter
- Le patient a des difficultés pour comprendre l'humour, les jeux de mots, les plaisanteries, etc.
- Lorsque le patient ne comprend pas ce que vous lui dites, il vous fait répéter
- Le patient présente des expressions du visage lorsqu'il vous parle
- Le patient vous regarde dans les yeux lorsqu'il vous parle
- L'intensité de la voix du patient est adaptée lorsqu'il vous parle
- Le patient est intelligible (vous le comprenez sans avoir besoin de vous référer à ses gestes pour le comprendre)
- Le débit de parole du patient est adapté
- Le patient respecte les tours de parole en situation de groupe

THEORIE DE L'ESPRIT

- Le patient parvient à avoir une relation adaptée avec les autres, en s'adaptant à leurs comportements.
- Le patient présente une indifférence aux autres opinions

HABILETES COMPORTEMENTALES

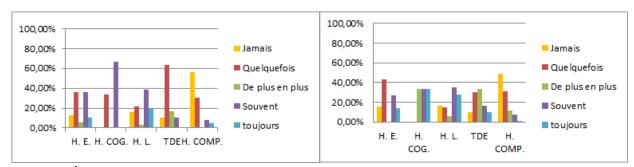
- Le patient cherche les disputes / conflits
- Le patient a tendance à sous-estimer ses difficultés comportementales
- Le patient a des difficultés à reconnaître ses troubles, alors qu'ils retentissent pourtant sur sa vie quotidienne
- Le patient présente des difficultés pour respecter les règles de la vie en communauté dans le Foyer Clary
- Le patient a des conflits fréquents avec les autres résidents/avec les soignants
- Le patient est indifférent aux conséquences de ses actes
- Le patient parle et agit sans mesurer les conséquences de ses actes ou agit et parle sans discernement, sur un coup de tête.
- Le patient se montre agressif, crie

1 Présentation des résultats

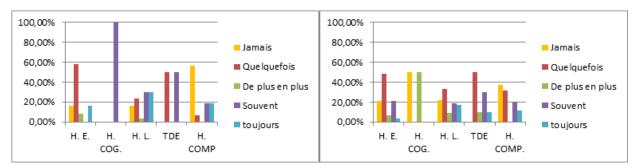
1.1 M. D.

1.1.1 Hétéro-évaluation

1.1.1.1 Diagramme récapitulatif des habiletés sociales



Graphique 1¹: Récapitulatif de la réalisation des habiletés sociales, à T0 puis T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).



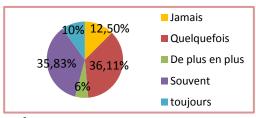
Graphique 2 : Récapitulatif de la réalisation des habiletés sociales, à T0 puis T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

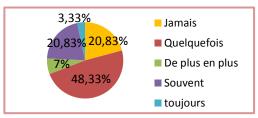
Selon le PAP et le PAQ, à T0 puis T1, les habiletés émotionnelles ainsi que la théorie de l'esprit sont les habiletés les moins mises en pratique lors de la vie quotidienne à Handivillage 33. Par ailleurs à T1, selon le PAQ, les habiletés langagières diminuent et deviennent déficitaires.

_

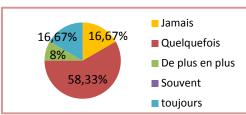
¹ Ex: Dans 10% des cas, le patient arrive toujours à utiliser ses habiletés émotionnelles de manière adaptée; Dans 35,85% des cas, le patient arrive souvent à utiliser ses habiletés émotionnelles de manière adaptée; Dans 6% des cas, le patient arrive de plus en plus à utiliser ses habiletés émotionnelles de manière adaptée; Dans 36,11% des cas, le patient arrive quelquefois à utiliser ses habiletés émotionnelles de manière adaptée; Dans 12,5% des cas, le patient n'arrive jamais à utiliser ses habiletés émotionnelles de manière adaptée.

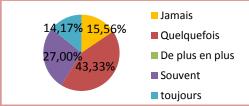
1.1.1.2 Détail de chaque habileté





Graphique 3² : Mesure de la réalisation des habiletés émotionnelles, à T0 puis à T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).





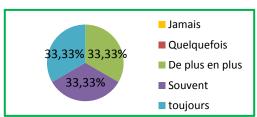
Graphique 4 : Mesure de la réalisation des habiletés émotionnelles, à T0 puis à T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

Selon le PAP, les habiletés émotionnelles sont déficitaires, à T0 et T1. Par ailleurs, les performances diminuent à T1.

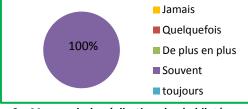
Selon le PAQ, les scores en habiletés émotionnelles sont déficitaires, à T0 et T1. Néanmoins, les performances s'améliorent entre T0 et T1.

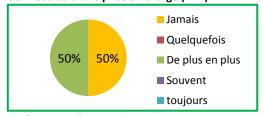
Les scores en habiletés émotionnelles sont meilleurs selon le PAP à T0, mais sont meilleurs selon le PAQ à T1.





Graphique 5³: Mesure de la réalisation des habiletés cognitives, à T0 puis à T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).





Graphique 6 : Mesure de la réalisation des habiletés cognitives, à T0 puis à T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

² Habileté émotionnelle : Capacité à reconnaître, exprimer et réguler des émotions.

Ex : Dans 10% des cas, le patient arrive toujours à utiliser ses habiletés émotionnelles de manière adaptée.

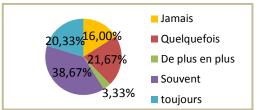
³ **Habileté cognitive** : Compétence permettant la résolution des problèmes sociaux, c'est-à-dire, la résolution de situations pour lesquelles l'organisme a un but mais pas de moyen connu pour y parvenir. (Baghdadli, Brisot-Dubois)

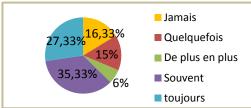
Ex : Dans 67% des cas, le patient utilise souvent ses habiletés cognitives de manière adaptée.

Selon le PAP, les habiletés cognitives sont régulièrement mises en pratique à T0. Leur niveau diminue après l'entraînement.

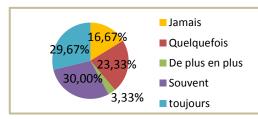
Selon le PAQ, les habiletés cognitives sont mises en pratique à T0. Néanmoins, leur performance diminue à T1.

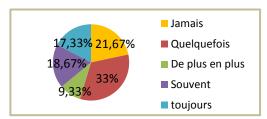
Les scores en habiletés cognitives sont meilleurs selon le PAQ à T0, mais sont meilleurs selon le PAP à T1.





Graphique 7⁴ : Mesure de la réalisation des habiletés langagières, à T0 puis à T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).





Graphique 8 : Mesure de la réalisation des habiletés langagières, à T0 puis à T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

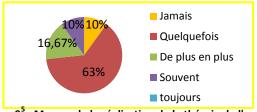
Selon le PAP, les habiletés langagières sont régulièrement mises en pratique à T0 et T1. Néanmoins, leur niveau diminue après l'entraînement.

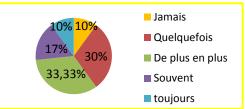
Selon le PAQ, les habiletés langagières sont régulièrement mises en pratique à T0. Néanmoins, leur niveau diminue après l'entraînement et elles deviennent déficitaires.

Les scores en habiletés langagières sont meilleurs selon le PAQ à T0, mais sont meilleurs selon le PAP à T1.

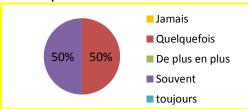
⁴ **Habileté langagière** : Compétence permettant de communiquer le message souhaité, en utilisant les différentes modalités disponibles, et ce, de manière adaptée.

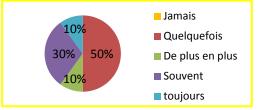
Ex : Dans 20,33% des cas, le patient utilise toujours ses habiletés langagières de manière adaptée.





Graphique 9⁵: Mesure de la réalisation de la théorie de l'esprit, à T0 puis à T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).



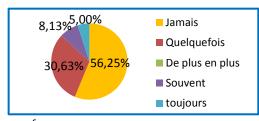


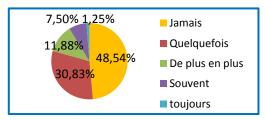
Graphique 10 : Mesure de la réalisation de la théorie de l'esprit, à T0 puis à T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

Selon le PAP, les scores en théorie de l'esprit sont déficitaires à T0 mais ils progressent à T1, et la théorie de l'esprit est plus régulièrement mise en pratique.

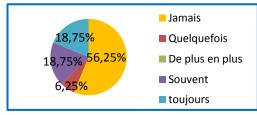
Selon le PAQ, les scores en théorie de l'esprit sont presque déficitaires à T0. A T1, les performances en théorie de l'esprit diminuent et elle devient déficitaire.

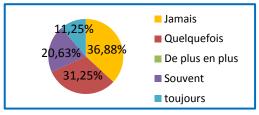
Les scores en théorie de l'esprit sont meilleurs selon le PAQ à T0 mais meilleurs selon le PAP à T1.





Graphique 11⁶: Mesure de la réalisation des habiletés comportementales, à T0 puis à T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).





Graphique 12 : Mesure de la réalisation des habiletés comportementales, à T0 puis à T1 selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

Selon le PAP et le PAQ, les habiletés comportementales sont régulièrement mises en pratique à Handivillage 33. Leur performance augmente après l'entraînement selon le PAQ.

Les scores en habiletés comportementales sont meilleurs selon le PAP, à T0 et T1.

Ex : Dans 56,24% des cas, le patient n'utilise jamais ses habiletés comportementales de manière inadéquate.

⁵ **Théorie de l'esprit** : Compétence permettant la prédiction des comportements d'autrui en se basant sur ses états mentaux (Nader-Grosbois, 2011)

Ex : Dans 63,33% des cas, le patient utilise quelquefois ses capacités de théorie de l'esprit de manière adaptée.

⁶ Habileté comportementale : Manière d'être et d'agir d'un individu.

1.1.2 Auto-évaluation

Les résultats de l'auto-évaluation sont présentés sous forme de tableau à T0 puis T1.

Echelle d'affirmation de soi (Cungi et Rey)	56 /104 ; 79/104	
ECVB	Expression intentions: 5/9; 4/9	= 33/45
(Darrigrand et Mazaux)	Conversation : 14/21 ; 12/21 Relations sociales : 14/18 ; 9/18	25/45

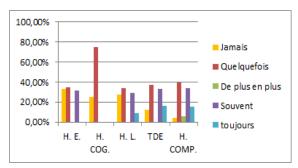
A T0, le score à l'échelle d'affirmation de soi montre un comportement inhibé. Néanmoins, les compétences du patient lui permettent d'affronter des situations relationnelles contrariantes. A T1, le score s'améliore et montre un comportement affirmé. Les réponses apportées par le patient rapportent une absence de difficulté majeure d'un point de vue relationnel. Les réponses à l'échelle d'affirmation de soi sont améliorées à T1.

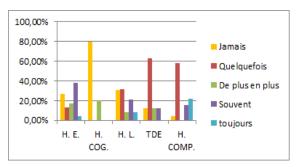
Le score à l'ECVB a diminué entre T0 et T1.

1.2 M.L.

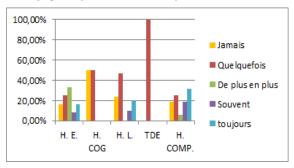
1.2.1 Hétéro-évaluation

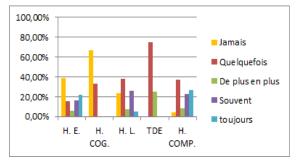
1.2.1.1 Diagramme récapitulatif





Graphique 13 : Récapitulatif de la réalisation des habiletés sociales, à T0 puis T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).





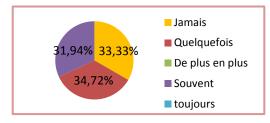
Graphique 14 : Récapitulatif de la réalisation des habiletés sociales, à T0 puis à T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

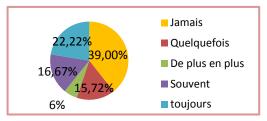
Selon le PAP, à T0 puis à T1, les habiletés émotionnelles, cognitives, langagières, comportementales ainsi que la théorie de l'esprit sont les habiletés les moins mises en pratique lors de la vie quotidienne à Handivillage 33.

Selon le PAQ, à T0, les habiletés cognitives, langagières, comportementales ainsi que la théorie de l'esprit sont les habiletés les moins mises en pratique lors de la vie quotidienne à d'Handivillage 33. A T1, seules les habiletés comportementales sont plus mises en pratique.

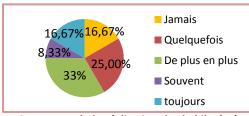
Le PAQ observe plus de domaines mis en pratique dans la vie quotidienne que le PAP. Par ailleurs, il est le seul à noter une amélioration dans un des domaines déficitaires à T0.

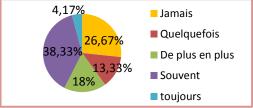
1.2.1.2 Détail de chaque habileté





Graphique 15 : Mesure de la réalisation des habiletés émotionnelles, à T0 puis T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).



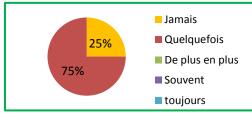


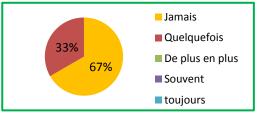
Graphique 16 : Mesure de la réalisation des habiletés émotionnelles, à T0 puis T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

Selon le PAP, les habiletés émotionnelles sont déficitaires, à T0 et T1. Toutefois, les performances s'améliorent après l'entraînement.

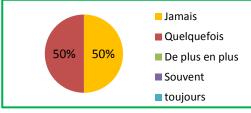
Selon le PAQ, les habiletés émotionnelles sont mises en place régulièrement à T0 et T1. Leur fréquence d'utilisation s'améliore entre T0 et T1.

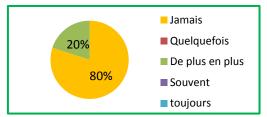
Les scores en habiletés émotionnelles sont meilleurs d'après le PAQ, à T0 et T1. Néanmoins, les scores progressent plus à T1 selon le PAP.





Graphique 17 : Mesure de la réalisation des habiletés cognitives, à T0 puis T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).

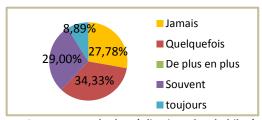


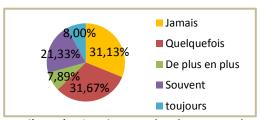


Graphique 18 : Mesure de la réalisation des habiletés cognitives, à T0 puis à T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

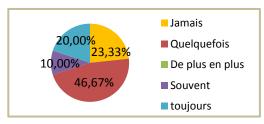
Selon le PAP et le PAQ, les habiletés cognitives sont déficitaires, à T0 et à T1. Les performances diminuent à T1.

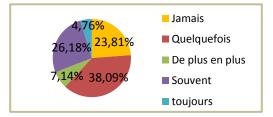
Les scores en habiletés cognitives sont meilleurs selon le PAP à T0 et T1.





Graphique 19 : Mesure de la réalisation des habiletés langagières, à T0 puis T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).



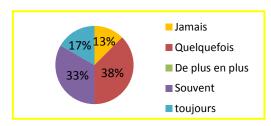


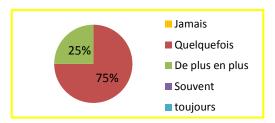
Graphique 20 : Mesure de la réalisation des habiletés langagières, à T0 puis à T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

Selon le PAP, les habiletés langagières sont déficitaires, à T0 et T1. Toutefois, les performances diminuent légèrement après l'entraînement.

Selon le PAQ, les habiletés langagières sont déficitaires à T0 et T1. Toutefois, les performances s'améliorent après l'entraînement.

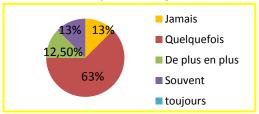
Les scores en habiletés langagières sont meilleurs d'après le PAP à T0, et meilleurs d'après le PAQ à T1. La marge de progression est plus importante selon le PAQ.





Graphique 21 : Mesure de la réalisation de la théorie de l'esprit, à T0 puis à T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).



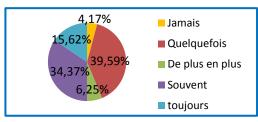


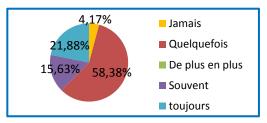
Graphique 22 : Mesure de la réalisation de la théorie de l'esprit, à T0 puis à T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

Selon le PAP, les scores en théorie de l'esprit sont déficitaires, à T0 et T1. Toutefois, les performances s'améliorent après l'entraînement.

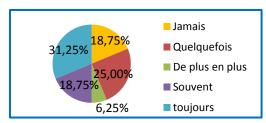
Selon le PAQ, les scores en théorie de l'esprit sont déficitaires à T0 et T1. Toutefois, les performances s'améliorent après l'entraînement.

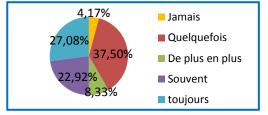
Les scores en théorie de l'esprit s'améliorent plus selon PAP.





Graphique 23: Mesure de la réalisation des habiletés comportementales, à T0 puis à T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).





Graphique 24 : Mesure de la réalisation des habiletés comportementales, à T0 puis à T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

Selon le PAP, les habiletés comportementales sont déficitaires, à T0 et à T1. Elles s'améliorent après l'entraînement.

Selon le PAQ, les habiletés comportementales sont déficitaires à T0. A T1, les performances s'améliorent et ne sont plus déficitaires.

Les habiletés comportementales sont meilleures d'après le PAQ à T1.

1.2.2 Auto-évaluation

Echelle d'affirmation de soi		
(Cungi et Rey)	49 /104 ; 71/ 104	
	Expression intentions : 4/9 ; 4/9	
ECVB		= 27/45
	Conversation : 13/21 ; 9/21	
(Darrigrand et Mazaux)		23/45
	Relations sociales : 10/18 ; 10/18	

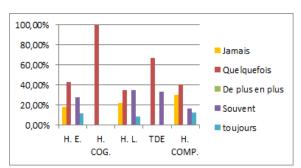
A T0, le score à l'échelle d'affirmation de soi présente un comportement est inhibé. Néanmoins, le patient arrive à affronter des situations relationnelles contrariantes. A T1, les score augmente et montre comportement affirmé. Les réponses apportées par le patient rapportent une absence de difficulté majeure d'un point de vue relationnel.

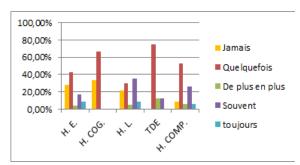
Le score à l'ECVB a légèrement diminué entre T0 et T1, notamment concernant les capacités de conversation.

1.3 M.C.

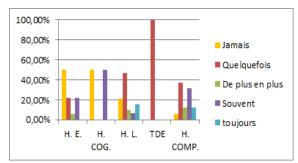
1.3.1 Hétéro-évaluation

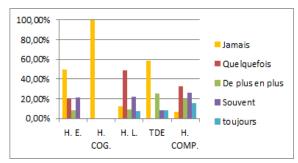
1.3.1.1 Diagramme récapitulatif





Graphique 25 : Récapitulatif de la réalisation des habiletés sociales, à T0 puis T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).





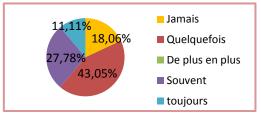
Graphique 26 : Récapitulatif de la réalisation des habiletés sociales, à T0 puis T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

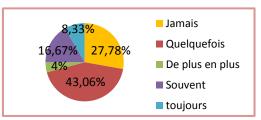
Selon le PAP, à T0, les habiletés émotionnelles, cognitives, langagières ainsi que la théorie de l'esprit sont les habiletés les moins mises en pratique lors de la vie quotidienne à Handivillage 33. A T1, seules les habiletés langagières sont plus mises en pratique.

Selon le PAQ, à T0 puis à T1, les habiletés émotionnelles, cognitives, langagières, comportementales ainsi que la théorie de l'esprit sont les habiletés les moins mises en pratique lors de la vie quotidienne à Handivillage 33.

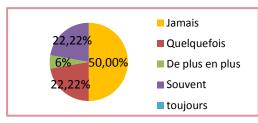
Le PAP observe plus de domaines mis en pratique dans la vie quotidienne que le PAQ. Par ailleurs, il est le seul à noter une amélioration dans un des domaines déficitaires à T0.

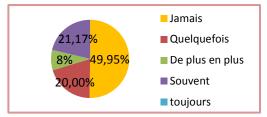
1.3.1.2 Détail de chaque habileté





Graphique 27: Mesure de la réalisation des habiletés émotionnelles, à T0 puis T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).





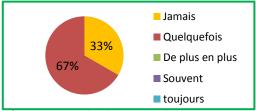
Graphique 28 : Mesure de la réalisation des habiletés émotionnelles, à T0 puis T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

Selon le PAP, les habiletés émotionnelles sont déficitaires, à T0 et T1. Par ailleurs, les performances diminuent après l'entraînement.

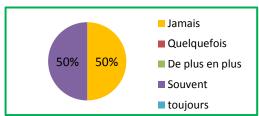
Selon le PAQ, les habiletés émotionnelles sont déficitaires, à T0 et T1. Leur fréquence d'utilisation s'améliore légèrement entre T0 et T1.

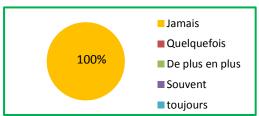
Les scores en habiletés émotionnelles sont meilleurs d'après le PAP à T0 mais sont meilleurs selon le PAQ à T1.





Graphique 29 : Mesure de la réalisation des habiletés cognitives, à T0 puis T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).



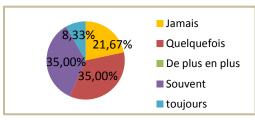


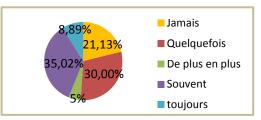
Graphique 30 : Mesure de la réalisation des habiletés cognitives, à T0 puis T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

Selon le PAP, les habiletés cognitives sont déficitaires, à T0 et T1. Par ailleurs, les performances diminuent après l'entraînement.

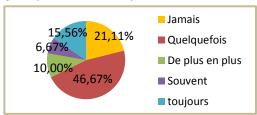
Le PAQ est partagé sur la mise en pratique des habiletés cognitives à T0. A T1, les habiletés cognitives diminuent et sont déficitaires.

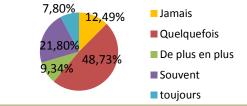
Les scores en habiletés cognitives sont meilleurs d'après le PAQ à T0, mais meilleurs d'après le PAP à T1.





Graphique 31 : Mesure de la réalisation des habiletés langagières, à T0 puis T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).



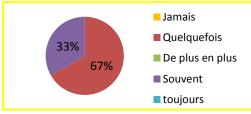


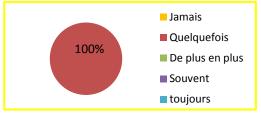
Graphique 32 : Mesure de la réalisation des habiletés langagières, à T0 puis T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

Selon le PAP, les habiletés langagières sont déficitaires, à T0 et T1. Néanmoins, elles s'améliorent à T1.

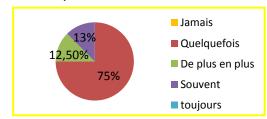
Selon le PAQ, les habiletés langagières sont déficitaires, à T0 et T1. Néanmoins, elles s'améliorent à T1.

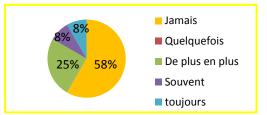
Les scores en habiletés langagières sont meilleurs d'après le PAP, à T0 et T1. Toutefois, la marge de progression est plus importante selon le PAQ.





Graphique 33 : Mesure de la réalisation de la théorie de l'esprit, à T0 puis T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).



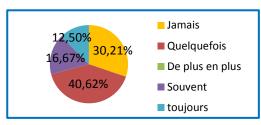


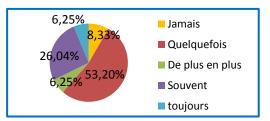
Graphique 34 : Mesure de la réalisation de la théorie de l'esprit, à T0 puis T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

Selon le PAP, les scores en théorie de l'esprit sont déficitaires, à T0 et T1. Néanmoins les performances s'améliorent légèrement à T1.

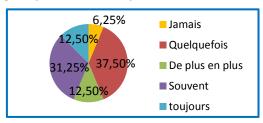
Selon le PAQ, les scores en théorie de l'esprit sont déficitaires, à T0 et T1. Par ailleurs, les performances diminuent après l'entraînement.

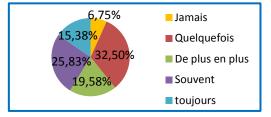
Les scores en théorie de l'esprit sont meilleurs d'après le PAP à T0, et meilleurs d'après le PAQ à T1.





Graphique 35 : Mesure de la réalisation des habiletés comportementales, à T0 puis T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).





Graphique 36 : Mesure de la réalisation des habiletés comportementales, à T0 puis T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

Selon le PAP, les habiletés comportementales sont régulièrement mises en pratique, à T0 et T1. Toutefois, les performances diminuent à T1.

Selon le PAQ, les habiletés comportementales sont déficitaires, à T0 et T1. Par ailleurs, les performances diminuent après l'entraînement.

Les scores en habiletés comportementales sont meilleurs d'après le PAP, à T0 et T1.

1.3.2 Auto-évaluation

Echelle d'affirmation de soi (Cungi et Rey)	66 /104 ; 65/104	
ECVB	Expression intentions : 9/9; 9/9	= 33/45
(Darrigrand et Mazeaux)	Conversation : 17 /21 ; 15/21	31/41
	Relations sociales: 7/15; 7/15	

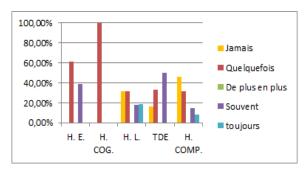
A T0 et T1, le score à l'échelle d'affirmation de soi montre un comportement inhibé. Néanmoins, les compétences du patient lui permettent d'affronter des situations relationnelles contrariantes.

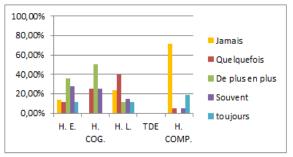
Le score à l'ECVB diminue légèrement entre T0 et T1, notamment au niveau des capacités de conversation.

1.4 M. A

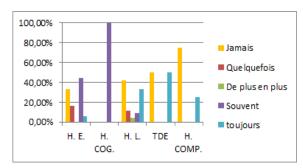
1.4.1 Hétéro-évaluation

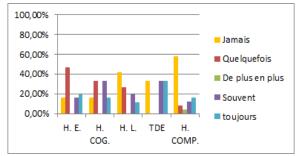
1.4.1.1 Diagramme récapitulatif





Graphique 37 : Récapitulatif de la réalisation des habiletés sociales, à T0 puis T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).





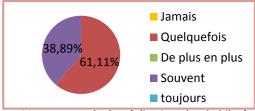
Graphique 38 : Récapitulatif de la réalisation des habiletés sociales, à T0 puis T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

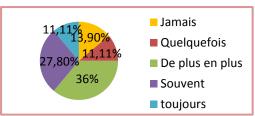
Selon le PAP, à T0, les habiletés émotionnelles, cognitives, langagières ainsi que la théorie de l'esprit sont les habiletés les moins mises en pratique lors de la vie quotidienne à Handivillage 33. A T1, seules les habiletés langagières sont les moins mises en pratique.

Selon le PAQ, à T0 puis à T1, les habiletés émotionnelles, langagières et la théorie de l'esprit sont les habiletés les moins mises en pratique lors de la vie quotidienne à Handivillage 33.

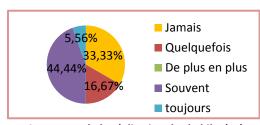
Le PAQ observe plus de domaines mis en pratique dans la vie quotidienne que le PAQ. Néanmoins, le PAP constate plus d'amélioration dans les domaines jugés déficitaires à T0.

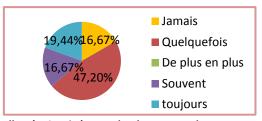
1.4.1.2 Détail de chaque habileté





Graphique 39 : Mesure de la réalisation des habiletés émotionnelles, à T0 puis T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).



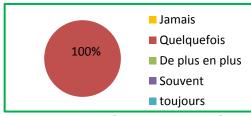


Graphique 40 : Mesure de la réalisation des habiletés émotionnelles, à T0 puis à T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

Selon le PAP, les habiletés émotionnelles de l'esprit sont déficitaires à T0. A T1, elles ne sont plus déficitaires et sont régulièrement mises en pratique.

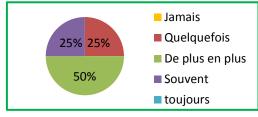
Selon le PAQ, les scores en habiletés émotionnelles sont déficitaires, à T0 et T1. Par ailleurs, les performances diminuent après l'entraînement.

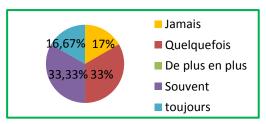
Les scores en habiletés émotionnelles sont meilleurs d'après le PAQ à T0.





Graphique 41 : Mesure de la réalisation des habiletés cognitives, à T0 puis T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).



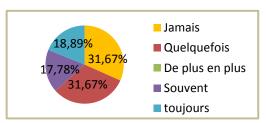


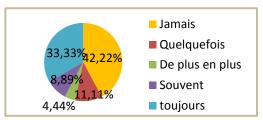
Graphique 42 : Mesure de la réalisation des habiletés émotionnelles, à T0 puis T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

Selon le PAP, les habiletés cognitives de l'esprit sont déficitaires à T0. A T1, elles ne sont plus déficitaires et sont plus régulièrement mises en pratique.

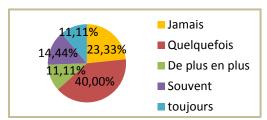
Selon le PAQ, les habiletés cognitives sont régulièrement mises e pratique, à T0 et T1. Néanmoins, les performances diminuent après l'entraînement.

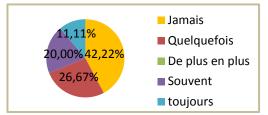
Les scores en habiletés cognitives sont meilleurs selon le PAQ à T0.





Graphique 43: Mesure de la réalisation des habiletés langagières, à T0 puis T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).



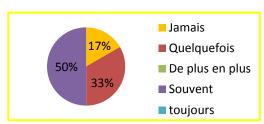


Graphique 44 : Mesure de la réalisation des habiletés langagières, à T0 puis T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

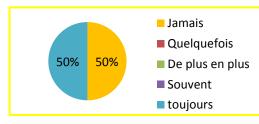
Selon le PAP, les habiletés langagières de l'esprit sont déficitaires, à T0 et à T1. Néanmoins, les performances s'améliorent à T1.

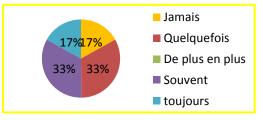
Selon le PAQ, les habiletés langagières sont déficitaires, à T0 et T1. Par ailleurs, les performances diminuent après l'entraînement.

Les scores en habiletés langagières sont meilleurs d'après le PAQ à T0.



Graphique 45: Mesure de la réalisation de la théorie de l'esprit, à TO selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).



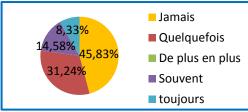


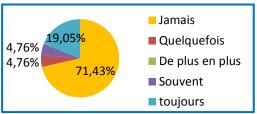
Graphique 46 : Mesure de la réalisation de la théorie de l'esprit, à T0 puis T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

Selon le PAP, les scores en théorie de l'esprit sont déficitaires, à T0 et à T1.

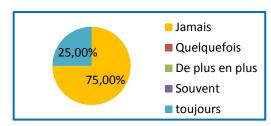
Selon le PAQ, les scores en théorie de l'esprit sont déficitaires, à T0 et T1. Néanmoins, les performances s'améliorent après l'entraînement.

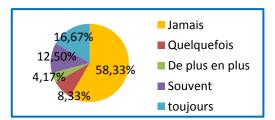
Les scores en théorie de l'esprit sont meilleurs selon le PAP à T0.





Graphique 47 : Mesure de la réalisation des habiletés comportementales, à T0 puis T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).





Graphique 48 : Mesure de la réalisation des habiletés comportementales, à T0 puis T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

Selon le PAP, les habiletés comportementales sont régulièrement mises en pratique, à T0 et T1. Toutefois, les performances diminuent légèrement.

Selon le PAQ, les habiletés comportementales sont régulièrement mises en pratique, à T0 et T1. Néanmoins, les performances diminuent après l'entraînement.

Les scores en habiletés émotionnelles sont meilleurs d'après le PAQ à T0, mais meilleurs selon le PAP à T1.

1.4.2 Auto-évaluation

Echelle d'affirmation de soi		
(Cungi et Rey)	67 /104 ; 68/104	
	Expression intentions: 9/9; 9/9	
ECVB		= 28/45
	Conversation : 11 /21 ; 10/21	
(Darrigrand et Mazaux)		26/45
	Relations sociales: 8/18; 7/18	

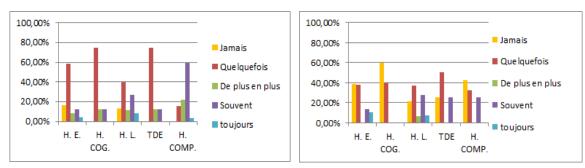
A T0 et T1, le score à l'échelle d'affirmation de soi montre un comportement inhibé. Néanmoins, les compétences du patient lui permettent d'affronter des situations relationnelles contrariantes.

Le score à l'ECVB a diminué entre T0 et T1, notamment au niveau de compétences de conversation et de relations sociales.

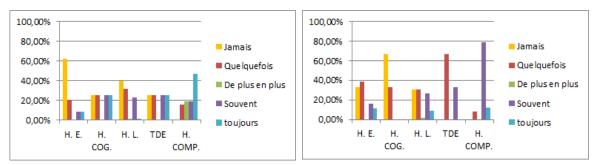
1.5 M. GP.

1.5.1 Hétéro-évaluation

1.5.1.1 Diagramme récapitulatif



Graphique 49 : Récapitulatif de la réalisation des habiletés sociales, à T0 puis T1, le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).



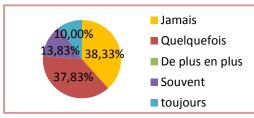
Graphique 50 : Récapitulatif de la réalisation des habiletés sociales, à T0 puis T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

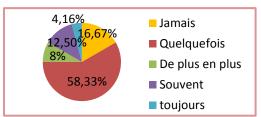
Selon le PAP, à T0, les habiletés émotionnelles, cognitives, langagières ainsi que la théorie de l'esprit sont les habiletés les moins mises en pratique lors de la vie quotidienne à Handivillage 33. A T1, elles demeurent déficitaires, avec les habiletés comportementales qui s'ajoutent. La théorie de l'esprit n'est plus déficitaire à T1.

Selon le PAQ, à T0 puis à T1, les habiletés émotionnelles, langagières, comportementales ainsi que la théorie de l'esprit sont les habiletés les moins mises en pratique lors de la vie quotidienne à Handivillage 33. De plus, les habiletés cognitives deviennent déficitaires à T1.

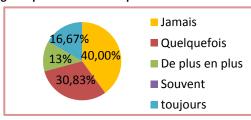
Le PAQ observe plus de domaines mis en pratique dans la vie quotidienne que le PAP. Néanmoins, le PAP constate plus d'amélioration dans les domaines jugés déficitaires à T0.

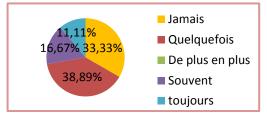
1.5.2.2 Détail de chaque habileté





Graphique 51: Mesure de la réalisation des habiletés émotionnelles, à T0 puis T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).



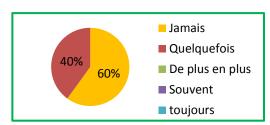


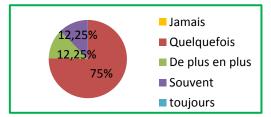
Graphique 52 : Mesure de la réalisation des habiletés émotionnelles, à T0 puis T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

Selon le PAP, les habiletés émotionnelles sont déficitaires, à T0 et T1. Néanmoins, les performances s'améliorent légèrement à T1.

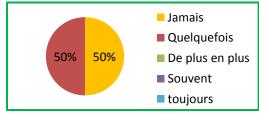
Selon le PAQ, les habiletés émotionnelles sont déficitaires, à T0 et T1. Par ailleurs, les performances diminuent légèrement après l'entraînement.

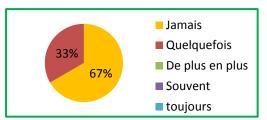
Les scores en habiletés émotionnelles sont meilleurs d'après le PAQ, à T0 et T1





Graphique 53 : Mesure de la réalisation des habiletés cognitives, à T0 puis T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).



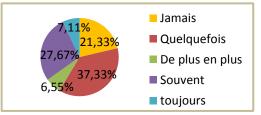


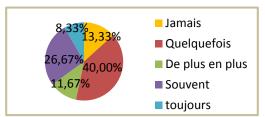
Graphique 54 : Mesure de la réalisation des habiletés cognitives, à T0 puis T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

Selon le PAP, les habiletés cognitives sont déficitaires, à T0 et T1. Néanmoins, les performances s'améliorent légèrement à T1.

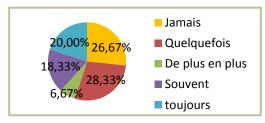
Selon le PAQ, les habiletés émotionnelles sont déficitaires, à T0 et T1. Par ailleurs, les performances diminuent légèrement après l'entraînement.

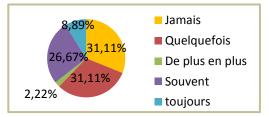
Les scores en habiletés cognitives sont meilleurs d'après le PAP, à T0 et T1.





Graphique 55: Mesure de la réalisation des habiletés langagières, à T0 puis T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).



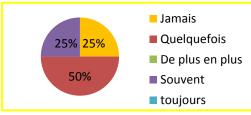


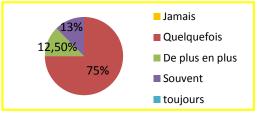
Graphique 56 : Mesure de la réalisation des habiletés langagières, à T0 puis T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

Selon le PAP, les habiletés langagières sont déficitaires, à T0 et T1. Néanmoins, les performances s'améliorent légèrement à T1.

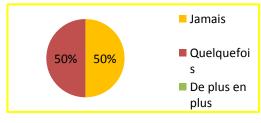
Selon le PAQ, les habiletés émotionnelles sont déficitaires, à T0 et T1. Par ailleurs, les performances diminuent légèrement après l'entraînement.

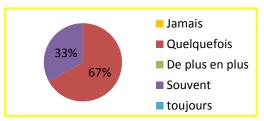
Les scores en habiletés langagières sont meilleurs d'après le PAQ à T0, mais meilleurs selon le PAP à T1.





Graphique 57 : Mesure de la réalisation de la théorie de l'esprit, à T0 puis T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).

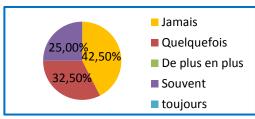


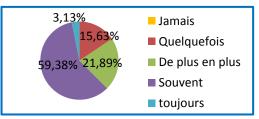


Graphique 58 : Mesure de la réalisation de la théorie de l'esprit, à T0 puis T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

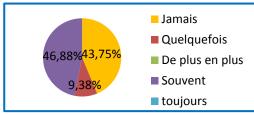
Selon le PAP, les scores en théorie de l'esprit sont déficitaires, à T0 et T1. Les compétences dans ce domaine demeurent stables à T1.

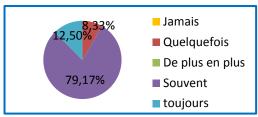
Selon le PAQ, les habiletés émotionnelles sont déficitaires, à T0 et T1. Les compétences dans ce domaine demeurent stables à T1.





Graphique 59 : Mesure de la réalisation des habiletés comportementales, à T0 puis T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).





Graphique 60 : Mesure de la réalisation des habiletés cognitives, à T0 puis T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

Selon le PAP et le PAQ, les habiletés comportementales sont régulièrement mises en pratique à T0. Néanmoins, à T1, les performances diminuent et les habiletés comportementales deviennent déficitaires.

Les scores en habiletés comportementales sont meilleurs d'après le PAP, à T0 et T1.

1.5.2 Auto-évaluation

Echelle d'affirmation de soi		
(Cungi et Rey)	53 /104 ; 78/104	
	Expression intentions : 5/9; 3/9	
ECVB		= 18/45
	Conversation : 10/21 ; 12/21	
(Darrigrand et Mazaux)		18/45
	Relations sociales : 3/18; 3/18	

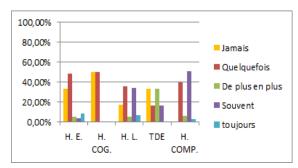
A T0, le score à l'échelle d'affirmation de soi montre un comportement inhibé. Néanmoins, les compétences du patient lui permettent d'affronter des situations relationnelles contrariantes. A T1, Le score s'améliore et montre un comportement affirmé. Les réponses apportées par le patient rapportent une absence de difficulté majeure d'un point de vue relationnel. Les réponses à l'échelle d'affirmation de soi sont améliorées à T1.

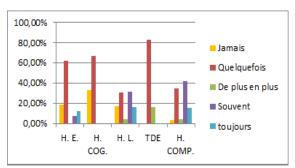
Le score à l'ECVB est stable entre T0 et T1.

1.6 M. GJ.

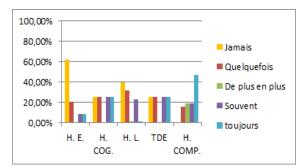
1.6.1 Hétéro-évaluation

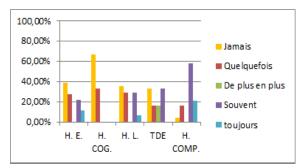
1.6.1.1 Diagramme récapitulatif





Graphique 61 : Récapitulatif de la réalisation des habiletés sociales, à T0 puis T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).





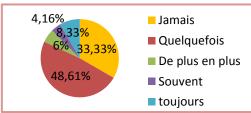
Graphique 62 : Récapitulatif de la réalisation des habiletés sociales, à T0 puis T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

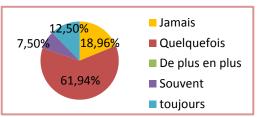
Selon le PAP, à T0, les habiletés émotionnelles, cognitives, langagières, comportementales ainsi que la théorie de l'esprit sont les habiletés les moins mises en pratique lors de la vie quotidienne à Handivillage 33. A T1, les habiletés langagières s'améliorent et ne sont plus déficitaires.

Selon le PAQ, à T0 puis à T1, les habiletés émotionnelles, langagières, comportementales ainsi que la théorie de l'esprit sont les habiletés les moins mises en pratique lors de la vie quotidienne à Handivillage 33. De plus, les habiletés cognitives deviennent déficitaires à T1.

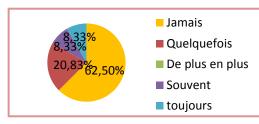
Le PAP observe plus de domaines mis en pratique dans la vie quotidienne que le PAQ.

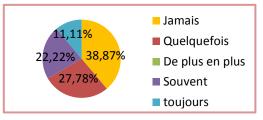
1.6.1.2 Détail de chaque habileté





Graphique 63 : Mesure de la réalisation des habiletés émotionnelles, à T0 puis T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).

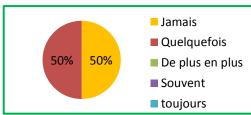


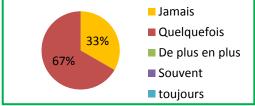


Graphique 64 : Mesure de la réalisation des habiletés émotionnelles, à T0 puis T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

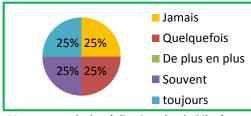
Selon le PAP et le PAQ, les habiletés émotionnelles sont déficitaires, à T0 et T1. Néanmoins, les performances s'améliorent légèrement à T1.

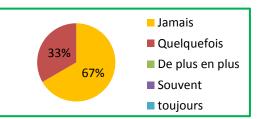
Les scores en habiletés émotionnelles sont meilleurs d'après le PAP à T0, et meilleurs d'après le PAQ à T1.





Graphique 65 : Mesure de la réalisation des habiletés cognitives, à T0 puis T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).



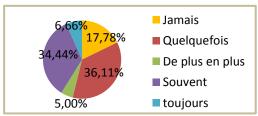


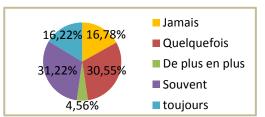
Graphique 66 : Mesure de la réalisation des habiletés cognitives, à T0 puis T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

Selon le PAP, les habiletés cognitives sont déficitaires, à T0 et T1. Néanmoins, les performances s'améliorent à T1.

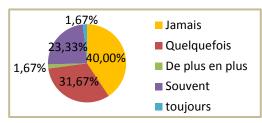
Selon le PAQ, les habiletés cognitives sont mises en pratique de manière irrégulière àT0. A T1, elles diminuent et deviennent déficitaires.

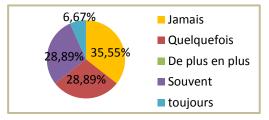
Les scores en habiletés émotionnelles sont meilleurs d'après le PAQ à T0, et meilleurs d'après le PAP à T1 .





Graphique 67: Mesure de la réalisation des habiletés langagières, à T0 puis T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).



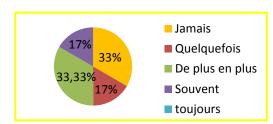


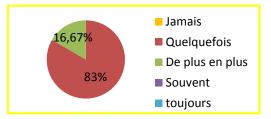
Graphique 68 : Mesure de la réalisation des habiletés langagières, à T0 puis T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

Selon le PAP, les habiletés langagières sont déficitaires à T0. A T1, elles s'améliorent et ne sont plus déficitaires.

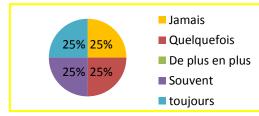
Selon le PAQ, les habiletés langagières sont déficitaires, à T0 et T1. Néanmoins, elles s'améliorent à T1.

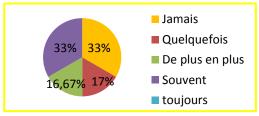
Les scores en habiletés langagières sont meilleurs d'après le PAQ mais la marge de progression est plus importante selon le PAP.





Graphique 69 : Mesure de la réalisation de la théorie de l'esprit, à T0 puis T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).

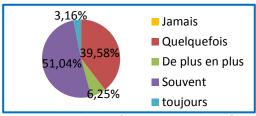


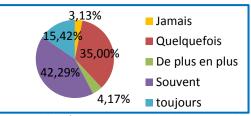


Graphique 70 : Mesure de la réalisation de la théorie de l'esprit, à T0 puis T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

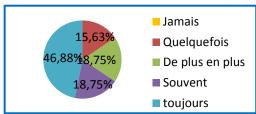
Selon le PAP, les scores en théorie de l'esprit sont déficitaires, à T0 et T1. Néanmoins, les performances s'améliorent à T1. A T1, elles s'améliorent et ne sont plus déficitaires.

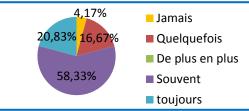
Selon le PAQ, les habiletés langagières sont déficitaires, à T0 et T1. Par ailleurs, les performances diminuent à T0 et T1.





Graphique 71 : Mesure de la réalisation des habiletés comportementales, à T0 puis T1, selon le personnel soignant accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une prise en charge (PAP).





Graphique 72 : Mesure de la réalisation de la théorie de l'esprit, à T0 puis T1, selon le personnel accompagnant le patient au quotidien (PAQ).

Selon le PAP et le PAQ, les habiletés comportementales sont déficitaires, à T0 et T1. Néanmoins, les performances légèrement s'améliorent à T1.

Les scores en habiletés comportementales sont meilleurs d'après le PAP à T0 et T1.

1.6.2 Auto-évaluation

Echelle d'affirmation de soi		
(Cungi et Rey)	32 /104 ; 38/104	
	Expression intentions : 9/9 ; 7/9	
ECVB		= 30/45
	Conversation : 15/21 ; 7/21	
(Darrigrand et Mazaux)		19/45
	Relations sociales : 6/18; 5/18	

A T0 et à T1, le score à l'échelle d'affirmation de soi montre un comportement inhibé. Néanmoins, les compétences du patient progressent. Ses compétences lui permettent d'affronter des situations relationnelles contrariantes.

Le score à l'ECVB a diminué dans tous les domaines entre T0 et T1

2 Analyse des résultats

2.4 M. D.

A l'auto-évaluation, la perception des capacités communicationnelles du patient par lui-même est en accord avec le niveau des habiletés langagières observé par le PAP à T1.

A l'hétéro-évaluation, le PAP et le PAQ observent un bon niveau d'habiletés cognitives et comportementales à T0.

Les résultats de l'évaluation des habiletés sociales peuvent être mis en lien avec les trois domaines de fonctionnement principaux : la cognition, l'émotion, le comportement. La cognition comprend les habiletés langagières, cognitives ainsi que la théorie de l'esprit ; l'émotion comprend les habiletés émotionnelles ; le comportement comprend les habiletés comportementales. De ce fait, nous pouvons en déduire que le domaine de la cognition a progressé selon le PAP, mais a diminué selon le PAQ (baisse des habiletés cognitives et langagières). Le domaine des émotions a également diminué entre T0 et T1 selon le PAP mais a progressé selon le PAQ. Enfin, le domaine du comportement a légèrement diminué mais reste très régulièrement mis en pratique selon le PAP et s'est amélioré selon le PAQ.

2.5 M.L

A l'auto-évaluation, la perception de M. L. de ses propres capacités communicationnelles n'est pas en accord avec le niveau des habiletés langagières observé par le PAP et le PAQ, à T0 et à T1. L'anosognosie décrite par le personnel semble donc toujours présente, et n'apparaît pas améliorée par le groupe.

A l'hétéro-évaluation, malgré le déficit dans les domaines évalués, nous notons une amélioration dans trois domaines selon le PAP et le PAQ: habiletés émotionnelles, langagières et théorie de l'esprit. De plus, le PAP obtient de meilleurs scores dans les domaines des habiletés cognitives, alors que le PAQ obtient plus de meilleurs scores dans les habiletés émotionnelles, langagières et comportementales.

Nous pouvons mettre en rapport les résultats de l'évaluation des habiletés sociales avec les trois domaines de fonctionnement principaux. Nous pouvons alors en déduire que le

domaine de la cognition a progressé selon le PAP et le PAQ (baisse des habiletés cognitives seulement). Le domaine des émotions a progressé entre T0 et T1 selon le PAP et le PAQ. Enfin, le domaine du comportement a diminué selon PAP mais progressé selon le PAQ.

2.6 M.C.

A l'auto-évaluation, la perception de M. C. de ses propres capacités communicationnelles n'est pas en accord avec le niveau des habiletés langagières observé par le PAP et le PAQ, à T0 et T1. L'anosognosie décrite par le personnel semble donc toujours présente, et n'apparaît pas améliorée par le groupe.

A l'hétéro-évaluation, le PAP observe un bon niveau d'habiletés comportementales à T0.

Malgré le déficit dans les domaines évalués, nous notons une amélioration des habiletés langagières selon PAP et le PAQ. Par ailleurs, le PAP observe une amélioration de la théorie de l'esprit à T1, et le PAQ observe une amélioration des habiletés émotionnelles et comportementales à T1. De plus, le PAP observe une meilleure qualité des habiletés cognitives, langagières avec des scores plus élevés que le PAQ. A l'inverse, le PAQ observe une meilleure qualité des habiletés émotionnelles et langagières que le PAP avec des scores plus élevés.

Nous pouvons mettre en relation les résultats de l'évaluation des habiletés sociales avec les trois domaines de fonctionnement principaux. De ce fait, nous pouvons en déduire que le domaine de la cognition a globalement progressé selon le PAP (baisse des habiletés cognitives uniquement) mais diminué selon le PAQ (baisse des habiletés cognitives et de la théorie de l'esprit). Le domaine des émotions a diminué selon le PAP mais a progressé le PAQ. Enfin, le domaine du comportement a diminué selon PAP et le PAQ.

2.7 M. A

A l'auto-évaluation, la perception de M. A. de ses propres capacités communicationnelles n'est pas en accord avec le niveau des habiletés langagières observé par

le PAP et le PAQ, à T0 et à T1. Cela confirme l'absence de prise en compte de ses difficultés, décrite par le personnel.

A l'hétéro-évaluation, les habiletés comportementales de M. A. sont de bonne qualité à T0 et T1, selon le PAP et PAQ, malgré une diminution de leur mise en pratique à Handivillage 33. Par ailleurs, le PAQ observe un bon niveau d'habiletés cognitives ainsi qu'une amélioration de la théorie de l'esprit à T1, malgré un déficit persistant de ce domaine.

Le PAP observe une progression dans trois modules (habiletés émotionnelles, cognitives, langagières) contre un module pour le PAQ (théorie de l'esprit). Egalement, le PAP observe une meilleure qualité des habiletés émotionnelles, cognitives, langagières et comportementales au regard des scores supérieurs à ceux du PAQ.

Nous pouvons mettre en lien les résultats de l'évaluation des habiletés sociales avec les trois domaines de fonctionnement principaux. De ce fait, nous pouvons en déduire que le domaine de la cognition a progressé selon le PAP mais a diminué selon le PAQ (à l'exception de la théorie de l'esprit qui a progressé). Le domaine des émotions a progressé entre T0 et T1 selon le PAP mais a diminué selon le PAQ. Enfin, le domaine du comportement a diminué selon le PAP et le PAQ.

2.8 M. GP.

A l'auto-évaluation, la perception de de M. GP de ses propres capacités communicationnelles est en accord avec le niveau des habiletés langagières observé par le PAP et le PAQ, à T0 et à T1.

A l'hétéro-évaluation, malgré le déficit dans les modules évalués, nous notons une amélioration des habiletés émotionnelles, cognitives, et langagières selon le PAP. Le PAP observe davantage d'amélioration après l'entraînement que le PAQ (3 modules contre aucun pour le PAQ).

Nous pouvons mettre en rapport les résultats de l'évaluation des habiletés sociales avec les trois domaines de fonctionnement principaux. De ce fait, nous pouvons en déduire que le domaine de la cognition a progressé selon le PAP mais a diminué selon le PAQ. Le

domaine des émotions a progressé entre T0 et T1 selon le PAP mais a diminué selon le PAQ. Enfin, le domaine du comportement a diminué selon le PAP et le PAQ.

2.9 M. G.J.

A l'auto-évaluation, la perception de M. GJ de ses propres capacités communicationnelles est davantage en accord avec le niveau des habiletés langagières observé par le PAP et le PAQ à T1.

A l'hétéro-évaluation, malgré le déficit dans les modules évalués, nous notons une amélioration des habiletés émotionnelles, langagières et comportementales selon le PAP et le PAQ. Par ailleurs, le PAP observe une amélioration des habiletés cognitives à T1.

Le PAP observe une amélioration de toutes les habiletés après l'entraînement alors que le PAQ observe une amélioration de trois domaines sur cinq (habiletés émotionnelles, langagières et comportementales). Par ailleurs, la qualité des habiletés cognitives, langagières et comportementales est meilleure selon le PAP avec des scores plus élevés. A l'inverse, la qualité des habiletés émotionnelles est meilleure selon le PAQ avec des scores plus élevés.

Nous pouvons mettre en rapport les résultats de l'évaluation des habiletés sociales avec les trois domaines de fonctionnement principaux. De ce fait, nous pouvons en déduire que le domaine de la cognition a progressé selon le PAP mais a diminué selon le PAQ (à l'exception des habiletés langagières). Le domaine des émotions a progressé entre T0 et T1 selon le PAP et le PAQ. Enfin, le domaine du comportement a diminué selon le PAP mais a progressé selon le PAQ.

DISCUSSION

1 Discussion des résultats

1.1 Objectifs de notre étude

Le but de notre étude était de proposer un entraînement aux habiletés sociales à des patients présentant des pathologies hétérogènes, dans le cadre d'une prise en charge de groupe. Cette étude avait pour objectif d'améliorer la participation des résidents dans leur vie quotidienne à Handivillage33.

Pour cela, nous avons recruté six patients vivant au sein de ce FAM, et présentant des atteintes et niveaux d'atteintes hétérogènes. Nous avons réalisé un protocole d'entraînement aux habiletés sociales, divisé en quatre modules (habiletés émotionnelles, langagières, cognitives, théorie de l'esprit) visant une stimulation de trois domaines de fonctionnement principaux (cognition, émotion, comportement). Ce protocole a été réalisé au cours de vingt séances.

Sur les 6 patients recrutés, 4 ont participé à l'entraînement dans son intégralité. Les compétences des deux patients en séance retirés n'étaient plus en adéquation avec le niveau des habiletés travaillées. Le choix d'un groupe de 6 patients a donc permis de le poursuivre avec un nombre suffisant de 4 participants.

Une évaluation avant et après l'entraînement a été réalisée, afin d'analyser l'impact de l'entraînement des habiletés sociales sur les performances des patients.

1.2 Effet de l'entraînement

1.2.1 Effet sur la perception des compétences par le patient

L'auto-évaluation a permis d'analyser l'évolution des compétences avant et après l'entraînement des habiletés sociales. Il semble que l'entraînement a eu un effet sur le comportement d'affirmation de soi des patients. En effet, ce domaine s'est amélioré pour quatre patients, et demeure stable pour les deux autres. De manière indirecte, l'entraînement a eu un effet lors des situations de groupe : les patients ont tendance à se sentir plus calme et serein lors de celles-ci. Par ailleurs, ils se sentent plus à l'aise pour agir en situation de conversation, que ce soit pour demander ou refuser quelque chose, pour faire partager leur avis ou état d'esprit.

Egalement, l'entraînement paraît avoir eu un impact sur les deux versants d'une situation d'interaction : les patients sont plus à l'aise pour recevoir et répondre à un avis, compliment, critique. Cet aspect est donc très intéressant à prendre en compte car malgré les déficits des patients, le groupe leur a permis de gagner en affirmation de soi. Par conséquent, cela peut améliorer leur capacité à initier des interactions sociales et les poursuivre avec les résidents ou leur entourage.

Ce gain au niveau de l'affirmation de soi nécessite tout de même d'être nuancé. En effet, malgré cette progression, les patients conservent des déficits parfois massifs et leur prise de conscience n'est pas au niveau de leur sévérité. En effet, les réponses apportées par les patients sont généralement assez éloignées de la réalité de leurs déficits, et des réponses apportées par le personnel d'Handivillage 33.

Concernant la perception des capacités communicationnelles par le patient, les scores à l'ECVB régressent entre T0 et T1. Les patients semblent avoir une meilleure conscience de la qualité de leur communication, et des difficultés qu'ils peuvent rencontrer en situation d'interaction. Cette prise de conscience de leurs difficultés communicationnelles n'a pas été travaillée spécifiquement au cours de l'entraînement. Néanmoins, il semble que les commentaires ou le feed-back spontané des participants à la fin de chaque intervention ait eu des répercussions positives. Cette prise de conscience est une première étape essentielle dans l'amélioration des habiletés sociales. Avec cette diminution des scores, la perception de leurs propres capacités communicationnelles tend à se rapprocher de l'observation qu'en a fait le personnel.

1.2.2 Effet sur les compétences

Il apparaît que notre entraînement des habiletés sociales a eu un effet sur les habiletés travaillées et par conséquent, sur les grands domaines de fonctionnement (la cognition, les émotions, le comportement). Cet effet diffère selon le personnel l'évaluant, le patient et la nature des habiletés.

1.2.2.1 Selon le personnel évaluant

L'apport de l'entraînement diverge selon le professionnel évaluant le patient. Le personnel accompagnant ponctuellement le patient dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une

prise en charge observe davantage d'amélioration que le personnel accompagnant le patient au quotidien. En effet, le PAP considère que l'entraînement a permis la progression de la majorité des habiletés travaillées, à l'exception des habiletés comportementales. Ces observations diffèrent de celles du PAQ, qui note surtout un progrès des habiletés émotionnelles et des habiletés langagières. Par ailleurs, les scores du PAP révèlent des scores plus élevés pour les habiletés suivantes : habiletés cognitives, habiletés langagières et théorie de l'esprit. Ainsi, le PAP remarque plus d'amélioration que le PAQ, même lorsque les compétences du patient restent déficitaires. Cela se confirme par une grande fréquence de scores du PAP supérieurs à ceux du PAQ à T0 et T1, ainsi qu'une plus grande appréciation des progrès.

1.2.2.2 Selon le patient

Tous les patients ont progressé après l'entraînement mais cela s'observe dans des domaines différents et dans des proportions variables. En effet, les résultats mettent en avant des progressions différentes selon les patients. Cela s'explique notamment par des atteintes et des degrés de sévérité différents selon les patients. Cela permet alors de mieux comprendre le caractère hétérogène de leur progression.

Par ailleurs, les patients ayant le plus progressé sont ceux qui présentaient un niveau d'habiletés sociales le plus bas. Cela concerne deux patients : M. L. et M. GJ. Les scores du PAP et du PAQ montrent qu'ils ont tiré un grand bénéfice de cet entraînement. Pour M. L. le PAP observe une amélioration de 3 habiletés sur les 5 (diminution des habiletés cognitives), et le PAQ observe une amélioration de 4 habiletés sur les 5 (diminution des habiletés cognitives). Nous pouvons penser que leur niveau très bas a pu progresser rapidement grâce aux habiletés de bas niveau qui ont été travaillées au cours de la première partie de l'entraînement. Cela peut paraître étonnant face au choix d'arrêter l'entraînement aux habiletés sociales pour ces deux patients, 4 séances avant la fin. En effet, les séances proches de la fin de l'entraînement reposaient davantage sur des supports non imagés et nécessitaient plus de capacités de raisonnement et d'attention pour suivre et participer aux séances. Leurs compétences cognitives limitaient alors leur participation à la séance. Nous pouvons donc penser qu'ils ont pu tirer un grand profit des premières séances, et que cet entraînement leur a été plus profitable en raison de la fragilité de leur niveau initial.

Enfin, les capacités métacognitives des patients peuvent avoir un rôle dans la généralisation des habiletés sociales dans leur quotidien. L'hétérogénéité de leurs atteintes, et donc de leurs profils, peut avoir des conséquences sur ces processus. Leurs connaissances et expériences métacognitives peuvent ainsi influencer l'activité en cours et permettre de l'ajuster de manière adéquate. Ces compétences métacognitives renvoient à la métamémoire, à l'activité métalinguistique et à la métarésolution de problèmes. En y ayant recours, cela permet d'envisager un comportement plus adapté que ceux précédemment réalisés. Leurs compétences dans ce domaine peuvent donc avoir influencé leur progression.

1.2.2.3 Selon l'habileté sociale

L'effet de l'entraînement est différent selon les habiletés travaillées et certaines d'entre elles semblent avoir été plus sensibles à l'entraînement proposé. C'est le cas des habiletés émotionnelles, langagières ainsi que la théorie de l'esprit. En effet, ce sont les trois habiletés ayant le plus progressé au cours de l'entraînement. Cela peut être dû au fait qu'elles étaient très souvent sollicitées au cours des séances, même lorsqu'elles ne constituaient pas le thème principal de la séance. En effet, lors d'une tâche, l'interdépendance des habiletés sociales induit fréquemment l'interaction de plusieurs habiletés de base, ce qui permet d'organiser et de faire évoluer le raisonnement. Une sollicitation plus régulière de certaines habiletés sociales peut donc expliquer cette plus grande progression à la suite de l'entraînement.

Par ailleurs, nous pouvons penser que les habiletés dont la progression a été le moins observée par le personnel sont les habiletés mises en place dans le quotidien. En effet, elles nécessitent un plus grand niveau d'acquisition et de généralisation pour avoir un comportement adapté en situation. Nous pouvons penser qu'un travail plus long est souhaitable pour favoriser leur développement au quotidien, notamment dans des situations générant parfois des émotions vives. De ce fait, les habiletés faisant appel à un plus grand niveau de généralisation n'ont pas autant progressé que les autres.

Enfin, nous remarquons que les habiletés qui ont un niveau d'application moyen en vie quotidienne à T0 ont majoritairement diminué. A l'opposé, celles qui ont un niveau d'application très bas en vie quotidienne à T0 ont quantitativement plus évolué après l'entraînement. Il est également intéressant de noter que malgré la persistance du déficit des

habiletés après l'entraînement, des progrès sont soulignés grâce aux évaluations remplies par le personnel, mais également par les observations cliniques recueillies au cours des séances.

1.3 Validité des hypothèses

Lors de cette étude, nous souhaitions améliorer les habiletés des patients à la fin de l'entraînement, au niveau de leur communication, de la qualité de leurs interactions et relations sociales. Cette première hypothèse a été validée pour la majorité des patients. Les habiletés langagières font partie des habiletés ayant été les plus sensibles à l'entraînement. Leur progression est notable chez un grand nombre de patients.

La généralisation des habiletés sociales en situation de vie quotidienne a été une étape de l'entraînement plus délicate à obtenir. Cette étape requiert un plus haut niveau de compétence afin d'appliquer les connaissances acquises en séance en situation de vie quotidienne. Les patients m'ont fait partager cette difficulté à appliquer hors du cadre d'apprentissage ce qui avait été vu en séance. Il leur était difficile d'inhiber leurs comportements fréquemment mis en place pour mobiliser les connaissances travaillées en séance. Par ailleurs, l'oubli ou un défaut de mobilisation du patient pour réaliser la tâche de généralisation dans la semaine ont été courants. Par conséquent, il a été difficile de généraliser de manière volontaire les habiletés travaillées au cours des séances afin que cela se réaliser de manière plus naturelle au quotidien.

Enfin, nous souhaitions réduire les troubles du comportement au sein du FAM. Cette hypothèse reste très dépendante du professionnel l'évaluant. En effet, la nature et la fréquence des troubles dépend du cadre dans lequel le personnel reçoit le patient. Par conséquent, la réaction du patient est différente. La réduction des troubles au sein du FAM a été relativement limitée, et s'observe davantage avec les patients ayant un niveau initial très déficitaire. Par ailleurs, cette hypothèse demeure très liée à la précédente, et nécessite une généralisation de l'entraînement des habiletés sociales pour que cela s'observe dans le quotidien.

1.4 Nuances à apporter aux résultats

Les résultats obtenus sont issus d'une évaluation où la subjectivité est notable. Tout d'abord, l'hétéro-évaluation a été réalisée par un personnel varié travaillant avec les patients du FAM. Cette hétérogénéité des professions engendre des connaissances inhérentes à cellesci, et une approche particulière avec le patient dans un contexte spécifique. En effet, le cadre dans lequel est exercée la profession (dans la vie quotidienne du patient ou lors de rendezvous ponctuels) induit un rapport différent avec le patient, et peut également influencer les compétences de ce dernier. Par conséquent, l'observation du patient est influencée par ces facteurs. Ces aspects peuvent donc conduire aux écarts des résultats entre le PAP et le PAQ. Nous pouvons l'illustrer par les résultats du PAP qui montrent une amélioration de la cognition pour 5 patients sur 6, contre aucune amélioration pour le PAQ. Par ailleurs, les résultats du PAP présentent une amélioration du comportement pour 1 patient sur 6, contre 3 patients sur 6 pour le PAQ. Cette différence d'appréciation peut être liée au savoir professionnel qui permet de percevoir certains aspects spécifiques des habiletés, mais aussi au contexte dans lequel le patient est rencontré. Par conséquent, le savoir spécifique d'une profession et l'observation qui en découle peut influencer la perception par exemple de l'impact de l'entraînement sur la cognition, et notamment sur les habiletés langagières, cognitives et de la théorie de l'esprit. Par ailleurs, l'application de ce domaine en situation de vie quotidienne ou de prise ne charge ponctuelle ou rendez-vous spécifique peut être différent et impliquer ces différences d'observation.

Par ailleurs, l'auto-évaluation réalisée avec le patient est également à nuancer en raison de niveaux de compréhension différents. En effet, l'altération de ce versant du langage a pu engendrer une compréhension partielle des items qui ont été lus aux patients. Cela a donc pu influencer les réponses aux items proposés.

Egalement, il convient de nuancer les résultats des hétéro-évaluations selon le personnel qui les a remplies. En raison des différentes équipes au sein des unités, les questionnaires ont pu être remplis par un personnel différent entre T0 et T1. Par conséquent, l'observation finale peut être légèrement différente de celle réalisée initialement. Egalement, le contexte de rédaction des évaluations est à prendre en compte, car cela peut majorer une fluctuation des résultats obtenus.

1.5 Apports qualitatifs d'une observation au cours de l'entraînement

Tout au long de l'entraînement, divers éléments qualitatifs attestant d'effets positifs des séances sur les patients ont été relevés. En effet, des progrès ont été relevés au cours des séances, notamment grâce à la grille de l'EHSRI. Cette grille a permis d'apprécier l'évolution des compétences au cours des séances.

Pour M. D., nous relevons au sein du domaine de la cognition une amélioration des compétences conversationnelles, de la communication non verbale, de l'expression de la pensée; au sein du domaine des émotions, une amélioration de l'expression des sentiments positifs, de la réponse à quelqu'un qui exprime des pensées et sentiments positifs.

Pour M. L., la grille n'a permis de souligner une évolution dans ses compétences.

Pour M. C., nous relevons au sein du domaine de la cognition une amélioration des compétences conversationnelles, de la communication non verbale, de l'expression de la pensée ; au sein du domaine des émotions, une amélioration de l'expression des sentiments négatifs, de la réponse à quelqu'un qui exprime sa pensée.

Pour M. A., nous relevons au sein du domaine de la cognition une amélioration de la communication non verbale, de la réponse à quelqu'un qui exprime sa pensée.

Pour M. Gal., nous relevons au sein du domaine de la cognition une amélioration de l'expression de la pensée, de la réponse à quelqu'un qui exprime des pensées ; au sein du domaine des émotions, une amélioration de la réponse à quelqu'un qui exprime des sentiments positifs.

Pour M. GJ., nous relevons au sein du domaine de la cognition une amélioration des compétences conversationnelles, de la communication non verbale, de l'expression de la pensée ; au sein du domaine des émotions, une amélioration de l'expression des sentiments positifs, de l'expression des sentiments négatifs, de la réponse à quelqu'un qui exprime sa pensée.

Ces éléments apportés par l'EHSRI sont renforcés par des observations réalisées au cours des séances mais également par l'enregistrement vidéo. Nous remarquons :

- Une meilleure détection des indices objectivant une émotion : les patients parviennent mieux à repérer sur le plan visuel les expressions faciales relatives à une émotion. Ils y arrivent mieux sur support imagé mais également sur les visages des participants. Lors de mimes d'émotions, leur repérage correct des signes faciaux d'une

émotion leur permet de pouvoir faire un retour sur le participant se prêtant à l'exercice. Ils peuvent ainsi lui dire les mouvements à améliorer pour que l'émotion soit plus reconnaissable et pour que tous les éléments correspondants à l'émotion soient présents (par exemple, froncer les sourcils, avoir le regard sérieux, les lèvres pincées pour la colère). La détection de ces indices se fait sur le plan visuel mais également para-verbal avec une meilleure discrimination des variations de la prosodie selon une émotion particulière.

- Une meilleure description des situations présentées, favorisant une analyse et une interprétation adéquates. Suite à l'entraînement, nous remarquons que leur description est plus organisée et plus complète. Elle se base également régulièrement sur une analyse globale de l'image puis analytique de ses éléments. Cette première étape de description permet ainsi de différer l'interprétation. Par conséquent, lorsque les patients commencent leur interprétation, celle-ci repose sur des bases solides ce qui évite des erreurs de jugement voire même des contre-sens. La situation est alors décrite de manière claire, en se détachant dans un premier temps d'une interprétation trop rapide. Néanmoins, malgré ces améliorations, l'interprétation se trouve également altérée par un défaut d'adoption de la perspective de l'autre.
- Une amélioration des échanges au cours de la séance : au cours des séances, nous avons pu remarquer que les patients échangeaient plus sur leurs productions. En effet, ils sont plus attentifs à ce que les autres partagent, et sont plus enclins à faire répéter, à demander à un des participants de parler plus fort ou à s'aider lorsque l'un des patients était en difficulté (Par exemple, M. L. donne le mot recherché par M. D. et M. D. peut également répéter plus fort les propos de M. L. en raison de son hypophonie). Par ailleurs, les échanges entre eux ont peut-être participé à l'amélioration de la conscience de leurs troubles. En effet, les remarques des autres patients ont pu être récurrentes, ce qui a ainsi pu engendrer une prise de conscience de ce qui pouvait gêner l'autre.
- Une meilleure mobilisation de certains patients pour venir au groupe : M. A. n'a plus besoin que je lui rappelle le groupe et vient seul dès la 11^{ème} séance. Egalement, il est moins difficile de mobiliser M. GP. pour qu'il vienne au groupe : il vient avec moins de retard et est moins dans la recherche d'excuse pour s'absenter. Cette

mobilisation sur tout l'entraînement est positive car M. GP.. a tendance à ne pas participer à la totalité des projets qui lui sont proposés. Par ailleurs, cela peut être valable pour M. L. qui a réussi à canaliser son instabilité psychomotrice sur de nombreuses séances et qui a été présent sur un grand nombre de séances, malgré son arrêt à la 15^{ème} séance.

Par ailleurs, les notes prises au cours des séances ainsi que l'enregistrement vidéo nous ont permis de recueillir d'autres éléments qualitatifs à propos de leur évolution :

- Pour M. D., nous relevons une meilleure description des scènes au fil des séances et une interprétation moins hâtive. Cette dernière est alors de plus en plus adaptée car elle repose plus sur la description réalisée au préalable. En effet, au début de l'entraînement, M. D. avait plus tendance à interpréter rapidement une situation, et celle-ci était souvent faussée par le manque d'éléments d'information. Cela peut également être étendu aux tâches proposées chaque semaine : M. D. les réalise mieux car il interprète moins ce qui est demandé.

Par ailleurs, sur le plan langagier, il arrive bien à moduler son intonation selon la situation demandée; son feed-back non-verbal est également assez fréquent bien qu'il ne soit pas repris par les autres participants (mimique d'incompréhension par exemple); il arrive relativement bien à poursuivre un échange avec son interlocuteur en enrichissant la conversation. De plus, M. D. a amélioré ses échanges avec les autres résidents. En effet, au cours des séances, ses retours à propos des jeux de rôle ou imitations étaient plus fréquents. Il pouvait ainsi émettre une critique positive ou constructive pour aider le patient à s'améliorer. Egalement, M. D. était davantage dans une position d'écoute active car il hésitait moins à dire aux autres lorsqu'il ne les comprenait pas (par exemple M. C ou M. L.). Cela permet ainsi de nuancer la baisse de ses habiletés langagières aux tests.

Enfin, son attitude envers les autres résidents a toujours été bienveillante et lorsqu'un résident était en difficulté, il l'aidait spontanément (pour répéter ce que M. L. a dit quand le groupe ne le comprenait pas, ou pour l'aider à lire lorsqu'il n'y arrivait pas). Enfin, l'interprétation nécessaire à la TDE est de meilleure qualité, et cela est moins difficile en fin d'entraînement.

- Pour M. L., sa participation aux séances a été plus fluctuante en raison de son instabilité psychomotrice. De ce fait, il a été plus difficile pour lui d'assister à l'intégralité des séances. Néanmoins, le support imagé était très facilitateur pour M. L. et lorsque nous l'utilisions au cours des séances, il lui était possible de participer à l'intégralité de la séance. C'est à ces moments-là que nous avons pu observer chez M. L. une bonne reconnaissance des émotions correspondant à des photographies. Néanmoins, pour les habiletés cognitives, ayant été travaillées avec un support verbal exclusivement, il a été plus difficile pour M. L. d'y participer. Cela peut ainsi expliquer l'absence de progression dans ce domaine à l'hétéro-évaluation.
- Pour M. C., sa participation aux séances s'est améliorée au cours de l'entraînement. En effet, il a accepté de réaliser plus d'efforts au cours des séances. Cela s'est traduit par une plus grande démarche de recherche lorsqu'il avait la parole et un abandon moins fréquent et moins rapide. Il était ainsi plus actif en séance : il décrivait davantage les photographies proposées, envisageait plus d'hypothèses d'interprétation. A la fin de l'entraînement, l'accès à la théorie de l'esprit était possible lorsqu'il était étayé par les autres résidents. Par ailleurs, M. C. était également capable de faire plus d'efforts au niveau de sa parole lorsque nous lui faisions remarquer. Néanmoins, en raison de ses troubles cognitifs sévères, il était nécessaire de le lui répéter fréquemment au cours de la séance.

Enfin, lors les séances dédiées aux habiletés cognitives, M. C. était capable d'émettre des réponses appropriées à un problème donné, et de les évaluer afin de choisir la plus adaptée. Toutefois, cela était sur demande et avec une sollicitation tout au long de la séance. Cela peut ainsi expliquer la difficulté à le mettre en place en situation de vie quotidienne et la baisse de ses capacités aux tests

Pour M. A., nous avons pu remarquer de nombreux changements quant à sa participation au groupe. Au niveau des thèmes abordés en séance, M. A. parvient mieux à repérer les émotions sur les résidents ou bien sur des photographies. Il s'est sensiblement amélioré sur l'expression de ses émotions : il accepte plus de mimer ou répéter des parties de dialogue selon des intonations données. Par ailleurs, lorsqu'il réitère sa prestation, il prend davantage en considération les commentaires qui lui ont été faits. En essayant d'améliorer ses expressions faciales ou vocales, les résidents les repèrent mieux. Egalement, M. A. a davantage accepté de participer, mimer au cours

séances. Cet exercice lui était difficile au départ mais il s'y est progressivement appliqué.

Par ailleurs, il a été très intéressant de voir que M. A. a initié des échanges avec les autres résidents en début de séance. En effet, très régulièrement, il parlait spontanément d'un événement qui a marqué la semaine. Cette démarche permettait alors d'entamer le dialogue avec les autres et d'échanger naturellement autour d'un sujet. Cela a été bénéfique pour observer leurs échanges en situation naturelle. En effet, au cours du groupe, les échanges spontanés entre les résidents étaient réduits et ils avaient souvent tendance à se référer au thérapeute qui animait le groupe pour dire ou ajouter quelque chose. Ainsi, ce sujet de départ leur a permis d'échanger plus naturellement, de se répondre et d'informer ceux qui n'étaient pas au courant de cette actualité.

Pour M. GP., la situation de groupe était délicate au début de l'entraînement en raison d'une grande impulsivité et d'une logorrhée qui le conduisait à monopoliser la parole. Au cours des séances, il a davantage pris le temps d'écouter les autres, sans leur couper la parole et à attendre pour partager son point de vue.

M. GP. arrive de mieux en mieux à identifier tous les signes d'une émotion, notamment sur le plan visuel. Ainsi, il devient très performant pour décrire des images Par ailleurs, il est toujours très volontaire pour mimer ou répéter des phrases en modulant leur intonation.

Par ailleurs, il est en capacité de trouver des réponses adaptées lors des résolutions de problèmes. Néanmoins, cela reste fragile et cette réflexion semble possible en groupe mais difficile à généraliser au quotidien.

Pour M. GJ, sa participation a été de bon niveau sur une grande partie des séances. Néanmoins, malgré une participation plus rare lorsque le niveau des séances croît, il arrivait toujours à interagir lors des premières étapes du raisonnement. Il était toujours prêt à décrire l'image, et repérer les émotions qui s'en dégageaient. La réalisation des émotions au cours d'exercices spécifiques était également possible, et de bonne qualité en raison d'un bon repérage des expressions faciales de chaque émotion.

L'élaboration de réponses de M. GJ. devenant difficile, il parvenait tout de même à identifier lorsqu'un résident se trompait dans l'identification d'une émotion. Par

ailleurs, ses commentaires sur les prestations des autres restaient pertinentes (Par exemple, il repère bien quand un résident doit parler plus fort).

Ces observations montrent ainsi des comportements positifs, et dont la fréquence d'utilisation s'est accrue malgré une évaluation les jugeant déficitaires ou moins mis en pratique.

2 Discussion de la méthode

Certains aspects de la méthode mise en place dans cette étude peuvent être discutés afin d'envisager certaines améliorations.

2.1 Tests utilisés

2.1.1 Ajout d'une tâche écologique

Les tests utilisés au cours des évaluations ont permis d'avoir une vision de la qualité des habiletés sociales des patients. Ils ont permis d'avoir un retour de la part du patient luimême mais également du personnel l'accompagnant à Handivillage33. Néanmoins, cette évaluation aurait pu être complétée par une tâche écologique à T0 et T1. Cette tâche aurait eu pour objectif de mettre le patient en situation, afin d'évaluer son comportement dans le cadre d'une situation sociale proche de sa vie quotidienne. Cette tâche aurait ainsi permis d'apprécier le changement d'attitude du patient en situation, tant dans la gestion de sa cognition, de ses émotions que de son comportement. Ainsi aurions-nous pu observer la généralisation des habiletés sociales acquises au cours de l'entraînement et voir comment le comportement et les stratégies mises en place ont évolué.

2.1.2 Items du questionnaire

Il apparaît que le questionnaire conçu pour l'hétéro-évaluation des patients comporte certains biais. En effet, les items du questionnaire ne possèdent pas tous les mêmes objectifs de réponse. La formulation de certains items contraint à envisager que le patient ne réalise

jamais un comportement, alors que d'autres items nécessitent que le patient réalise toujours ce comportement. Par conséquent, ces items présents au sein d'une même catégorie d'habiletés gênent la comparaison à T0 et T1 des habiletés émotionnelles, langagières ainsi que la théorie de l'esprit. De ce fait, cela ne nous permet pas de d'observer pleinement leur évolution. Néanmoins, une analyse différenciée de ces résultats permet de nuancer davantage les résultats. De ce fait, les habiletés ayant des scores fragiles obtiennent plus de changement dans leurs scores. Des améliorations ou diminutions sensibles sont alors observées. Par ailleurs, cela se répercute davantage sur la comparaison des scores entre le PAP et le PAQ.

De plus, il aurait été intéressant d'un point de vue méthodologique d'harmoniser le nombre d'items dans chaque module d'habileté sociale. De ce fait, il aurait été plus intéressant d'avoir plus d'items dans les habiletés cognitives et dans la théorie de l'esprit afin que les résultats obtenus soient plus équilibrés.

2.2 Choix de la population

Le recrutement du groupe a été réalisé avec l'objectif de réunir des patients d'Handivillage33 présentant des atteintes hétérogènes, et de niveaux de sévérité différents. Les patients choisis pour l'entraînement présentaient donc des niveaux de fonctionnement cognitif, émotionnel et comportemental distincts. Au vu des observations au cours des séances mais également des résultats obtenus aux évaluations, il aurait été préférable de recruter des patients avec une atteinte cognitive moins massive. Cela aurait permis d'envisager une meilleure généralisation de l'entraînement en vie quotidienne, et d'améliorer les compétences en habiletés langagières, cognitives ainsi qu'en théorie de l'esprit. Néanmoins, malgré cette atteinte cognitive massive, de nombreux progrès ont été objectivés selon le niveau de départ de chaque patient. Par ailleurs, malgré des atteintes massives, les altérations des fonctions étaient différentes pour chaque patient. De ce fait, cela leur a permis de s'aider au cours des séances. Par exemple, entre un patient avec une atteinte langagière marquant plus le domaine verbale (manque du mot) et un autres présentant une atteinte langagière au niveau para-verbal (débit, intensité). Les patients ont pu trouver un équilibre au cours des séances en proposant des aides différentes grâce à des atteintes hétérogènes, et donc une préservation d'autres fonctions.

2.3 Protocole d'entraînement

2.3.1 Pertinence de l'entraînement

Notre entraînement s'est déroulé sur 20 séances, à raison d'une séance hebdomadaire d'une heure. La durée de l'entraînement nous a semblé pertinente pour travailler précisément et de manière approfondie les habiletés sociales visées. De cette manière, cela nous a véritablement permis d'envisager une progression au cours de l'entraînement et d'apprécier le transfert des connaissances acquises entre les habiletés sociales. En effet, les cinq séances pour chaque thème ont permis de mettre en place une véritable progression pour chaque habileté : partir d'un niveau de base, puis complexifier à chaque séance. Le nombre de séances a également permis de revoir ce qui avait été fait précédemment en s'appuyant dessus pour la poursuite des séances. Par ailleurs, en ayant cinq séances, cela a permis d'envisager pour chacune d'entre elles de bonnes perspectives d'évolution en concevant un niveau relativement complexe.

Un groupe de patients plus restreint aurait pu permettre d'approfondir davantage le travail des habiletés sociales au cours des séances. En effet, j'ai pu remarquer une dynamique différente lorsque le groupe a été réduit : les patients sont tous aptes à participer à la séance et à enrichir l'échange ainsi que la réflexion. Ce groupe plus réduit en effectif leur donne également une plus grande possibilité de s'adresser entre eux. Ainsi, le travail de groupe est renforcé, et l'écoute entre eux est meilleure. Cela permet ainsi de travailler un peu plus en profondeur. Cela aurait ainsi pu permettre de donner un meilleur retour à chaque patient en favorisant la rectification d'une habileté et le feed-back d'un modèle correct lorsque cela était nécessaire.

2.3.2 Généralisation des acquis

La généralisation des acquis en vie quotidienne semble être l'aspect de l'entraînement qui a été le plus difficile à mettre en place. Cela a été visible en séance avec l'oubli de la réalisation des tâches mais aussi au niveau des résultats de l'évaluation. Les habiletés cognitives et comportementales sont celles qui ont le moins progressé. Nous pouvons alors pensé que ce sont celles qui étaient le plus sensibles à la généralisation comme il était nécessaire d'appliquer et adapter les connaissances vues dans le groupe à d'autres situations de la vie quotidienne. En effet, les compétences cognitives des patients ont ralenti le

processus de mise en place des tâches hebdomadaires. Cela s'est traduit par l'oubli régulier de la tâche mais également une interprétation incorrecte de l'intitulé. Par ailleurs, il semble qu'une véritable alliance avec le personnel accompagnant le résident au quotidien et le recevant lors de prises en charges ponctuelles a fait défaut à notre entraînement. En effet, cela aurait permis de mieux introduire la réalisation de la tâche dans la vie quotidienne du patient et donc, de favoriser le transfert des connaissances acquises en séance au quotidien. Egalement, il aurait été intéressant de proposer des tâches adaptées à chacun des patients afin de favoriser l'amélioration des habiletés en ayant particulièrement besoin.

2.3.3 Matériel utilisé

Le matériel utilisé a souvent permis de pallier les troubles cognitifs des patients en utilisant un support écrit, des photographies ou des schémas. En effet, ce support a permis à tous les patients de participer et de favoriser leurs capacités attentionnelles. L'image a permis de réduire les difficultés de compréhension d'énoncés longs en les proposant sous forme de photographies. De plus, ce support a été particulièrement facilitateur pour M. L., qui réussissait à contrôler son instabilité psychomotrice uniquement avec l'utilisation de ce support.

Néanmoins, il aurait été intéressant d'introduire un feed-back vidéo afin que le patient puisse mieux prendre conscience de ses productions.

3 Apports et prolongement

3.1 Pour les participants

L'entraînement aux habiletés sociales a été riche pour les patients y ayant participé. En effet, ce groupe leur a permis d'avoir une prise en charge dans un domaine non investi pour le moment au sein de la structure. Les résultats émanant de cette étude se montrent nuancés quant à une véritable amélioration des habiletés sociales et leur transfert en vie quotidienne. Néanmoins, des effets positifs ont été relevés de la part du personnel de la structure mais aussi

au cours des séances. Cet aspect-là semble non négligeable et est à prendre en considération dans la qualité de leur vie quotidienne au sein d'Handivillage33.

Cet entraînement a également pu initier des échanges entre des résidents appartenant à des pôles différents dans la structure. Ce groupe peut donc être à l'origine d'une amélioration de la participation de ces résidents à la vie d'Handivillage33, et par conséquent, d'une amélioration de leur communication et de la qualité de leurs interactions et relations sociales.

Par ailleurs, outre l'apport rééducatif de l'entraînement, les patients ont eu plaisir à venir aux séances. Leur retour positif peut ainsi générer la poursuite d'un groupe de ce type avec des résidents d'Handivillage33. Il serait intéressant de favoriser la généralisation des habiletés sociales en renforçant le transfert des acquis en dehors du cadre des apprentissages. Cette étape de l'entraînement apparaît essentielle pour envisager une évolution positive et notable des performances.

3.2 Pour la structure

Ce groupe d'entraînement aux habiletés sociales est en voie d'être poursuivi au sein d'Handivillage33. C'est un projet en cours de réflexion, et des aménagements suite aux résultats de cette étude pourraient lui être apportés. En effet, l'inclusion des patients selon l'altération de leurs fonctions, les habiletés sociales travaillées, le nombre de patients inclus et de thérapeutes animant le groupe font partie du questionnement actuel.

Ce type de groupe est intéressant dans une structure telle qu'Handivillage 33car il permet d'inclure les différents professionnels travaillant avec le patient. Par ailleurs, il permet également d'envisager une prise en charge différente du patient. En effet, il s'éloigne d'une prise en charge rééducative ayant un objectif de récupération mais privilégie des perspectives d'amélioration de la vie quotidienne du patient.

3.3 Pour la profession

La réinsertion sociale des patients rencontrés en cabinet d'orthophonie est un des enjeux de notre profession. Dans le cadre de notre étude, nous nous sommes intéressés à l'impact d'une atteinte des fonctions cognitives, des compétences émotionnelles et du comportement sur la restriction

de la participation dans le domaine de la communication et des relations et interactions avec autrui. Ce type d'entraînement peut être mis en pratique avec des patients présentant des atteintes similaires ou différentes. Il peut également être envisagé avec des patients vivant au sein d'une structure de soin de manière définitive ou temporaire avant un retour à domicile ; ou bien avec des patients bénéficiant d'une prise en charge libérale. La question de la restriction de la participation est d'actualité dans la vision des soins apportés au patient. En effet, une prise en charge écologique du patient et favorisant son autonomie et une adaptation correcte à son environnement est aujourd'hui recherchée. Ce type d'entraînement permet alors de travailler sur l'intégration d'un individu dans son cadre de vie, avec des moyens adaptés à ses besoins.

Par ailleurs, cet entraînement permet d'envisager d'autres perspectives pour la prise en charge des habiletés sociales. Le domaine des habiletés sociales a surtout été mis en pratique, par exemple, avec des enfants présentant des troubles du spectre autistique, ou bien des patients présentant une schizophrénie. Ce domaine tend à s'ouvrir avec des adultes présentant des atteintes neurologiques acquises, et des prises en charges de ce type commencent à être réalisées. Cet entraînement permet ainsi de compléter ceux déjà réalisés.

3.4 Pour notre pratique clinique

L'entraînement de groupe aux habiletés sociales permet de se confronter à la gestion de plusieurs patients au cours d'une même séance. Cela implique de prendre en considération les atteintes hétérogènes de chaque patient afin de favoriser la participation de chacun selon ses possibilités mais aussi ses déficits. Cette prise en charge est également riche en observations puisqu'elle implique d'être attentif aux différentes interactions, de pouvoir les saisir et les renforcer lorsque cela est constructif pour les participants. Par ailleurs, une des forces du groupe est de pouvoir confronter des comportements qui peuvent s'opposer, et d'en faire percevoir les retentissements aux patients.

Par ailleurs, la création d'un groupe d'entraînement aux habiletés sociales ainsi que son protocole de rééducation suppose un travail de recherche en amont. Ce dernier est essentiel pour connaître les fonctions travaillées, les compétences impliquées et leurs interactions. Cela permet tout d'abord d'enrichir nos connaissances mais aussi de proposer un entraînement avec des objectifs clairs, et des moyens maîtrisés pour les atteindre. Cette

recherche théorique permet aussi d'envisager la prise en charge de patients présentant des troubles fins, et de comprendre leur impact en vie quotidienne.

CONCLUSION

Lors de cette étude, nous avons mis en avant l'impact de déficits cognitifs, émotionnels et comportementaux sur la vie quotidienne et sur l'intégration sociale. Nous souhaitions alors évaluer l'effet d'un entraînement des habiletés sociales sur la qualité des interactions au sein de leur sphère sociale.

Nous avons réalisé et mis en place un protocole d'entraînement aux habiletés sociales, ciblant plus particulièrement les habiletés langagières, émotionnelles, cognitives et la théorie de l'esprit.

Dans un premier temps, l'objectif était de déterminer si l'entraînement aux habiletés sociales avait un effet sur la communication et la qualité des interactions et relations sociales des résidents recrutés. Notre étude a objectivé une amélioration pour la plupart des résidents.

Dans un second temps, nous voulions généraliser leurs habiletés sociales en situation de vie quotidienne. Ce point a été plus délicat à mettre en place et à observer.

Enfin, nous souhaitions voir s'il existait une réduction de leurs troubles du comportement au sein du FAM. L'entraînement aux habiletés sociales et sa généralisation n'ont pas permis de pleinement favoriser un transfert des connaissances apprises aux situations provoquant des troubles du comportement. Les résultats montrent que seuls certains résidents ont réduit leurs troubles du comportement.

Le protocole d'entraînement mis en place avec les six résidents a tout de même mis en évidence de nombreux progrès. Ces derniers ont permis de développer et enrichir leur participation sociale, par le biais des fonctions travaillées.

Cela encourage la mise en place de ce type de prise en charge au sein de structures de soin. Cela peut également permettre de favoriser la qualité des interactions sociales dans un projet de réinsertion sociale.

BIBLIOGRAPHIE

- Adolphs. (2003). Cognitive neuroscience of human social behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 165-178.
- Allain, P., Aubin, G., & Le Gall, D. (2012). Cognition sociale et neuropsychologie. Marseille: Solal.
- Argyle, M., & Cook, M. (1976). Gaze and mutual gaza. Londres: Cambridge University Press.
- Baghdadli, A., & Brisot-Dubois , J. (2011). *Entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme.* Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Baghdadli, A., & Brisot-Dubois, J. (2011). *Entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Barisnikov, K. V. (2002). Cognition sociale, troubles du comportement social et émotionnel chez les personnes présentant une déficience mentale. Pairs: ÉditionsSPC.
- Bibby, H., & Mcdonald, S. (2005). Theory of mind after traumatic brain injury. Neuropsychologia (43).
- Bonanno, G., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M., & Coifman, K. (2014). The importance of being flexible: the ability to both enhance and suppress emotionnal expression predicts long-term adjustment. Dans M. Mikilajczak, J. Quoidbach, I. Kotsou, & D. Nelis, *Les compétences émotionnelles* (p. 92). Paris: Dunod.
- Bonnet, C. &. (2006). Psychologie cognitive. Paris: Bréal.
- Bonnet, C. (2006). Psychologie cognitive. Paris: Bréal.
- Bosco, F., & Angeleri, R. (2014). Communicative Impairment After Traumatic brain Injury: Evidence and Pathways to Recovery.
- Bracops, M. (2006). *Introduction à la pragmatique*. Bruxelles: De Boeck Supérieur.
- Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy , V. (2011). *Dictionnaire d'orthophonie* . Isbergues : Ortho Edition .
- Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederle, E., & Masy, V. (2011). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues: Orthoédition.
- Chagneau, J., & Soppelsa, R. (2010). Protocole de rééducation d'enfant porteur d'un TDAH par une technique de résolution de problème. *Entretiens de Bichat*. Paris.
- Chambon, O., Favrod, J., Yamamoto, T., & Marie-Cardine, M. (1993). réadaptation sociale, qualité de vie et amélioration des habiletés relationnelles des psychotiques chroniques : le module "habiletés élémentaires de conversation". *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 78-83.
- Chambon, V., & Baudouin, J.-Y. (2009). reconnaissance de l'émotion faciale et schizophrénie. L'évolution psychiatrique, 74.
- Coquet, F. (2012). Multicanalité de l'expression. Entretiens de Bichat. Paris.

- Corraze, J. (2001). Les communications non-verbales. Paris : Presses Universitaires de France.
- Cosnier, J., & Brossard, A. (1993). La communication non verbale. Lonay: Delachaux et Niestlé.
- Cosnier, J., & Brossard, A. (1993). *Textes de base en psychologie ; la communication non verbale.*Lonay: Delacheaux et Niestlé.
- Cosnier, J., & Vaysse, J. (1997). Sémiotique des gestes communicatifs. *Nouveaux actes communicatifs*.
- Cuny, F. (2012). Les groupes d'entraînement aux habiletés sociales. *Annales médico-psychologiques*, 482-484.
- Damasio, A. (1995). L'erreur de Descartes. Paris: Odile Jacob.
- Dardier, V. (2004). *Pragmatique et pathologies : comment étudier les troubles de l'usage du langage.*Paris : Bréal.
- Deneault J., M. P. (2011). La théorie de l'esprit : ce que l'enfant comprend de l'univers psychologique.

 Dans N.-G. N., La théorie de l'esprit entre cognition, émotion et adaptation sociale . Bruxelles:

 De Boeck.
- D'Zurilla, T., & Goldfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of abnormal psychology*, 107-126.
- Flavell, J.-H. (1976). *Metacognitive aspects of problem solving*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Franck, N. (2012). Remédiation cognitive. Paris: Elsevier masson.
- Frith. (2008). Social cognition. *Philosophical transactions of the royal society of london B*, 2033-2039.
- Gattegno, M.-P., & De Fenoyl, C. (2004). L'entraînement aux habiletés sociales chez les personnes atteintes du syndrome d'Asperger. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 109-115.
- Gattegno, M.-P., & De Fenoyl, C. (2004). L'entraînement aux habiletés sociales chez les personnes atteintes du syndrome d'Asperger. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 109-115.
- Gendron, B. (2010). Capital émotionnel, cognition, performance et santé : quels liens ? Dans S.

 Masmoud, & M. Naceur, *Du percept à la décision : intégration de la cognition, l'émotion et la motivation* (pp. 329-348). Bruxelles: De Boeck.
- Gil, R. (2014). Neuropsychologie. Paris: Elsevier Masson.
- Godefroy, O. (2004). Syndromes frontaux et dysexécutifs. Revue neurologique, 899-909.
- Godefroy, O., Azouvi, P., Robert, P., Roussel, M., & Le Gall, D. (2010). On the behalf of the GREFEX study group. *Neurology*, 855 864.

- Hall, E. (1966/1971). La dimension cachée. Paris: Seuil.
- Keltner, D., & Kring, A. (2014). Emotion, social function, and psychopathology. Dans M. Mikilajczak, J. Quoidbach, I. Kotsou, & D. Nelis, *Les compétences émotionnelles* (p. 62). Paris: Dunod.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1990). Les interactions verbales (Vol. Tome 1). Paris: Colin.
- Knapp, M., & Hall, J. (1992). *Nonverbal communication in human interaction*. New York: Harcourt Brace College Publishers.
- Lachavanne, A., & Barisnikov, K. (2013). Rééducation des compétences socio-émotionnelles pour des adultes présentant une déficience intellectuelle. *Revue européenne de psychologie appliquée*(63).
- Lacheret, A. (2011). La prosodie au coeur du verbal. Rééducation orthophonique, pp. 87-104.
- Laisney, M., & Desgranges , B. (2014). Evaluation de la théorie de l'esprit et traumatisme crâniocérébral. *Journal de réadaptation médicale*, 130-138.
- Laisney, M., & Desgranges, B. (2014). Evaluation de la théorie de l'esprit et traumatisme crâniocérébral. *Journal de réadaptation médicale*, 130-138.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (2014). Stress, appraisal, and coping . Dans M. Mikilajczak, J. Quoidbach, I. Kotsou, & D. Nelis, *Les compétences émotionnelles* (p. 161). Paris: Dunod.
- Le Berre, A.-P., Eustache, F., & Beaunieux, H. (2009). La métamémoire : théorie et clinique. *Revue de Neuropsychologie*, 312-320.
- Le Gall, D., Besnard, J., Havet, V., Pinon, K., & Allain, P. (2009). Contrôle exécutif, cognition sociale, émotions et métacognition. *Revue de Neuropsychologie*, 24-33.
- Liberman RP, D. W. (2005). *Entraînement aux habiletés sociales pour les patients psychiatriques*. paris : Retz.
- Lopes, P., Salovey, P., Côté, S., & Beers, M. (2014). Emotion regulation abilities and the quality of social interaction. Dans M. Mikilajczak, J. Quoidbach, I. Kotsou, & D. Nelis, *Les compétences émotionnelles* (p. 141). Paris: Dunod.
- Luminet, O. (2014). Emotions : confrontation et évitement. Dans M. Mikilajczak, J. Quoidbach, I. Kotsou, & D. Nelis, *Les compétences émotionnelles*. Paris: Dunod.
- Masmoudi, S., & Naceur, A. (2010). Du percept à la décision : intégration de la cognition, l'émotion et la motivation. Bruxelles: De Boeck.
- Math, F. (2008). De la perception aux troubles du comportement. Bruxelles: De Boeck.
- Matlin, M. (2001). La cognition : une introduction à la psychologie cognitive. Bruxelles: De Boeck Supérieur.
- Mayer, J., Salovey, P., & Caruso, D. (2014). Emotionnal intelligence: theory, findings and implications. Dans L. Lafortune, *Compétences émotionnelles*. Paris: Dunod.

- Mikilajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I., & Nelis, D. (2014). *Les compétences émotionnelles*. Paris: Dunod.
- Miyake, A., Friedman, N., Emerson, M., Witzki, A., Howerter, A., & Wager, T. (2000). The unity and diversity of executive fonctions and their contributions to complex 'Frontal Lobe' tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41.
- Nader-Grosbois, N. (2011). La théorie de l'esprit. Entre cognition, émotion et adaptation sociale. De Boeck.
- Newell, A., & Simon, H. (1972). Humain problem solving. Englewood: Prentice Hall.
- OMS. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.* Rennes: Presses de l'EHESP.
- Reeve, J. (2010). Postface alliant motivation, émotion, affect et cognition. Dans S. Masmoudi, & A. Naceur, *Du percept à la décision : intégration de la cognition, l'émotion et la motivation.*Bruxelles: De Boeck.
- Rochat, L., Belhadi, S., & Van der Linden, M. (2014). L'évaluation des problèmes émotionnels et comportementaux. Dans X. Seron, & M. Van der Linden, *Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte* (pp. 499-512). Bruxelles: De Boeck.
- Rustin, L. (1992). Troubles de la parole et habiletés sociales. Paris: Masson.
- Samson, D. (2004). Lleft temporoparietal junction is necessary for representing somenone else's belief, Nature neuroscience, 7, 499 500; Samson (2005), Seeing it my way: a case of a selective deficit in inhibiting self perspectove. 128 1102-1111. *Brain*.
- Samson, D. (2005). Seeing it my way: a case of a selective deficit in inhibiting self perspective. 128 1102-1111. *Brain*(128).
- Samson, D. (2012). Neuropsychologie de la théorie de l'esprit chez l'adulte : état d el'art et implications cliniques. Dans P. Allain, G. Aubin, & D. Le Gall, *Cognition sociale et neuropsychologie* (pp. 47-63). Marseille: Solas.

ANNEXES

Annexe 1 : Protocole d'entraînement aux habiletés sociales

HABILETES	SEANCE	OBJECTIF DE LA SEANCE	MATERIEL UTILISE	GENERALISATION
TRAVAILLEES				
	Séance 1	Reconnaissance d'expressions faciales à partir de photos (joie, tristesse, colère, peur)	Emotions (Color cards)	Cette semaine, répertorier les personnes que le patient a vu triste, contente, en colère, apeurées. Comment l'-t-il repéré ?
les	Séance 5	Reconnaissance d'émotions à partir de visages schématisés (joie, tristesse, colère, peur)	Expressions faciales émotionnelles schématisées (Hobson)	Cette semaine, répertorier les personnes que le patient a vu triste, contente, en colère, apeurées. Comment l'-t-il repéré ?
Habiletés émotionnelles	Séance 9	Identification des émotions provoquées par des situations et association de l'image associée (joie, tristesse, colère, peur)	Expressions faciales émotionnelles schématisées (Hobson); Exercice n°13: association de saynète et du smiley correspondant (Entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme)	Remplir le tableau : Ce qui m'a rendu triste/ heureux / en colère cette semaine
Habilet	Séance 13	Identification des émotions basées sur des désirs Identification de l'émotion d'un personnage (content ou triste) selon que ce qu'il souhaitait s'est réalisé ou non	Scénarios proches de la vie à Handivillage	Je demande quelque chose / un service à un soignant : - Souhait réalisé : émotion ressentie - Souhait non réalisé : émotion ressentie
	Séance 17	Expression d'une émotion selon une situation donnée	Cartes sur lesquelles sont inscrites un scénario donnant lieu à la joie / peur / tristesse / colère. Les patients doivent deviner de quelle émotion il s'agit.	Noter les situations où le patient a exprimé de la joie / colère / peur / tristesse cette semaine ?

HABILETES	SEANCE OBJECTIF DE LA SEANCE		MATERIEL UTILISE	GENERALISATION
TRAVAILLEES				
	Séance 2	Communication non verbale + faire le parallèle avec les émotions.	Exercice n° 19 : Jeu de miroir des émotions (Entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme)	Relever des situations où une personne était triste / contente / en colère / apeurée
agièr es	Séance 6	Prosodie selon type de phrase (interrogatif, exclamatif, impératif), les 4 émotions de base, intensité (faible, fort), débit (lent, rapide)	Exercice n° 21 : Répétition de phrases (Entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme)	Répéter des phrases et le personnel du pétale doit deviner la modalité
Habiletés langagières	Séance 10	Expressions faciales, gestuelles, modulation de la voix.	Exercice n° 23 : Exercice de modulation de la voix avec visage figé Exercice n° 24 : Exercice de modulation de la voix + visage mobile	Répéter des phrases et le personnel du pétale doit deviner la modalité
H ₂	Séance 14	Analyse du comportement : posture, contact visuel, intensité, tours de rôle	Cartes avec un sujet de conversation neutre	Je discute avec une personne et je fais attention à ma posture, l'intensité de ma voix.
	Règles conversationnelles. Séance 18 Apprendre à rencontrer quelqu'un ?		Exercice n° 28 : La tour de conversation (Entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme) Comment faire pour rencontrer quelqu'un ?	Faire la connaissance d'une personne qui n'est pas dans son pétale.

HABILETES TRAVAILLEES	SEANCE	OBJECTIF DE LA SEANCE	MATERIEL UTILISE	GENERALISATION
	Séance 3	Présentation du schéma de résolution de problèmes	Schéma de résolution de problème Problèmes de relations interpersonnelles qui se posent dans la vie quotidienne	Répertorier les problèmes rencontrés cette semaine
	Séance 7	Faire une demande Faire une demande d'aide Faire un refus	Exercice n°46 : faire une demande d'aide (Entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme)	Faire 2 de chaque dans la semaine. A qui cette demande est-elle faite ? Dans quel contexte ?
Habiletés cognitives	Séance 11	Faire une critique, un compliment Recevoir cette critique, ce compliment	Exercice n° 53 : Faire des compliments, situation artificielle Exercice n°49 : faire une critique négative Situations de critique négative (Entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme)	Faire une remarque à un résident ou à un membre du personnel
±	Séance 15 Gérer un conflit		Scénarios : - Mauvais comportement d'un résident - Livre prêté à un résident mais non restitué.	Trouver les situations possibles à un problème donné
	Séance 19	Gérer un conflit	Scénario : Un résident fait beaucoup de bruit et me dérange	Tenter de résoudre un problème en suivant le schéma de résolution

HABILETES TRAVAILLEES	SEANCE	OBJECTIF DE LA SEANCE	MATERIEL UTILISE	GENERALISATION		
IRAVAILLEES						
	Séance 4	Décoder des états mentaux : identifier les informations sociales (mouvements du corps, visage ou prosodie) pour décoder les états mentaux.	Emotions (Color cards)	Identifier l'état mental de 3 personnes dans la structure en analysant son visage, sa prosodie ou les mouvements de son corps.		
Théorie de l'esprit	Séance 8	Comprendre, expliquer ou prédire les états mentaux et comportements selon les circonstances / personnes impliquées.	Decisions (Color cards)	Expliquer 1'état mental d'une personne selon le contexte et les manifestations (visage, prosodie, mouvements du corps)		
Théorie	Séance 12	Théorie de l'esprit de 1 st ordre	Color cards	Prédire l'état mental d'une personne selon le contexte et les manifestations (visage, prosodie, mouvements du corps)		
	Séance 16	Théorie de l'esprit cognitive / affective	Travail sur situations de vie quotidienne à Handivillage	Prédire l'état mental d'une personne selon le contexte et les manifestations (visage, prosodie, mouvements du corps)		
	Séance 20	Théorie de 1'esprit de 1≅ ordre	Scénarios inventés			

Annexe 2 : Grille de cotation de l'EHSRI

Converser	1111			Ī
Engage une conversation				Ī
2. Maintient une conversation				Ī
3. Termine une conversation	12 120			Ī
Communication non verbale	0			Ì
4. Regarde l'interlocuteur dans les yeux quand il parle				
5. Exprime oralement une émotion	120			
6. Serre la main et regarde l'interlocuteur pour dire bonjour et au revoir	200			
Exprimer des pensées et des sentiments neutres	111		3	i
7. Donne une information sur un évènement passé				_
Demande une information supplémentaire				Ī
9. Fait une demande d'aide	0.00			Ī
Exprimer des pensées et des sentiments positifs	0			Ī
10. Fait des compliments	10-02			Ī
11. Exprime des émotions positives (joie, surprise)	100			
Exprimer des pensées et des sentiments négatifs	0			1
12. Exprime un sentiment négatif (tristesse, surprise)	100			Ī
13. Exprime un désaccord	134			
14. Demande un changement de comportement	01111			Ī
15. Résout un conflit avec les autres participants	0.70			
Répondre a quelqu'un qui exprime des pensées et des sentiments neutres			3	ì
16. Fait un commentaire sur une information donnée par autrui	27,100			Г
17. Répond à autrui qui donne une information supplémentaire	0.70			Ī
18. Répond à la demande d'aide	22 93	- 0		
Répondre a quelqu'un qui exprime des pensées et des sentiments positifs	20		3	
19. Reçoit des compliments mérités	22,627			
20. Répond à des flatteries	19 19	19		Ī
21. Partage une émotion				
Répondre a quelqu'un qui exprime des pensées et des sentiments négatifs	8 8			Ī
22. Répond aux critiques vraies				
23. Répond aux critiques fausses	3 %			
24. Réagit devant quelqu'un qui est en colère			3 8	

- 0 = comportement sévèrement inadapté
 1 = comportement moyennement inadapté
 2 = comportement légèrement inadapté
 3 = comportement adapté mais variable
 4 = comportement adapté et constant

Annexe 3 : Echelle d'affirmation de soi (Cungi et Rey)

Scores	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Je me sens à l'aise dans		100	38		2.5	-	335	2.0
les situations relationnelles							30	
 Je n'éprouve pas de manifestations physiques dans les situations relationnelles (coeur qui bat vite, transpiration, 								
tremblement, serrement de gorge, sensation d'oppression								
respiratoire, etc		a de					201	- 1
3. J'ai les idées toujours							-	1
claires dans les situations relationnelles.								
4. Je fais facilement des		-	- 0	- 29	-	- 1	701	- 1
demandes								
5. Je sais refuser facilement		-	-	7	-		-	-
6. Je verbalise facilement		- 10		10	- 1	82	(6)	336
mon avis ou mes sentiments								
quand c'est souhaitable.		-	- 0	- 1	-	-60	- 2	- 4
7. Je sais facilement engager la conversation		163	- 85		Je		36	81.
8. Je suis à l'aise pour								
poursuivre une conversation		- 16:	- 80		19	- 1	-35	-91
 Je sais arrêter une conversation si c'est nécessaire. 								
10. Je sais recevoir des critiques sans être gêné.								
11. Je sais faire des critiques sans vexer mon interlocuteur.			155					
12. Quand quelqu'un a un comportement agressif (verbalement), avec moi, je sais en général comment faire pour que cela se termine								
bien.		18	0	- 23	- 302		6	38
 Je sais recevoir des compliments sans être gêné. 								
14. Je suis à l'aise pour faire des compliments.		18	- 39	528	-30	:52	0	3.0

Annexe 4 : Questionnaire d'évaluation

QUESTIONNAIRE DESTINE AUX SOIGNANTS D'HANDIVILLAGE 33

atient :
our remplir ce questionnaire, veuillez indiquer par une croix la réponse qui vous semble la plus adéquate pour
hadra proposition

	Jamais	Quelquefois	De plus en plus	Souvent	Toujours
Le patient réussit à identifier les			(Mary 1997)		
sentiments d'un soignant ou d'un					
résident					
Le patient a des difficultés pour					
exprimer par la parole un sentiment					
positif (joie)					
Le patient a des difficultés pour					
exprimer par la parole un sentiment					
négatif (colère, peur, etc.)					
Le patient répond à des compliments					
Si oui, par une mimique ? un geste ?					
La parole ? Autre ?					
Le patient a confiance et parvient à se	-				
livrer auprès de vous					
Le patient parvient à résoudre un					
problème avec un résident / membre					
de l'équipe soignante de façon					
adaptée à la situation					
Le patient réagit de manière adaptée					
devant quelqu'un qui est en colère					
Le patient est gêné pour exprimer un					
besoin (manger, boire, se reposer,					
etc.)					
Le patient est gêné pour exprimer une					
intention, un projet (aller voir une					
personne en particulier, avoir une				-	
envie particulière comme une					
promenade, etc.)			22		
Le patient a des difficultés pour avoir					
une conversation sur un sujet courant					
de la vie quotidienne (ce qu'il a					
mangé à midi, raconter une activité					
etc.)					

	Jamais	Queiquerois	plus	Souvent	loujour
Le patient entame la conversation					
avec vous					
Le patient est à l'aise pour maintenir					
une conversation avec vous					
Le patient arrête une conversation si					
cela est nécessaire					
Le patient prend la parole au cours					
d'une conversation avec plusieurs					
résidents et/ou soignants					
Le patient a des difficultés pour					
comprendre l'humour, les jeux de					
mots, les plaisanteries, etc.					
Lorsque le patient ne comprend pas					
ce que vous lui dites, il vous fait					
répéter					
Lorsque le patient vous parle, il utilise					
des gestes pour se faire comprendre					
Le patient présente des expressions					
du visage lorsqu'il vous parle					
Le patient vous regarde dans les yeux					
lorsqu'il vous parle					
Le patient se situe à une distance					
socialement adaptée lorsqu'il vous					
parle (1 à 2 mètres)					
L'intensité de la voix du patient est	- 1				
adaptée lorsqu'il vous parle					
Si non, est-elle trop forte ou trop					
faible ?					
Le patient est intelligible (vous le					
comprenez sans avoir besoin de vous					
référer à ses gestes pour le					
comprendre)					
Le débit de parole du patient est	- Contract				
adapté					
Si non, est-il trop lent ou trop rapide ?					
Le patient respecte les tours de parole					
en situation duelle					
Le patient respecte les tours de parole					
en situation de groupe					
Le patient reconnaît les sentiments /					
émotions des autres résidents					
Le patient parvient à avoir une					
relation adaptée avec les autres, en					
s'adaptant à leurs comportements.					
Le patient présente une indifférence					
(P)					
aux autres opinions					
aux autres opinions Lorsque le patient est confronté à un					
Lorsque le patient est confronté à un					
Lorsque le patient est confronté à un comportement agressif, il agit de manière à ce que la situation se					

	Jamais	Queiqueiois	plus	Souvent	loujours
Le patient a tendance à attendre qu'on lui propose une activité (il ne se propose pas spontanément à une activité)					
Le patient cherche les disputes / conflits					
Le patient présente des difficultés à maintenir une activité en cours					
Le patient a des difficultés pour rester tranquillement assis, sans rien faire					
Le patient a tendance à sous-estimer ses difficultés comportementales					
Le patient a des difficultés à reconnaître ses troubles, alors qu'ils retentissent pourtant sur sa vie quotidienne					
Le patient fait des projets d'avenir irréalistes /pense à tort pouvoir reprendre ses activités antérieures					
Le patient présente des difficultés pour respecter les règles de la vie en communauté dans le Foyer Clary					
Le patient exige une réalisation immédiate de ses désirs sans se préoccuper des autres résidents/soignants					
Le patient a des conflits fréquents avec les autres résidents/avec les soignants					
Le patient est indifférent aux conséquences de ses actes					
Le patient parle et agit sans mesurer les conséquences de ses actes ou agit et parle sans discernement, sur un coup de tête.					
Le patient se montre agressif, crie					

Souhaitez-vous ajouter un commentaire personnel à propos de la communication du patient, de la gestion de ses	
émotions, de son comportement au sein d'Handivillage 33 ?	

Marion Guiragossian Etudiante en 4^{ème} année d'école d'orthophonie

3

Annexe 5 : Tableau des résultats de l'auto-évaluation (Ajouté à la soutenance)

	Echelle d'affirmation de soi (Cungi et Rey)	Echelle de communication verbale de Bordeaux (ECVB, Darrigrand et Mazaux)
M. D.	1	4
M. L.	1	7
M. C.	=	7
М. А.	1	7
M. GP.	1	=
M. GJ.	1	7

Annexe 6 : Tableau des résultats de l'hétéro-évaluation (Ajouté à la soutenance)

	Habiletés émotionnelles		Habiletés langagières		Théorie de l'esprit		Habiletés cognitives		Habiletés comportementales	
	PAP	PAQ	PAP	PAQ	PAP	PAQ	PAP	PAQ	PAP	PAQ
M. D.	A	1	J	J	1	1	1	J	J	7
M.L.	1	1	d	1	1	1	1	J	1	7
М. С.	A	7	1	1	7	A	1	J	J	7
M. A.	1	31	1	J		7	1	1	J	A
M. GP.	1	7	1	J	=	=	1	1	J	7
M. GJ.	1	7	1	1	1	J	1	J	7	1

Annexe 7 : Tableau des résultats par domaine de fonctionnement (Ajouté à la soutenance)

	COGN	ITION	EMO	FIONS	COMPORTEMENT		
	PAP	PAQ	PAP	PAQ	PAP	PAQ	
M. D.				7	J	1	
M. L.	J	7	A	1		1	
M.C.				7	J	1	
M.A.		1	7		1	J	
M. GP.	7	1	7	7	1	7	
M. GJ.	1	1	7	7	1	1	

RESUME

L'altération des fonctions cognitives, émotionnelles et comportementales dans le cadre du

handicap psychique, de la déficience globale, du traumatisme crânien et de la lésion vasculaire

cérébrale joue un rôle majeur dans l'intégration sociale des personnes qui en sont victimes.

L'amélioration de leur participation sociale est un des objectifs de la prise en charge de leur handicap.

Notre étude a ainsi souhaité évaluer l'effet d'un groupe d'entraînement aux habiletés sociales sur la

qualité de leur intégration sociale. Pour cela, nous avons recruté six patients au sein d'un Foyer

d'Accueil Médicalisé (FAM), et les avons évalués grâce à leurs réponses et celles du personnel

travaillant avec eux. Le protocole d'entrainement a ainsi pu débuter, et s'est déroulé pendant 20

séances, à raison d'une séance hebdomadaire. Les séances ont reposé sur quatre habiletés principales :

les habiletés langagières, les habiletés émotionnelles, les habiletés cognitives et la théorie de l'esprit.

A la fin de leur entraînement, notre avons validé notre hypothèse principale et nuancé celles portant

sur la généralisation des connaissances et sur la réduction des troubles du comportement.

Mots-clés: entraînement des habiletés sociales; habiletés langagières; habiletés émotionnelles;

habiletés cognitives ; théorie de l'esprit

Nombre total de pages : 122

Nombre de références bibliographiques : 65

SUMMARY

The cognitive, emotionnal and behavioral functions impairment as part of the psychic

disability, the overall impairment, the brain traumatic injury and the cerebral vascular injury play a

major role in the social integration of people who are the victim of it. The improvement of their social

participation is one of the goals their disability care. Our study wanted to assess the social skills

training effect on their social integration. Thus, we recruited six patients in a medical center and we

assessed them thanks to their answers and those of the staff working with them. The training protocol

started and took place during twenty weekly sessions. The sessions rest on four main skills: language

skills, emotional skills, cognitive skills and theory of mind. At the end of their training, we approve

our main hypothesis and qualify those being on the knowledge spread, and the behavioral disorders

decrease.

Key-words: social skills training; language skills, emmotionnal skills; cognitive skills; theory of

mind.

123