



HAL
open science

Rôle des croyances chez les adolescents avec un trouble du spectre autistique

Clara Ankri

► **To cite this version:**

Clara Ankri. Rôle des croyances chez les adolescents avec un trouble du spectre autistique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02009616

HAL Id: dumas-02009616

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02009616v1>

Submitted on 6 Feb 2019

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.



**Rôle des croyances chez les adolescents avec un trouble du spectre
autistique**

T H È S E A R T I C L E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 20 Avril 2018

Par Madame Clara ANKRI

Née le 30 août 1989 à La Ciotat (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur POINSO François

Président

Monsieur le Professeur DA FONSECA David

Directeur

Monsieur le Professeur RUFO Marcel

Assesseur

Monsieur le Professeur GUYE Maxime

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge ALDIGHERI René ALESSANDRINI Pierre ALLIEZ Bernard AQUARON Robert ARGEME Maxime ASSADOURIAN Robert AUFFRAY Jean-Pierre AUTILLO-TOUATI Amapola AZORIN Jean-Michel BAILLE Yves BARDOT Jacques BARDOT André BERARD Pierre BERGOIN Maurice BERNARD Dominique BERNARD Jean-Louis BERNARD Pierre-Marie BERTRAND Edmond BISSET Jean-Pierre BLANC Bernard BLANC Jean-Louis BOLLINI Gérard BONGRAND Pierre BONNEAU Henri BONNOIT Jean BORY Michel BOTTA Alain BOURGEADE Augustin BOUVENOT Gilles BOUYALA Jean-Marie BREMOND Georges BRICOT René BRUNET Christian BUREAU Henri CAMBOULIVES Jean CANNONI Maurice CARTOUZOU Guy CHAMLIAN Albert CHARREL Michel CHAUVEL Patrick CHOUX Maurice CIANFARANI François CLEMENT Robert COMBALBERT André CONTE-DEVOLX Bernard CORRIOL Jacques COULANGE Christian DALMAS Henri DE MICO Philippe DELARQUE Alain DEVIN Robert DEVRED Philippe DJIANE Pierre DONNET Vincent DUCASSOU Jacques DUFOUR Michel DUMON Henri FARNARIER Georges FAVRE Roger FIECHI Marius	MM	FIGARELLA Jacques FONTES Michel FRANCOIS Georges FUENTES Pierre GABRIEL Bernard GALINIER Louis GALLAIS Hervé GAMERRE Marc GARCIN Michel GARNIER Jean-Marc GAUTHIER André GERARD Raymond GEROLAMI-SANTANDREA André GIUDICELLI Roger GIUDICELLI Sébastien GOUDARD Alain GOUIN François GRISOLI François GROULIER Pierre HADIDA/SAYAG Jacqueline HASSOUN Jacques HEIM Marc HOUEL Jean HUGUET Jean-François JAQUET Philippe JAMMES Yves JOUVE Paulette JUHAN Claude JUIN Pierre KAPHAN Gérard KASBARIAN Michel KLEISBAUER Jean-Pierre LACHARD Jean LAFFARGUE Pierre LAUGIER René LEVY Samuel LOUCHET Edmond LOUIS René LUCIANI Jean-Marie MAGALON Guy MAGNAN Jacques MALLAN- MANCINI Josette MALMEJAC Claude MATTEI Jean François MERCIER Claude METGE Paul MICHOTÉY Georges MILLET Yves MIRANDA François MONFORT Gérard MONGES André MONGIN Maurice MONTIES Jean-Raoul NAZARIAN Serge NICOLI René NOIRCLERC Michel OLMER Michel OREHEK Jean PAPY Jean-Jacques PAULIN Raymond PELOUX Yves PENAUD Antony
----	--	----	--

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967 MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974 MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975 MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976 MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977 MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978 M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980 MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981 MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982 M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985 MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986 MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)
1987 M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988 MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989 M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990 MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991 MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992 MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994 MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995 MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997 MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998 MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999 MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000 MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001 MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002 MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003 M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004 M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005 M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006 M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007 M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
 ALBANESE Jacques
 ALIMI Yves
 AMABILE Philippe
 AMBROSI Pierre
 ANDRE Nicolas
 ARGENSON Jean-Noël
 ASTOUL Philippe
 ATTARIAN Shahram
 AUDOUIN Bertrand
 AUQUIER Pascal
 AVIERINOS Jean-François
 AZULAY Jean-Philippe
 BAILLY Daniel
 BARLESI Fabrice
 BARLIER-SETTI Anne
 BARTHET Marc
 BARTOLI Jean-Michel
 BARTOLI Michel
BARTOLIN Robert Surnombre
 BARTOLOMEI Fabrice
 BASTIDE Cyrille
 BENSOUSSAN Laurent
 BERBIS Philippe
 BERDAH Stéphane
BERLAND Yvon Surnombre
 BERNARD Jean-Paul
 BEROUD Christophe
 BERTUCCI François
 BLAISE Didier
 BLIN Olivier
 BLONDEL Benjamin
 BONIN/GUILLAUME Sylvie
 BONELLO Laurent
 BONNET Jean-Louis
 BOTTA/FRIDLUND Daniëlle
 BOUBLI Léon
 BOYER Laurent
 BREGEON Fabienne
 BRETELLE Florence
 BROUQUI Philippe
 BRUDER Nicolas
 BRUE Thierry
 BRUNET Philippe
 BURTEY Stéphane
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier
 CASANOVA Dominique
 CASTINETTI Frédéric
 CECCALDI Mathieu
 CHABOT Jean-Michel
 CHAGNAUD Christophe
 CHAMBOST Hervé
 CHAMPSAUR Pierre
 CHANEZ Pascal
 CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
 CHARREL Rémi
CHARPIN Denis Surnombre
 CHAUMOITRE Kathia
 CHIARONI Jacques
 CHINOT Olivier
 CHOSSEGROS Cyrille
CLAVERIE Jean-Michel Surnombre
 COLLART Frédéric
 COSTELLO Régis
 COURBIERE Blandine
 COWEN Didier
 CRAVELLO Ludovic
 CUISSET Thomas
 CURVALE Georges
 DA FONSECA David
 DAHAN-ALCARAZ Laëticia
 DANIEL Laurent
 DARMON Patrice
 D'ERCOLE Claude
 D'JOURNO Xavier
 DEHARO Jean-Claude
 DELPERO Jean-Robert
 DENIS Daniëlle
DESSEIN Alain Surnombre
 DESSI Patrick
 DISDIER Patrick
 DODDOLI Christophe
 DRANCOURT Michel
 DUBUS Jean-Christophe
 DUFFAUD Florence
 DUFOUR Henry
 DURAND Jean-Marc
 DUSSOL Bertrand
ENJALBERT Alain Surnombre
 EUSEBIO Alexandre
 FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard Surnombre
 FELICIAN Olivier
 FENOLLAR Florence
 FIGARELLA/BRANGER Dominique
 FLECHER Xavier
 FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCES Yves Surnombre
 FUENTES Stéphane
 GABERT Jean
 GAINNIER Marc
 GARCIA Stéphane
 GARIBOLDI Vlad
 GAUDART Jean
 GAUDY-MARQUESTE Caroline
 GENTILE Stéphanie
 GERBEAUX Patrick
 GEROLAMI/SANTANDREA René
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine
 GIORGI Roch
 GIOVANNI Antoine
 GIRARD Nadine
 GIRAUD/CHABROL Brigitte
 GONCALVES Anthony
 GORINCOUR Guillaume
 GRANEL/REY Brigitte
 GRANVAL Philippe
 GREILLIER Laurent
GRILLO Jean-Marie Surnombre
 GRIMAUD Jean-Charles
 GROB Jean-Jacques
 GUEDJ Eric
 GUIEU Régis
 GUIE Sandrine
 GUYE Maxime
 GUYOT Laurent
 GUYS Jean-Michel
 HABIB Gilbert
 HARDWIGSEN Jean
 HARLE Jean-Robert
 HOFFART Louis
 HOUVENAEGHEL Gilles
 JACQUIER Alexis
 JOURDE-CHICHE Noémie
 JOUVE Jean-Luc
 KAPLANSKI Gilles
 KARSENTY Gilles
 KERBAUL François
 KRAHN Martin
 LAFFORGUE Pierre
 LAGIER Jean-Christophe
 LAMBAUDIE Eric
 LANCON Christophe
 LA SCOLA Bernard
 LAUNAY Franck
 LAVIEILLE Jean-Pierre
 LE CORROLLER Thomas
LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
 LECHEVALLIER Eric
 LEGRE Régis
 LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
 LEONE Marc
 LEONETTI Georges
 LEPIDI Hubert
 LEVY Nicolas
 MACE Loïc
 MAGNAN Pierre-Edouard
MARANINCHI Dominique Surnombre
MARTIN Claude Surnombre
 MATONTI Frédéric
 MEGE Jean-Louis
 MERROT Thierry
 METZLER/GUILLEMAIN Catherine
 MEYER/DUTOUR Anne
 MICCALEF/ROLL Joëlle
 MICHEL Fabrice
 MICHEL Gérard
 MICHELET Pierre
 MILH Mathieu
 MOAL Valérie
 MONCLA Anne
 MORANGE Pierre-Emmanuel
 MOULIN Guy
 MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier Surnombre
 NAUDIN Jean
 NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
 NICOLLAS Richard
 OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Haqay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECO Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL Francois (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marquerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-Francois (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURN Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUETTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE, DIABÉTÉ ET MALADIES MÉTABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MÉDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION 4602

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MÉRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHÉTIQUE ; BRÛLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HÉPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENÉTIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTÉTRIQUE ; GYNECOLOGIE MÉDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIÈRE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF) (06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON Francois (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) *Surnombre*
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) *disponibilité*
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Haqay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) *Surnombre*

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Mariorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELLISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) *Surnombre*
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanie (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Huques (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDEPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSON François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) *Surnombre*

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 RANOUE Stéphane (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OUDIN Claire (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
 VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) *(disponibilité)*
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*
 GREILLIER Laurent (PU-PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 BARTOLIN Robert (PU-PH) *Surnombre*
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2018

A Monsieur le Professeur François POINSO,

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. J'ai eu la chance de finir mon internat dans votre service qui représente beaucoup pour moi... J'ai apprécié vous entendre parler de mon grand-père, et je sais l'affection qu'il avait à votre égard. J'ai bénéficié d'une expérience exceptionnelle au sein de votre unité parents-enfants, qui n'a fait que renforcer mon attachement à la pédopsychiatrie. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère admiration.

A Monsieur le Professeur David DA FONSECA,

Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger mon travail de thèse. Vous m'avez fait découvrir les théories implicites lors du DU de TCC et vous m'avez permis de travailler sur les résultats de votre étude. Ce sujet m'a passionné et j'espère qu'on pourra, ensemble, poursuivre un travail de recherche sur les théories implicites. Je vous remercie également de tout ce que vous m'avez appris lorsque j'assistais à vos consultations et de m'avoir tant aidée durant la rédaction de ce travail. Je suis très fière d'avoir pu me former au sein de votre service et d'avoir la possibilité d'y travailler prochainement.

A Monsieur le Professeur Marcel Rufo,

Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. J'ai été heureuse et émue de pouvoir assister à vos consultations. J'en suis sortie enrichie sur le plan professionnel et personnel... J'espère pouvoir apprendre à nouveau à vos côtés dans l'avenir. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde admiration.

A Monsieur le Professeur Maxime Guye,

Tu es un professeur que j'admire et un ami de soirée exceptionnel. Deux qualités rarement réunies chez une seule personne. J'ai de la chance de te connaître et je suis très heureuse que tu aies accepté de faire partie de mon jury de thèse malgré nos spécialités différentes.

A René « GPR », qui a été un grand-père exceptionnel, qui m'a soutenue pour les révisions de l'ECN. On ne savait alors pas que j'allais choisir la pédopsychiatrie... Je suis très fière d'être ta petite fille et j'espère ne jamais te décevoir.

A mon ami Elie, qui me manque énormément...

A mon élément perturbateur numéro un : ma sœur, qui a assuré pour me détendre durant chaque révisions et tout le reste de ma vie. Tu me donnes envie de faire une seconde thèse sur le bien que peut apporter une fratrie !

A ma mère, pour avoir permis que ce soit possible. Depuis toute petite tu m'as appris à bien travailler et à ne pas me contenter du minimum. Tu m'as toujours encouragée, même dans les moments les plus difficiles... Merci pour tout ça et pour m'apporter depuis toujours tout ce qu'une fille peut espérer recevoir d'une maman !

A mon Père, merci de m'avoir aidé à tenir bon durant toutes mes études, il m'a toujours suffi d'un appel avec toi pour me remettre au travail quand je n'y arrivais plus. Merci de m'écouter, de me comprendre et de m'avoir orientée vers cette belle spécialité qui me plait tant... Tu me donnes la force et la sécurité.

A ma grand-mère, merci de me comprendre et de prendre soin de moi et de toute notre famille...

A mes cousins, cousines que j'adore ! Vic et Tom merci pour tous vos jeux de garçons que vous avez partagé avec moi et Yona, merci d'être là quand j'ai besoin de parler ou de sortir... A tous, je ne veux jamais qu'on s'éloigne.

A mes oncles et tantes, qui m'ont tous appris quelque chose : le cheval où j'ai été entraînée à ne pas dire trop vite « je n'y arrive pas » et aux concours, les statistiques qui m'ont permis de réussir médecine, le maquillage pour me faire belle, le secret de famille du boulou, l'amélioration de la rédaction de ma thèse, et bientôt le bridge... Je vous aime très fort.

A Malika, qui fait partie de ma famille ! Merci de me supporter depuis mon plus jeune âge et pour toujours rendre l'organisation des soirées plus simple...

A Alix, merci de m'avoir coachée comme tu l'as fait durant la première année. A nos trajets mythiques avec ton père. A ce projet de coloc si on réussissait la P1, qu'on a pu réaliser avec plaisir !

A Christelle, ma première amie. Merci d'être si sensible et de savoir être là quand il faut... Merci de garder nos souvenirs d'enfance pour ne jamais qu'on oublie.

A Manon, merci d'être toujours là quand j'ai besoin, de me comprendre et d'être une amie extraordinaire. Tu m'aides dans tous les domaines de ma vie !

Au Poney Club du Château, merci d'avoir été une mine d'or à amis incroyables. Je suis tellement fière d'eux et je sais que je ne m'en lasserai jamais...

A notre groupe d'amis qui s'est agrandi depuis, j'ai beaucoup de chance de vous avoir. Merci d'être là depuis tant d'années et de faire des moments passés avec vous, des moments magiques !

A Fabien, parce que tes mains font de l'or et que ta compagnie aussi, merci de m'avoir toujours dit que le dimanche on n'avait pas le droit de travailler...ça me permettait de faire des pauses sans culpabiliser !

A Cynthia, merci de m'apporter un peu de magie (dans les deux sens du terme) dans ce monde si sérieux et de me faire rire à chaque fois que je te vois !

Au groupe des filles, avec qui les apéros, repas, week-end « filles » sont juste parfaits.

A mes amies de la fac, Delphine, Charlotte, Pauline et Elisa, un groupe de folie qui a rendu les études bien plus agréables que normalement... I FOUND que j'ai eu de la chance de tomber sur vous pour parfaitement associer plaisir et sérieux. Je suis ravie de partager, à présent, les moments importants de notre vie d'adulte...

A Valentine, merci de m'avoir aidée à améliorer la présentation de mon travail. On ne se voit pas souvent mais on sait qu'on sera toujours là si on a besoin.

A Julie Romani, merci d'avoir partagé ton travail avec moi et de m'avoir soutenue dans le début de ce travail de thèse.

A Isabelle et Catarina, qui m'ont aidée pour la réalisation des tableaux et des analyses statistiques des résultats.

A mes super assistantes, Marion et Sophie. Je suis fan ! Merci pour votre aide...

A mes co-internes, Laurie, Sheldon, Camille et la « Team Poinso », merci pour les pauses pleines de rires durant nos stages ensemble...

Table des matières	1
Introduction :	3
Partie I : Théories implicites	5
A. Théories implicites de l'intelligence.....	6
1. Définition.....	6
2. Conséquences	6
Cognitions	6
Émotions	7
Comportements	8
Performance	9
3. Peut-on modifier les théories implicites de l'intelligence ?	9
B. Théories implicites de la personnalité et des habiletés sociales	12
1. Définition.....	12
2. Conséquences	12
Cognitions	12
Émotions	14
Comportements	15
3. Peut-on modifier les théories implicites de la personnalité et des habiletés sociales ? ..	16
C. Origines des théories implicites	18
D. Théories implicites en psychopathologie	21
1. Trouble anxieux généralisé	23
2. Dépression	24
3. Trouble oppositionnel avec provocation.....	25
Partie II : Application des théories implicites aux patients présentant un syndrome	
d'Asperger	26
A. Syndrome d'Asperger	27
1. Historique et classifications	27
2. Prévalence.....	30
3. Comorbidités	30
4. Habiletés sociales	31
B. Étude clinique : Rôle des croyances chez des adolescents avec syndrome	
d'Asperger	34
1. Objectifs	34
2. Méthodologie.....	35
Participants.....	35
Caractéristiques	35
Questionnaires.....	35
Procédure	37
Analyse statistique	38
3. Résultats	38
4. Discussion.....	40
Partie III : Cas Cliniques	47
A. Paul	47

B. Jimmy.....	55
C. Discussion autour des cas	60
Conclusion.....	65
Bibliographie :.....	67
Annexes :	76
Index des tableaux.....	85

Introduction :

Les troubles du spectre autistique (TSA) ou troubles envahissants du développement (TED) sont des troubles neuro-développementaux qui se caractérisent cliniquement par des altérations qualitatives de la communication et des interactions sociales ainsi que par des comportements et des intérêts restreints et répétitifs.

Selon la dixième version de la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) et la quatrième version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV), on distinguait parmi les TED le Syndrome d'Asperger, entité clinique à part entière. Aujourd'hui, l'approche dimensionnelle du DSM V (2013) ne le distingue plus, il l'intègre dans les TSA, comme une de ses formes légères sans déficience intellectuelle et sans retard de langage associés.

Chez les adolescents avec Syndrome d'Asperger (SA), les troubles des interactions sociales sont au cœur de la symptomatologie. Les conséquences de ces difficultés sociales seraient plus importantes à l'adolescence qu'à n'importe quelle autre période de la vie (1). C'est le plus fréquemment à l'adolescence en effet que les individus avec SA souffrent de troubles internalisés tels que la dépression et l'anxiété (2).

Pour certains auteurs, les troubles des interactions sociales des adolescents avec SA seraient liés à un déficit de la théorie de l'esprit, tandis que pour d'autres, il s'agirait d'un déficit de la cohérence centrale. D'autres auteurs pensent que ces discordances pourraient s'expliquer par un problème de motivation sociale (3).

De nombreux chercheurs considèrent qu'au-delà de réelles capacités individuelles, les comportements sont également déterminés par un ensemble de facteurs motivationnels tels que les croyances concernant la nature des habiletés.

Depuis le travail pionnier de Piaget sur le développement de l'enfant, regroupé en particulier dans « La représentation du monde chez l'enfant » (1926), les psychologues du développement ont consacré une part conséquente de leurs recherches à l'étude des conceptions naïves que les enfants bâtissent à propos du monde qui les entoure (4).

Les recherches de Carol Dweck de l'Université de Stanford aux Etats-Unis, l'ont conduit à conceptualiser et identifier l'existence de théories naïves chez les enfants, qu'elle a appelées

théories implicites. Ces théories sont les modes de croyances que les enfants construisent mentalement sur la nature des qualités humaines (intelligence, moralité, personnalité, compétence dans les relations sociales) et sur le potentiel de chacun de changer ses propres qualités.

D'après Carol Dweck (1995) (5) les individus peuvent être placés sur un continuum selon leur vision implicite de leurs capacités. Certains pensent que les capacités sont innées et stables dans le temps : ils sont considérés comme ayant une théorie "fixe" ou théorie de l'entité (TE). D'autres pensent que les capacités sont modulables avec l'effort et l'apprentissage, ils sont considérés comme ayant une théorie "de développement", ou théorie incrémentielle (TI).

Nous savons que l'identification de ces croyances ou théories implicites permet de déterminer les cognitions, les émotions mais également les performances des élèves en situation d'apprentissage (6).

Si ces théories implicites permettent de comprendre les émotions et les comportements en situation d'apprentissage, nous pensons que cette perspective devrait nous aider à comprendre les comportements et les affects négatifs vécus par les adolescents avec SA en situation sociale.

Est-ce que les croyances concernant la malléabilité des habiletés sociales pourraient apporter un éclairage nouveau et complémentaire sur la manière d'appréhender les relations sociales des adolescents avec SA ?

Pour répondre à cette question, nous développerons dans une première partie les connaissances actuelles sur les théories implicites.

Dans une seconde partie, après une brève description du Syndrome d'Asperger, nous présenterons une étude concernant le rôle des théories implicites chez les adolescents avec SA.

Enfin, dans une troisième partie, nous exposerons la clinique de deux patients, Paul et Jimmy ayant participé à l'étude.

Partie I : Théories implicites

Les théories implicites jouent un rôle important dans tous les aspects de la vie. Ces croyances offrent aux jeunes une forme d'explication aux variations individuelles de performance qu'ils observent dans les situations d'évaluation (7).

Le terme implicite vient du fait que ces croyances ne sont pas écrites ou discutées, elles sont souvent méconnues par la personne. Elles peuvent être déduites du comportement et en particulier des réactions face à l'échec.

Molden et Dweck (2006) (8) suggèrent que si nous connaissons la croyance implicite d'une personne, alors nous pouvons comprendre et même prédire comment cette personne va fonctionner, gérer ses échecs, réguler son estime de soi et son interaction avec les autres. Des auteurs (8–10) ont montré que ces théories implicites expliquent les cognitions, les réponses émotionnelles et les comportements des personnes engagées dans des situations où leur compétence est mise en jeu.

Bien que les croyances soient contradictoires, les personnes peuvent détenir simultanément une croyance entité et une croyance incrémentielle (8)(11). En d'autres termes, les croyances implicites varient à la fois dans le temps et dans leur coexistence dans le même moment. « Les deux théories implicites ne sont pas mutuellement exclusives, elles peuvent coexister à des degrés divers ».

Sur le plan méthodologique, elles peuvent être évaluées par l'intermédiaire de questionnaires : l'enfant ou l'adolescent est amené à exprimer son degré d'accord ou de désaccord pour une suite d'énoncés relatifs au caractère modifiable ou non de l'intelligence.

Les théories implicites peuvent concerner l'intelligence, la personnalité et les habiletés sociales. Une étude réalisée auprès de participants philippins (12), apporte de larges preuves de la généralisation interculturelle du modèle des théories implicites. Cela a élargi considérablement la base de données psychologiques qui avait surtout été limitée aux populations occidentales.

A. Théories implicites de l'intelligence

1. Définition

De nombreuses études se sont intéressées aux conceptions naïves qu'ont les enfants de leur intelligence. Ces études ont exploré les définitions de l'intelligence de l'enfant (13) mais se sont surtout intéressées aux croyances concernant leur caractère modifiable ou non.

La TI envisage l'intelligence comme une faculté malléable susceptible d'être transformée et sur laquelle l'individu peut exercer un contrôle par l'intermédiaire des efforts qu'il engage dans les situations d'apprentissage ou de résolution de problème. Ceux qui adhèrent à cette théorie font preuve d'auto-dialogue constructif, d'affects positifs et de résolution de problèmes face à l'échec.

Dans la TE, l'intelligence est alors considérée comme une disposition fixée précocement, stable dans le temps, une capacité interne structurelle liée à un don que l'on a en plus ou moins grande quantité et qui est peu susceptible d'être modifiée par l'expérience. Les études ont toujours démontré que la croyance d'un étudiant en une intelligence fixe (TE) aura des effets négatifs sur ses objectifs, sa motivation, son comportement et son estime de soi (11)(14).

D'autre part, les garçons ont une tendance plus marquée que les filles à penser que l'intelligence est liée à un don (TE) (5).

2. Conséquences

Cognitions

Ces théories implicites de l'intelligence créent une base de raisonnement et de compréhension qui permet de comprendre et de réagir en situation d'apprentissage (15).

Ceux parmi les élèves qui ont une TE pensent que même s'ils apprennent de nouvelles choses, leur niveau d'intelligence ne changera pas. Les différences de résultats scolaires s'expliquent alors par l'existence d'une entité abstraite, présente chez chacun d'eux, mais dont les enfants sont inégalement dotés. Pour eux, l'échec signifie qu'ils ne sont pas assez intelligents. Ils craignent l'échec car il constitue une affirmation négative par rapport à leurs capacités de base. (16)

La TE conduit les enfants à envisager l'existence d'un lien inversé entre efforts et capacités : entre deux enfants dont la performance sur une épreuve est équivalente, celui qui a investi le moins

d'effort dans la résolution de l'épreuve sera jugé comme disposant d'une plus grande capacité (17). Ce qui peut jouer en leur défaveur lorsque des efforts plus importants sont nécessaires, comme dans les études supérieures.

En revanche, ceux avec une TI pensent que l'effort est un moyen de développer leurs capacités.

Parmi les études visant à différencier ces deux théories, Butler en 2000 (18) a demandé à des adolescents d'estimer les capacités d'enfants fictifs en examinant l'évolution (ascendante ou descendante) de leurs notes à une série de problèmes mathématiques successifs. Il apparaît que les adolescents qui adhèrent à une TE jugent plus favorablement une évolution descendante (ex : 16-14-13-10). Leur évaluation se fonde sur les notes obtenues aux premiers problèmes, envisagés comme une représentation plus fidèle des capacités réelles de l'enfant considéré. A l'inverse, les adolescents ayant exprimé leur adhésion à une TI accordent plus d'attention aux dernières notes de la série et jugent plus favorablement les évolutions ascendantes (ex : 10-13-14-16).

Émotions

Il existe quelques études qui ont tenté d'identifier les conséquences affectives des théories implicites de l'intelligence. Cury et al. (19) ont démontré que les TI de l'intelligence génèrent des états affectifs d'appétence (intérêt et plaisir ressenti) qui produisent des conduites positives pour l'apprentissage. A l'inverse les TE de l'intelligence induisent un plus grand nombre d'états affectifs d'aversion (tension ressentie, anxiété), qui vont générer des conduites d'évitement.

Dans l'étude réalisée aux Philippines avec 676 élèves (âge moyen 15ans), dont le but était d'examiner comment les théories implicites de l'intelligence sont liées à un plus large éventail d'ajustement et de bien-être, les auteurs ont montré que les TE de l'intelligence étaient des prédicteurs négatifs significatifs de la réussite scolaire et de l'estime de soi. Mais aussi, qu'elles étaient des prédicteurs positifs d'émotions négatives à l'école. Alors que les TI de l'intelligence étaient des prédicteurs positifs de l'estime de soi, de l'harmonie relationnelle, des émotions positives à l'école et de la réussite scolaire (12).

Comme les théories implicites affectent l'apprentissage et la réussite, elles contribuent probablement au bien-être des élèves, car les écoles et la réussite scolaire sont évidemment importantes pour l'autoévaluation et le bien-être des élèves (20).

Comportements

Selon Dweck (21) il semble que les croyances qui concernent la nature de l'intelligence ont un impact très puissant sur le comportement des élèves dans les situations d'apprentissage.

Ceux qui croient en une TE essaient d'éviter les preuves qui suggéreraient qu'ils ne sont pas intelligents. Ils sont concernés par les objectifs de performance. Ils cherchent des occasions de documenter leur intelligence et cherchent à obtenir des jugements favorables tout en évitant les jugements négatifs ou défavorables qui mettraient en doute leurs capacités. (7) Face à un échec, les élèves montrent une faible persévérance. Ils auront tendance à éviter les défis qui risquent de révéler leur incompetence. Il s'agit d'une stratégie d'auto protection, de protection de l'estime de soi (22). Il est possible qu'ils mettent en place des processus par lesquels ils protègent leur estime de soi par le choix d'action ou de situation qui réduisent l'échec et la probabilité de l'attribuer à un manque de capacité (comme « trouver des excuses pour protéger une image de soi menacée »). Face à l'échec, ils présentent des affects négatifs, des stratégies de résolution de problèmes inefficaces et des comportements inadaptés pour le surmonter, en partie parce qu'ils associent l'effort à une faible capacité.

Ils sont moins enclins à accepter ou demander de l'aide face à un échec et anticipent une relative stabilité des performances.

En revanche, ceux avec une TI cherchent des objectifs d'apprentissage et sont soucieux de développer leur intelligence. Il est plus simple pour eux de demander de l'aide ou d'accepter l'aide proposée au décours d'un échec (17).

Les TI protègent les personnes contre les effets négatifs des échecs, en encourageant la poursuite des objectifs, et en permettant ainsi d'atteindre les objectifs plus facilement qu'avec une TE (23). Selon Dweck, ces théories constituent une force motivationnelle dans les situations d'accomplissement scolaire. Comparés aux TE, les TI permettent de se concentrer davantage sur les objectifs d'apprentissage et de consacrer plus d'efforts pour apprendre (24). Avec une TI, ils pensent que l'apprentissage mène à la maîtrise et sont ainsi moins enclins à éviter la difficulté (25).

Performance

Dweck et Henderson, en 1990 (26) ont montré que les théories implicites prédisent la performance scolaire. Ils ont comparé les notes d'élèves en CM2 et leurs notes en 6^{ème}. Les élèves dont les notes faibles en CM2 et faibles en 6^{ème} et ceux qui avaient des notes bonnes en CM2 mais dont les notes diminuaient en 6^{ème}, avaient une TE de l'intelligence. En revanche, ceux dont les notes étaient bonnes en CM2 et bonnes en 6^{ème}, avaient une TI. En effet, à l'entrée en 6^{ème}, le travail scolaire devient plus difficile. La persévérance et les efforts sont plus importants. Donc les élèves qui ont une TI de l'intelligence vont plus faire d'efforts et seront plus persévérants. Ils auront donc de meilleurs résultats scolaires que ceux qui ont une TE.

Les TI de l'intelligence ont prédit le succès scolaire des adolescents (27). Dinger et al en 2013 (28) ont montré un effet positif des TI sur la réussite. Cet état d'esprit semble plus favorable à l'évolution des compétences des enfants. On note une amélioration des résultats plus rapides d'une performance initialement médiocre (29).

3. Peut-on modifier les théories implicites de l'intelligence ?

Dweck nous invite donc à envisager avec l'enfant son intelligence non comme une entité structurelle de sa personnalité, mais comme une propriété émergente de son fonctionnement, sur laquelle il est susceptible d'exercer un contrôle autonome.

Il a été démontré qu'en induisant une TI chez les élèves et les enseignants, les résultats scolaires, les stratégies d'apprentissage et d'enseignement peuvent s'améliorer.

Mueller et Dweck (30) ont démontré qu'il était possible d'induire expérimentalement l'adhésion à une théorie implicite en faisant varier la nature des commentaires fournis. Louer l'intelligence a des conséquences négatives sur la motivation des élèves par rapport aux louanges des efforts. Les auteurs ont demandé aux enfants d'accomplir une tâche puis ils ont complimenté leurs performances et ont analysé les comportements et les attributions des élèves. Les élèves qui ont reçu des compliments sur leur intelligence (« tu es intelligent ») adoptent des buts de performance, c'est à dire centré sur la démonstration d'une compétence normative (« l'élève démontre sa compétence en comparant sa performance à celle de ses pairs »(15)). Après un échec, leurs efforts et leurs performances seront plus faibles. Alors que les élèves ayant reçu des compliments

concernant leurs efforts (« tu as bien travaillé ») adoptent des buts de maîtrise, c'est-à-dire centré sur la maîtrise de la tâche et l'amélioration des compétences (« l'élève établit sa compétence en manifestant des progrès personnels, en comparant sa performance finale à sa performance initiale ») (7-23).

Koestner et al. ont constaté que lorsqu'une TI des capacités est induite, le même effet positif peut être obtenu sur des enfants avec et sans déficience intellectuelle, « les deux groupes choisissant des niveaux élevés de défi et rapportant un grand intérêt et du plaisir à travailler ». Alors qu'ils avaient également montré que les enfants ayant une déficience intellectuelle sont significativement moins susceptibles d'avoir une TI que les enfants sans déficience intellectuelle (32).

Dans le même sens, Cury et al (19) ont utilisé l'induction d'une théorie implicite dans une étude expérimentale avec 96 adolescents. Le but était en partie de valider la relation directe entre la théorie implicite et la performance dans le contexte d'une évaluation de QI. L'hypothèse principale était la suivante : « La théorie incrémentielle (TI), par rapport à la théorie de l'entité (TE), devrait avoir un effet positif sur la performance du test de QI (The Coding test du WISC III, Wechsler, 1996) ». Après avoir terminé le test de codage, les participants ont été confrontés à des manipulations expérimentales. Enfin, ils ont été invités à effectuer le test de codage une deuxième fois. La TI a conduit à de meilleures performances que la TE. La manipulation expérimentale a donc influencé les résultats et une relation positive entre la TI et l'un des tests utilisés pour évaluer cette intelligence a été mise en évidence.

Une étude similaire a été réalisée chez des enfants avec difficultés scolaires (6). Avec ici l'épreuve des codes : subtest de l'échelle de Wescher (WISC III). Les auteurs ont séparé des collégiens de faible niveau scolaire en deux groupes de 14 élèves : le premier groupe avait une induction d'une TI entre les deux tests. Ils évaluaient pour chaque groupe après l'induction (ou l'absence d'induction) l'anxiété et la persévérance (en proposant aux élèves des deux groupes de s'entraîner le temps qu'ils voulaient avant de passer le test final). Les résultats montrent que l'induction d'une TI permet une meilleure performance finale avec moins d'anxiété et plus de persévérance. Ils concluent en disant que « ceci suggère que les élèves en difficulté scolaire peuvent avoir de meilleures performances et des comportements adaptés (forte persévérance, faible anxiété) lorsque la tâche est présentée comme une activité pouvant développer leurs capacités (TI) ».

En outre, des TI peuvent être enseignées. Aronson, Fried et Good (33) ont enseigné à un groupe

d'élèves que l'intelligence est «musculaire» et malléable. Les élèves dans la condition de contrôle ont appris qu'il y avait plusieurs intelligences différentes (« si vous luttez dans un cours, vous pouvez toujours réussir dans un autre cours »). À la fin du trimestre, les membres du groupe d'entraînement malléable (TI) avaient des moyennes pondérées plus élevées que ceux du groupe témoin.

B. Théories implicites de la personnalité et des habiletés sociales

1. Définition

Les théories implicites de la personnalité sont des croyances fondamentales sur la malléabilité des traits des gens. En conséquence, elles jouent un rôle dans la formation des jugements et des réactions face aux comportements des autres et prédisent le degré selon lequel les adolescents vont répondre de façon négative aux victimisations (9) (34).

Depuis les années 1950, les chercheurs ont montré que les théories implicites jouent un rôle dans la compréhension qu'ont les élèves de leur monde social. Les théories implicites donnent un cadre pour interpréter les événements du monde social, que ce soit les échecs sociaux ou les conflits (notamment avec les pairs).

Une théorie de la personnalité de l'entité (TE) est une théorie selon laquelle les traits socialement pertinents des gens (par exemple méchants ou aimables) sont fixes et immuables(5). Une TI de la personnalité est la croyance que les gens ont le potentiel de changer leurs traits. Les deux théories implicites de personnalité, entité et incrémentielle, peuvent créer des visions du monde différentes à travers lesquelles les gens interprètent et répondent aux conflits (8).

2. Conséquences

Cognitions

Les recherches antérieures (35) sont cohérentes en montrant qu'une TE de la personnalité crée un monde psychologique dans lequel le caractère global des gens peut être jugé bon ou mauvais à partir d'un seul comportement.

Les individus qui croient que les traits sont des qualités humaines fixes (TE) pensent que ces traits peuvent être utilisés pour prédire les comportements futurs et que les individus présentent une cohérence comportementale transversale inter-situationnelle. Ils ont des attributions de trait plus fortes et tirent des conclusions plus hâtives d'un comportement (34)(36)(30).

En effet, les études (37)(27)(34) ont montré que les enfants et les étudiants qui détiennent une TE sur les personnalités des autres sont plus critiques et punitifs lorsqu'ils évaluent un malfaiteur. C'est-à-dire qu'après avoir appris une transgression, ils sont plus susceptibles d'accuser le caractère moral et d'imposer une punition plus sévère que ceux qui ont une TI. Lorsque les étudiants pensent

que les traits des gens sont fixes et non modifiables (TE), ils sont plus susceptibles de voir les actes répréhensibles comme découlant des qualités négatives permanentes des malfaiteurs et de voir leurs propres échecs sociaux comme résultant de déficiences personnelles.

Erdley et al. (37) ont constaté que lorsque les élèves éprouvaient un rejet social, ceux qui avaient plus une TE de leur personnalité étaient plus susceptibles de considérer leur rejet social comme une preuve de leur incapacité à se faire des amis (« Je ne suis pas une personne aimable »).

De nouvelles recherches ont montré que les adolescents avec une TE classaient plus facilement le monde social en termes de personnes populaires ou impopulaires. De plus, en jugeant une personne qui a nui à autrui, les participants ayant une TE ont exprimé le désir d'en savoir plus sur les traits d'une personne, tandis que ceux avec une TI prédisaient un désir d'en savoir plus sur la situation de l'événement (29).

Cela peut être illustré par une analyse de la façon dont les théories implicites affectent chaque étape d'un modèle de processus d'adaptation (38). Des personnes dans une TI pourraient demander : quelle était la psychologie de la personne ? Que pensait-il ou ressentait-il ? Qu'est ce qui le faisait agir ainsi ? Ils recherchent des informations qui peuvent les aider à se faire une impression ou expliquer le comportement d'une personne. Dans une TE, en revanche, une personne peut demander : quel genre de personne est-il et comment ses traits ou son passé expliquent son comportement ? (29)(39)

Ceux avec une TI ne font pas d'attributions fortes, ils ont peu de chances de croire que les traits sont de bons prédicteurs du comportement futur et ils sont susceptibles de croire que le comportement d'une personne varie d'une situation à l'autre. Ils cherchent à comprendre les autres, et leurs jugements sont plus spécifiques, plus conditionnels et plus provisoires (37).

Une méta-analyse sur 11 études (N = 1 659) a montré que chez divers adolescents âgés de 13 à 16 ans, une TE sur les traits de personnalité prédisait des biais d'attribution plus hostiles. Le biais d'attribution hostile est la tendance à interpréter la provocation équivoque comme intentionnelle, c'est-à-dire à considérer les actions négatives des autres envers vous comme intentionnelles et hostiles lorsque leur intention n'est pas claire (35). En effet, ceux qui ont plus une TE voient les bons et mauvais comportements des gens comme émanant de traits durables et ils peuvent donc être plus susceptibles de conclure qu'un pair qui les dérange est une mauvaise personne qui les dérange à dessein. Avoir une TE est liée de manière significative à des attributions d'intention hostile dans les 11 études (37)(39).

Selon Plaks, Stroessner, Dweck et Sherman (40), les jugements stéréotypés sont plus forts avec une TE. Par exemple, une étude très récente sur le jugement porté par des professionnels ou non sur des personnes atteintes de trisomie 21 met en évidence que plus ils croyaient en une TE, plus les jugements qu'ils exprimaient étaient négatifs.

Ces types d'attributions de traits fixes, à leur tour, créent la perception que les mauvaises choses qui arrivent à quelqu'un en ce moment ne peuvent jamais changer.

Émotions

Ronnel B. King montre dans une étude (12) que les théories implicites ont des implications sur le bien-être général et l'adaptation d'une personne. Les théories implicites aident à créer des cadres distinctifs que les élèves utilisent pour interpréter et réagir aux échecs dans le milieu scolaire.

Des travaux récents ont étendu la théorie de la personnalité au domaine de l'empathie (41). Une étude avec 1 026 étudiants (42) a montré qu'une faible empathie était plus fortement liée à l'agression sociale pour les individus ayant une TE. Les auteurs retrouvent que les croyances sur la malléabilité de l'empathie modéraient l'association entre l'empathie et l'agression sociale, de sorte que les personnes peu empathiques qui croyaient que l'empathie pouvait être changée (TI) étaient moins enclines à l'agression sociale que ceux qui avaient peu d'empathie et qui croient que l'empathie est un trait fixe (TE).

Les adolescents rapportent des émotions différentes après la victimisation et l'exclusion par des pairs, en fonction de leurs théories implicites. Ceux avec une TE de la personnalité sont plus susceptibles de rapporter des émotions telles que la honte, l'humiliation et la haine (43). Tangney et al. (44) ont montré que ceux avec TI pourraient ressentir plus de culpabilité que de honte pour leur rôle dans un conflit, ce qui pourrait mener à des actions constructives plutôt qu'à des actions agressives.

Une étude a montré l'impact d'un message commun pour les jeunes qui ont été humiliés de type « la vie s'améliore parce que vous pouvez vous évader et déménager à San Francisco ou New York (villes plus tolérantes) ». Ce message a augmenté le désespoir de ces jeunes en laissant entendre que ni les intimidateurs, ni eux ne peuvent changer. Ce n'est que lorsqu'on a dit aux jeunes que les opinions de la société peuvent changer avec le temps, et que leurs pairs peuvent changer, que les jeunes se sentent réconfortés (45).

Dans une étude, une TI permettait de réduire la honte et la haine après un scénario d'intimidation grave, mais ne réduisait pas la colère ou la tristesse (9). Ainsi, une TI ne fait pas oublier l'injustice d'être ciblé en tant que victime. Les victimes sont toujours tristes et en colère. Cependant, une TI aide les adolescents à éviter les émotions destructrices comme la honte et la haine (12).

Comportements

Une étude sur la commercialisation d'un produit simple versus complexe (« en un clic »/ « plusieurs étapes de synchronisations ») a montré que les TI avaient des réactions plus positives que les TE avec une vision plus favorable de l'effort et ils pouvaient considérer un produit complexe comme une opportunité d'apprentissage (46).

Les données suggèrent qu'avec une TI les personnes sont plus susceptibles de pardonner et de faire confiance aux autres qu'avec une TE (47). Ils sont aussi plus susceptibles de suggérer la discussion, la négociation ou l'éducation (34,39,47). Une croyance dans le potentiel de changement (TI) prédit une plus grande focalisation sur le pardon et la réhabilitation chez les enfants et les adultes (14,39,40).

Dans une TI, les adolescents tendent à développer leurs compétences ou leurs relations sociales (49). Ils peuvent affronter des situations socialement difficiles et acquérir plus de compétences amicales ou réparer des relations avec les autres (50)(51).

Yeager et al. (9) ont examiné l'effet des théories implicites de la personnalité sur les réponses des élèves de collège aux expériences personnelles de conflits entre pairs. Ils ont montré que ceux qui avaient plus une TE étaient plus susceptibles d'attribuer les cas de victimisation aux qualités personnelles d'un pair. Cette attribution caractérologique a influencé un plus grand désir de revenir « blesser ou punir » le pair transgresseur.

Rattan et Dweck en 2010 (45) ont trouvé une relation entre une TE et un comportement agressif accru.

Dans une étude publiée pour documenter la relation entre les théories implicites et le désir de vengeance personnelle, les adolescents avec une TE seraient plus enclins à conclure que le délinquant était caractéristiquement une mauvaise personne, à haïr le délinquant, et, pour cette raison, à vouloir se venger (34).

3. Peut-on modifier les théories implicites de la personnalité et des habiletés sociales ?

Yeager et al. (9) ont utilisé une brève expérience pour modifier les théories implicites des adolescents vers une vision plus progressive, et ont montré que la TI réduisait la croyance qu'un pair hypothétique qui les intimidait avait des qualités personnelles négatives. Ceci, à son tour, a réduit le désir de vengeance et apporte des solutions pro-sociales comme éduquer les agresseurs ou leur expliquer les conséquences de leurs actes.

Cette même équipe a procédé à une induction d'une TI qui a réduit les attributions d'intentions hostiles et les désirs agressifs sur une période de huit mois. Cette étude était une expérience longitudinale qui administrait une brève intervention (deux séances en classe) sur la TI et mesurait les attributions d'intention hostile et les désirs de vengeance 8 mois plus tard : les participants du groupe expérimental, qui ont appris au cours du premier mois d'école que les gens ont le potentiel de changer (TI), étaient significativement moins susceptibles de penser que l'intention d'un pair hypothétique était négative à la fin de l'année scolaire, 8 mois plus tard. Ensuite, et peut-être plus important encore, les participants du groupe expérimental ont également montré un désir de vengeance beaucoup plus faible 8 mois plus tard par rapport au groupe témoin (35).

De plus, dans une étude longitudinale, Blackwell, Trzesniewski et Dweck (14) ont montré que l'induction expérimentale d'une TI avait une influence à long terme sur l'adaptation scolaire des enfants. Ils ont séparé 91 élèves dont les résultats scolaires ne différaient pas significativement en deux groupes et ont induit une TI dans un groupe (avec des interventions hebdomadaires de 25 minutes sur une période de 8 semaines). Ils ont évalué les courbes d'évolution des notes de mathématiques des élèves sur deux ans. Le groupe expérimental a obtenu des résultats significativement plus élevés, avec une plus grande motivation que ceux du groupe témoin.

	THEORIE ENTITE	THEORIE INCREMENTIELLE
Performance	Fixe	Malléable
Efforts	Montrent de faibles capacités	Permettent d'améliorer les capacités
Tâche simple	Importance du résultat	Importance des stratégies
Tâche difficile	Évitée, anxiogène	Affrontée, non anxiogène
Résultats	Diagnostic de compétences stables	Diagnostic de compétences instables
Réussite	Indice d'habileté	Efficacité des stratégies
Échec	Indice de faibles capacités	Indice de mauvaises stratégies
Persévérance	Non	Oui
Demande d'aide	Non	Oui
Evitement	Oui	Non
Motivation	Extrinsèque (centrée sur les résultats)	Intrinsèque (centrée sur la maîtrise)
Jugements	Rapides, solides, stéréotypés	Contextuels, malléables, non stéréotypés
Intimidation	Haine/honte	Colère/tristesse
Désir de vengeance	Oui	Non

Tableau I Tableau récapitulatif

C. Origines des théories implicites

Selon Dweck et al. (26) les théories implicites de l'intelligence se développent en fonction des valeurs culturelles dans lesquelles les enfants sont plongés depuis leur naissance.

Lors du développement, chez les plus jeunes, les conceptions statiques ou dynamiques des caractéristiques de la personne portent d'abord sur des dimensions socio-morales très générales (gentillesse/méchanceté) (52). Elles s'affinent ensuite et se différencient durant les années d'école primaire. Elles se cristallisent sous forme de théories systématiques vers l'âge moyen de 10- 11 ans (5).

Smiley et Dweck (13) ont montré des différences chez des jeunes enfants: ils ont proposé à des enfants de 4/5ans 4 puzzles dont 3 étaient irréalisables. Ils leur ont ensuite demandé de choisir l'un des 4 puzzles pour la suite de l'étude. Les résultats individualisent deux groupes : les enfants non persévérants qui ont choisi le puzzle réussi précédemment et les persévérants qui ont choisi un des trois puzzles irréalisables. Les auteurs ont montré que les enfants non persévérants présentaient des comportements, affects et cognitions identiques aux enfants plus âgés qui ont une TE de l'intelligence.

Différents travaux démontrent que les théories implicites de l'intelligence s'élaborent chez l'enfant par un long processus de socialisation et par la confrontation répétée à divers facteurs environnementaux (53).

Plusieurs revues de la littérature mettent l'accent sur une variable décisive : la nature des commentaires reçus par l'enfant en provenance des adultes qui portent un regard sur son fonctionnement (15) mais également de sa propre expérience scolaire qui intègre des informations issues de la comparaison sociale et de ses propres inférences sur ses aptitudes.

Dans l'étude de Heyman (52), les enfants qui ont une conception fixe (TE) de la méchanceté et de la gentillesse avaient reçu plus de critiques et de punitions de la part des adultes. A l'inverse, ceux qui avaient une conception malléable (TI), avaient reçu des compliments sur les aspects positifs de leur travail et des remarques constructives sur les stratégies employées. Cette étude montre bien l'impact de l'environnement social dans le développement de ces croyances.

D'une part, Pretzlik, Olsson, Nabuco et Cruz (54) ont observé que les élèves ont tendance à adopter la théorie implicite de l'intelligence de leurs enseignants et les théories implicites pourraient être d'autre part, une conséquence du choix des éloges des parents.

Les analyses conduites par Bruner (1983) ont depuis longtemps montré que ces commentaires font partie intégrante des conduites d'étayage proposées par les adultes pour accompagner l'enfant en situation de résolution de problème : les adultes contribuent (avec une intention implicite ou explicite) à interpréter pour l'enfant les raisons de sa performance (de ses réussites comme de ses échecs). Par leur récurrence et leur régularité, ils offrent à l'enfant un cadre interprétatif structurant, susceptible d'influencer l'élaboration de ses théories naïves. Un registre de commentaires régulièrement centrés sur les processus de résolution de problème (efforts engagés, stratégies déployées) alimenterait la genèse d'une TI. A l'inverse, un registre de commentaires régulièrement orientés vers les qualités intrinsèques de l'enfant pourrait contribuer à donner naissance aux TE.

Dans une expérience, Cimpian, Arce, Markman et Dweck (2007) ont proposé à de jeunes enfants une réalisation de dessin et leur ont adressé deux types de félicitations selon les groupes expérimentaux : « Tu es décidément *un bon dessinateur* » vs « Tu as vraiment *fait un bon travail de dessin* ». Les données montrent que le simple ajustement du niveau de généralité auquel se situe le commentaire a déjà des effets sensibles sur plusieurs dimensions du rapport de l'enfant au dessin (sa réaction face à un commentaire plus mitigé, sa persistance dans la tâche, sa motivation intrinsèque).

Dans l'étude de Dweck et Kamin (27), 67 enfants de 5 à 6 ans ont réalisé une tâche qui aboutissait à un échec. Ils ont ensuite reçu une des deux styles de critiques suivantes : centrées sur la personne ou centrées sur le processus. Les auteurs ont mesuré la persistance à la tâche, les affects et les auto-évaluations. Avec les critiques centrées sur la personne, les enfants montraient un sentiment d'impuissance face à l'échec et une auto évaluation négative ainsi que moins de persévérance, ils ont tendance à développer une TE de l'intelligence. Alors qu'avec des critiques centrées sur les stratégies employées (le processus), les élèves adoptaient une TI de l'intelligence et montraient plus d'affects positifs.

Koestner *et al.* (1995) (32), comme d'autres auteurs suggèrent que la situation des enfants présentant des troubles spécifiques des apprentissages constitue également une situation à risque

du point de vue de l'orientation de leurs théories implicites (6). Ces troubles désignent des difficultés persistantes et significatives dans l'acquisition d'habiletés scolaires fondamentales (lecture, écriture, calcul) en l'absence de déficience intellectuelle expliquant les retards observés. Speranza et Valeri (55) ont recensé une vaste littérature montrant que l'expérience subjective d'un trouble des apprentissages est susceptible d'affecter en cascade nombre de dimensions constitutives du soi.

Par exemple, ce qui caractérise l'expérience de l'enfant dyslexique est une confrontation durable et répétée au sentiment d'échec en dépit d'efforts parfois considérables investis dans la maîtrise de la lecture et la satisfaction générale des exigences scolaires. Sur la base d'un tel constat empirique des relations entre effort et résultat, il est envisageable que les enfants présentant un trouble dyslexique soient – plus que les autres – enclins à échafauder une théorie naïve de l'intelligence comme une entité peu modifiable (TE), sur laquelle l'effort et l'apprentissage ont peu de prise et d'effets. C'est l'hypothèse qui est faite par une étude (17) comparant les théories implicites élaborées par deux groupes d'enfants : un groupe avec trouble dyslexique et un sans trouble des apprentissages. On remarque, comme attendu, que la supériorité de l'adhésion pour les items TI du questionnaire TIDI (en faveur d'une TI) ne s'observe que pour le groupe contrôle et non pour le groupe dyslexie.

Pour examiner si les croyances implicites sont corrélées avec les variables démographiques, dans l'étude de Hughes (7), les participants ont répondu à un certain nombre de questions concernant leur orientation politique, leur affiliation religieuse, leur appartenance ethnique et leur sexe. Les résultats montrent qu'il n'y a pas de relations entre les croyances implicites et les variables socio-économiques et culturelles.

Dans le même sens, dans son étude sur le désir de vengeance Yeager (9) a montré que les processus reliant une TE au désir de vengeance étaient les mêmes qu'il s'agisse d'un échantillon d'étudiants en Finlande ou d'un groupe diversifié d'élèves fréquentant un lycée public urbain aux États-Unis.

D. Théories implicites en psychopathologie

« Ceux qui croient qu'il est difficile de changer ses émotions signalent plus de détresse psychologique. » De Castella et al (56)

Depuis les propositions initiales de Dweck, plusieurs études ont permis de documenter l'influence que l'adoption d'une théorie implicite est susceptible d'exercer sur diverses dimensions du fonctionnement psychologique.

Compte tenu du rôle central que ces théories semblent jouer dans la dynamique développementale, elles pourraient être impliquées dans l'émergence et l'évolution des troubles psychopathologiques chez l'enfant (57).

Récemment, des études ont commencé à explorer les relations entre les théories implicites et les problèmes de santé mentale chez les jeunes.

Une méta-analyse (58) réalisée en 2015 a montré une association positive importante entre les théories des entités et les problèmes de santé mentale chez les jeunes.

Cette méta analyse met en avant les raisons de penser qu'une association est possible : « Plusieurs modèles ont mis l'accent sur les vulnérabilités cognitives qui présagent de la psychopathologie. Par exemple, selon le modèle cognitif de stress-dépression de Beck (Beck, 1987), les attitudes dysfonctionnelles à propos du moi et du monde peuvent interagir avec des événements de vie négatifs pour exacerber les symptômes dépressifs. Ce modèle peut également aider à expliquer l'apparition de problèmes d'anxiété et de comportement chez les jeunes. Les « événements négatifs » dans ce modèle peuvent inclure diverses expériences de vie, telles que l'exclusion sociale, le stress scolaire ou les conflits parentaux. Ainsi, les TE sur les traits personnels peuvent servir de « vulnérabilité » cognitive face aux événements négatifs de la vie ».

Abramson, Seligman et Teasdale (59) avaient proposé que l'attribution d'événements de vie négatifs à des causes immuables, globales et internes prédispose les individus à des problèmes de santé mentale. Des études empiriques appuient cette théorie (60)(61), en montrant que la tendance négative à évaluer les événements de vie comme résultant d'attributs personnels stables (TE) peut exacerber les symptômes et les troubles de la santé mentale. Par exemple un adolescent, avec une TE, pensera que la dispute avec son ami ou une mauvaise note à l'examen sont dus à des causes internes et stables (c'est-à-dire qu'il ne peut pas devenir plus intelligent, moins fâché ou plus

socialement qualifié). Il peut alors se sentir incapable de contrôler les événements indésirables et être ainsi plus vulnérables à l'anxiété, à la dépression ou aux agressions.

Inversement, les TI peuvent protéger les adolescents des troubles mentaux. En effet, ceux avec une TI pensent qu'ils peuvent progresser dans les différents domaines de la vie et sont ainsi mieux protégés face aux événements négatifs, qu'ils n'attribuent pas à un trait fixe et immuable.

Les effets positifs de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) dans le traitement des enfants et des adolescents atteints de troubles mentaux sont connus. Le traitement par TCC inclut l'entraînement aux techniques de relaxation, les techniques de désensibilisation, la psychoéducation, l'enseignement de capacités d'adaptation, l'apprentissage de nouvelles stratégies, la promotion du self control et des stratégies pour que les parents puissent aider leurs enfants. L'une des interventions les plus importantes de TCC est d'apprendre aux enfants et aux adolescents à identifier et travailler sur leurs pensées négatives qui conduisent à des comportements inadaptés (16).

« Bien que les théories implicites soient supposées stables, elles sont également susceptibles d'être modifiées » (7).

Ainsi, les théories implicites dans un certain nombre de domaines peuvent être des cibles d'intervention prometteuses pour les jeunes confrontés à un vaste éventail de problèmes de santé mentale, comme l'anxiété et la dépression. Former les jeunes à adopter des TI sur leurs traits personnels - leur intelligence, leur personnalité et leur sociabilité - peuvent renforcer leur confiance, leur montrer qu'un changement positif est possible et ainsi augmenter leur investissement dans des stratégies pour gérer les facteurs de stress du quotidien, prévenir ou atténuer la détresse, et développer les compétences nécessaires pour leur permettre une meilleure adaptation.

Dans son livre, *Changer d'état d'esprit* (2010) (62), Carol Dweck explique qu'elle induit une TI dans des buts de recherche de la manière suivante : « Nous leur disons qu'une capacité peut être apprise et que la tâche leur donnera une chance de le faire. Ou nous leur faisons lire un article scientifique qui leur apprend l'état d'esprit de développement ».

1. Trouble anxieux généralisé

Dweck soutient que l'état d'esprit de développement (TI) permet de vivre une vie moins stressante et plus accomplie.

Da Fonseca, Cury, Rufo et Poinso (63) ont montré que la promotion d'une TI était susceptible de diminuer l'anxiété en situation d'évaluation chez des adolescents souffrant de trouble anxieux généralisé (TAG). Le but de l'étude était de tester l'effet de la théorie implicite sur la performance des adolescents atteints de trouble d'anxiété généralisée. Afin de voir si l'effet de la théorie implicite pourrait être utilisé pour améliorer la performance et réduire l'anxiété chez les adolescents atteints de TAG. Les participants dans la condition « TI » ont obtenu de meilleurs résultats que ceux dans la condition témoin. Les participants dans la condition « TI » étaient également moins anxieux. L'induction d'une TI de l'intelligence a conduit à une meilleure performance à un subtest du QI chez les adolescents atteints de TAG. L'induction de la TI se faisait de la manière suivante : « l'expérimentateur a fourni aux participants du groupe « condition incrémentielle » une forme écrite contenant la manipulation de la théorie implicite. Dans de nombreuses études, les scientifiques ont montré que: (1) tout le monde a un certain niveau de capacité, mais il y a beaucoup de façons de le changer, (2) ce type de capacité ne dépend pas de dons (3) si l'on fait un effort, on peut changer son niveau d'habileté, et (4) ce type de capacité est modifiable ».

De nombreuses études ont montré que lorsque les tâches deviennent difficiles, ceux avec une TI semblent ressentir moins d'anxiété (64).

Une étude expérimentale d'Aronson et al. (65) a montré les effets de la manipulation des théories implicites sur l'anxiété et la performance. Les étudiants américains ont passé un test verbal difficile. Avant le test, une partie des participants ont été informés que la capacité testée était très malléable (TI), tandis que les autres ont été informés que cette capacité était fixée (TE). Les étudiants ont signalé plus d'anxiété et ont résolu moins d'items dans la condition TE, alors qu'ils ont signalé moins d'anxiété et résolu plus d'items dans la condition TI.

2. Dépression

Bandura et al. (61) ont démontré l'existence de liens entre les croyances des élèves et la dépression. Le sentiment de ne pas pouvoir contrôler ou de ne pas pouvoir progresser retrouvé chez le dépressif correspond au type de cognitions développées par les élèves ayant une TE.

Les élèves qui ont une TE de l'intelligence interprètent leurs mauvais résultats comme indicateur de leur faible niveau d'intelligence. Ils ont tendance à généraliser ce type de cognitions en jugeant négativement leur capacités globales (« je pense que je suis nulle ») et en s'auto-dépréciant (« je ne vauds rien »). Des auteurs ont montré que ceux sont les mêmes attributions que font les élèves dépressifs (61).

Da Fonseca, Cury, Rufo et Poinso en 2007 (66) ont montré que la TE de l'intelligence constitue un facteur prédictif de la dépression chez l'adolescent en contexte scolaire. Et que l'anxiété est un médiateur de la relation entre la TE et la dépression. 424 sujets volontaires ont participé à cette étude. Les théories implicites, l'estime de soi, la dépression et l'anxiété ont été mesurées. Les analyses montrent un lien significatif entre l'estime de soi et la dépression et entre la TE et la dépression : « La dépression est corrélée positivement à la TE et négativement à la TI ». La dépression en milieu scolaire semble donc en partie déterminée par la croyance selon laquelle les capacités intellectuelles sont fixes et peu modifiables. Je cite cette étude : « La TI permet à l'élève d'interpréter les situations difficiles sans remettre en cause ses propres capacités. Cet état psychologique constitue probablement un facteur de protection contre le risque de troubles émotionnels tels que les troubles anxieux ou dépressifs ». Ils montrent également qu'un élève avec une faible estime de soi a plus de risque de trouble dépressif si sa théorie implicite de l'intelligence est de type entité (TE). A l'inverse, plus sa TE sera faible, moins il aura de risque de développer un trouble dépressif.

Rudolph (49) a constaté que les enfants victimes de violence par les pairs qui ont une TE présentaient plus de symptômes dépressifs que les enfants victimes de violence par les pairs qui ont une TI.

Des interventions telles que celles étudiées par Yeager et al (9), montrent que la promotion d'une TI aide à réduire la dépression et l'agression à court terme.

Dans une autre étude (67), les inductions d'une TI ont montré une diminution de 40% des symptômes dépressifs 8 mois plus tard.

3. Trouble oppositionnel avec provocation

Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) est un trouble psychologique qui se caractérise par des comportements négatifs, hostiles et déviants, qui ont tendance à nuire au fonctionnement des enfants et adolescents (68).

Dans une étude, Da Fonseca et al. (69) ont voulu reproduire et étendre les résultats de l'étude sur les enfants avec TAG (63) chez les enfants avec un TOP.

25 enfants de sexe masculin, âgés de 8 à 11 ans avec TOP ont été inclus puis séparés en deux groupes au hasard : un avec induction d'une TI et un contrôle. Ils ont utilisé exactement le même modèle expérimental que celui utilisé pour les TAG décrit plus haut.

Une augmentation de la performance cognitive (subtest du QI) a été observée chez les enfants atteints de TOP dans le groupe expérimental (TI), mais pas dans le groupe témoin.

Partie II : Application des théories implicites aux patients présentant un syndrome d'Asperger

Comme le soulignent Da Fonseca *et al.* (2004), peu de recherches ont été conduites dans ce domaine chez les enfants présentant des troubles du développement.

L'une des rares études conduites sur la constitution des théories implicites chez des populations d'enfants au développement atypique a été menée par Koestner *et al.* (32). Ces auteurs ont travaillé auprès d'adolescents présentant une déficience intellectuelle légère (dont le QI était compris entre 55 et 75). Ils ont montré en premier lieu que ces adolescents avaient une théorie implicite de l'intelligence plus proche d'une conception statique (TE) qu'un groupe d'enfants d'âge mental équivalent. En second lieu, leur étude a montré que l'induction expérimentale d'une TI de leur compétence modifiait favorablement la tendance de ces adolescents à se confronter à la difficulté et favorisait l'émergence d'une motivation à caractère intrinsèque.

Aucune étude sur les théories implicites n'avait été réalisée sur une population d'adolescents avec trouble du spectre autistique. L'intérêt est de voir dans un premier temps s'ils ont une tendance plus importante à avoir une théorie de l'intelligence de type entité et dans un second d'évaluer l'impact éventuel que cette tendance peut entraîner chez eux.

A. Syndrome d'Asperger

Pour le succès dans la science ou l'art, une pincée d'autisme est essentielle. L'ingrédient essentiel peut être une capacité à se retirer du monde de tous les jours, de ce qui se passe autour de nous et de réfléchir à un sujet en se concentrant sur une spécialité. Hans Asperger

1. Historique et classifications

Hans Asperger, pédiatre viennois, a été le premier à décrire ce syndrome en 1943.

Hans Asperger utilisa en 1944 le terme de « psychopathie autistique » à propos d'un groupe de 4 jeunes garçons chez lesquels il identifia certaines particularités : manque d'empathie, difficultés à nouer des amitiés, conversations à sens unique, intérêt intense pour des sujets spécifiques et mouvements inappropriés (70). Lorna Wing fut la première à employer le terme de syndrome d'Asperger et l'American psychiatric association (APA) reconnut ce diagnostic en 1994 (71). Wood-bury-Smith et Volkmar complètent ce tableau clinique par la présence d'une certaine maladresse motrice et des particularités de langage, ne figurant ni dans le DSM IV (Manuel Diagnostique des Troubles Mentaux ou Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders) ni dans la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies) : prosodie particulière et discours verbeux souvent trop soutenu, à propos d'intérêts restreints ne tenant pas compte de l'interlocuteur, qui concourent à une réduction des interactions sociales réciproques, voire à un isolement social (72).

- DSM (Annexe I)

Dans le DSM IV, le syndrome d'Asperger fait partie des Troubles Envahissants du Développement (TED) et est caractérisé par une altération sévère et prolongée de l'interaction sociale et le développement de modes de comportements, d'activités et d'intérêts restreints, répétitifs et stéréotypés. Le syndrome d'Asperger est souvent appelé autisme à haut niveau de fonctionnement. Le DSM dans sa cinquième version, publiée en 2013 a abandonné la terminologie de TED du DSM IV, pour celle de « Troubles du Spectre de l'Autisme » (TSA). La description clinique a été modifiée, regroupant trouble des interactions sociales réciproques et trouble de la communication.

La notion de spectre autistique renvoie ainsi à l'idée qu'il existe des degrés variables dans l'intensité et l'apparition des symptômes, allant d'un handicap qui peut être très lourd, avec une absence totale de communication et des troubles associés importants, à l'existence d'une relative autonomie associée à des capacités intellectuelles parfois hors norme(73)(74). Le DSM V définit le trouble du spectre de l'autisme (TSA) comme un trouble neurodéveloppemental se traduisant par des altérations des interactions et de la communication sociales ainsi que par des comportements répétitifs ou des intérêts restreints. Trois degrés de sévérité sont identifiés, allant de léger (peu de soutien requis) à sévère (soutien requis important). Cette nouvelle version n'utilise plus le terme de « syndrome d'asperger ». « Le syndrome d'Asperger ne disparaît pas mais change d'appellation. » Il est inclus dans le *trouble du spectre de l'autisme*, ses particularités étant précisées au moyen de spécificateurs (« sans déficit intellectuel » et « sans retard de langage »). Le trouble sera désormais désigné comme une forme légère de trouble du spectre autistique. Ainsi, dans le DSM V, parmi ceux qui recevaient un diagnostic de syndrome d'Asperger : 91% reçoivent maintenant un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme, 6% de trouble de la communication sociale et 3% d'un autre trouble non autistique (3).

- CIM (*Annexe 2*)

En France, les professionnels de santé doivent se référer à la CIM 10.

La Classification Internationale des Maladies (CIM 10), publiée par l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) en 1993 utilise la terminologie de « Troubles Envahissants de Développement ». Ce terme a été utilisé pour la première fois en 1980 dans la troisième édition du DSM, puis repris par le DSM IV et la CIM 10.

Cette terminologie est venue remplacer celle de « psychose spécifique de l'enfance », avec la volonté de caractériser l'autisme en le différenciant des psychoses.

La CIM 10 utilise un système catégoriel, et différencie six catégories différentes de TED, dont le Syndrome d'Asperger.

Ces classifications donnent une définition des TED/TSA, en décrivant les comportements observables, et en proposant des critères diagnostiques bien définis : présence d'un nombre de symptômes supérieur à un certain seuil et ce, dans plusieurs domaines distincts.

CIM-10 (1992)	DSM-IV(1994)	DSM-5 (2013)
Troubles Envahissants du Développement (En 1993) :	Troubles Envahissants du Développement (En 1996) :	Troubles du Spectre Autistique (En 2013)
Autisme infantile	Trouble autistique	Trouble du Spectre Autistique dont trouble autistique, troubles désintégratifs de l'enfance, <i>syndrome d'Asperger</i> et TED non spécifié
Troubles désintégratifs de l'enfance	Troubles désintégratifs de l'enfance	
<i>Syndrome d'Asperger</i>	<i>Syndrome d'Asperger</i>	
TED non spécifié (dont autisme atypique)	Autisme atypique TED sans précision	
Syndrome de Rett	Syndrome de Rett	Syndrome de Rett
Troubles hyperactifs avec retard mental et stéréotypies	<i>Pas d'équivalence</i>	<i>Pas d'équivalence</i>
<i>Pas d'équivalence</i>	<i>Pas d'équivalence</i>	Trouble de la communication sociale (pragmatique)

Tableau II Évolution de l'autisme à travers les différentes classifications et place du syndrome d'Asperger

2. Prévalence

Il n'existe pas de données stables sur le taux de prévalence du SA.

La prévalence de ce trouble est extrêmement variable d'une étude à l'autre.

Ainsi, les données chiffrées ne sont pas uniformes ; en Europe, la prévalence des TSA serait de 1% et aux États-Unis, on parle même de 1/66. On estime que le syndrome d'Asperger représente environ 10% des TSA. Par conséquent, 1 personne sur 1000 présenterait un syndrome d'Asperger. Toutefois, certaines études tiennent compte d'un spectre plus large et indiquent une prévalence plus élevée.

Selon l'étude épidémiologique publiée sur le syndrome d'Asperger chez les enfants de 7 à 16 ans, la prévalence du SA est de 0,36% et celle des cas suspects de syndrome d'Asperger de 0,7% (75). Depuis quelques années, les Asperger sont de mieux en mieux reconnus et diagnostiqués, mais il reste de nombreuses personnes pour qui le diagnostic n'a pas été posé, notamment parmi les adultes.

Comme pour les autres troubles autistiques, les garçons sont plus facilement identifiés que les filles. Chez celles-ci, les difficultés sociales sont plus discrètes et souvent le diagnostic de SA n'est pas envisagé. Le sexe ratio varie de 4 à 7 garçons pour 1 fille selon les études.

3. Comorbidités

Les symptômes mentaux courants du SA comprennent la dépression, l'anxiété, et l'anxiété sociale, (76)(77). Les personnes atteintes de SA présentent des niveaux de symptômes dépressifs beaucoup plus élevés que la population générale (78). Les obsessions et les compulsions sont également fréquentes dans les syndromes d'Asperger (79).

La prévalence des troubles anxieux est de 16,6 % en population générale et de 20 % chez les adolescents avec un développement typique. La prévalence de ces troubles chez les adolescents

avec un syndrome d'Asperger étant de 42 %, elle est supérieure au double de celle des adolescents sans TSA. (46).

Selon une récente revue de littérature, la prévalence des troubles anxieux a fortement augmenté, chez les adolescents avec un TSA-SDI : 13,6 % en 2000 contre 42 % en 2010 (80).

Les personnes atteintes de syndrome d'Asperger éprouvent souvent des difficultés d'attention et de concentration, et des problèmes de gestion du changement conduisant à une extrême aversion pour toute situation nouvelle. L'anxiété peut mener à un état d'agitation associé à un désarroi et à un comportement imprévisible (81).

Dans une étude réalisée au Japon en 2011 (3) sur 668 patients adultes avec plaintes et/ou des problèmes soupçonnés des fonctions sociales et des compétences de communication dont 99 avec SA, il a été montré que ceux avec SA avait plus d'humeur dépressive, d'anxiété, de labilité émotionnelle, d'hypersensibilité, de confusion dans de nouveaux environnements, d'agitation épisodique, de symptômes obsessionnels et compulsifs, d'idées de persécution, et d'insomnie que le groupe sans SA.

Dans une étude suédoise sur la mortalité, le suicide a été identifié comme la principale cause de décès prématuré chez les personnes atteintes de TSA n'ayant pas de troubles d'apprentissage concomitants, le risque global de décès par suicide étant neuf fois plus élevé que dans la population générale (82).

4. Habiletés sociales

Les habiletés sociales sont un ensemble des comportements verbaux et non verbaux (comme le contact visuel) qui permettent des interactions sociales de qualité. Elles permettent une acceptation par les autres et l'intégration dans un groupe de pairs.

Pour les jeunes avec SA, les troubles des interactions sociales sont au cœur de la symptomatologie. Ils se manifestent par des attitudes de retrait du groupe des pairs et l'absence de participation aux

jeux collectifs.

Les personnes atteintes de SA manifestent des limites claires quant à leurs capacités à prendre part à la communication réciproque et montrent un manque de compréhension des règles de communication et de conduite non écrites (83). Ces personnes ont été décrites comme socialement intrusives ou maladroitement, posant souvent des questions inappropriées, se rapprochant trop des autres et/ou restant à l'écart (84). Sans surprise, ces limitations empêchent souvent les personnes atteintes de SA d'établir des relations sociales significatives (83).

Il existe des particularités marquées dans leur perception de l'environnement, qui induisent une façon différente d'interagir avec le monde.

Ses particularités semblent être associées avec un déficit dans trois principaux processus cognitifs : la théorie de l'esprit, les fonctions exécutives et la cohérence centrale (85).

La théorie de l'esprit est la capacité qu'a un sujet de se mettre à la place de l'autre et ainsi de donner un sens à ses comportements et les prévoir. Les personnes avec SA peuvent être perplexes ou anxieuses devant les comportements d'autrui, souvent imprévisibles, car il leur est difficile d'utiliser la théorie de l'esprit à des fins d'interprétation ou d'anticipation.

Les fonctions exécutives recouvrent les habiletés d'organisation, de planification, la mémoire de travail, l'inhibition et le contrôle des impulsions, la compréhension de concepts complexes ou abstraits [8]. Chez les sujets avec SA, les difficultés s'expriment notamment par un défaut d'autocontrôle et d'anticipation des conséquences de leurs comportements.

Les personnes avec SA rencontrent aussi des difficultés pour intégrer des données de façon à obtenir une vue d'ensemble cohérente et globale : elles ont tendance à se focaliser sur les détails. La théorie du défaut de cohérence centrale propose notamment une explication à certains phénomènes comme l'hyper focalisation sur un élément du visage (la bouche) au détriment de tous les autres indices procurés par les communications non verbales (86).

De nombreux auteurs (87,88) s'accordent à dire que les troubles des interactions sociales caractéristiques du syndrome d'asperger serait la conséquence de l'incompréhension des émotions d'autrui. En effet, les enfants ou les adolescents présentant un SA sont souvent désorientés par les émotions d'autrui qu'ils ne savent ni décoder ni interpréter. Il semble évident qu'aucun de ces

modèles ne peut expliquer à lui seul toute la symptomatologie du syndrome d'Asperger. Loin d'être exclusifs, ces modèles sont probablement complémentaires et pourraient expliquer l'hétérogénéité de cette symptomatologie.

B. Étude clinique : Rôle des croyances chez des adolescents avec syndrome d'Asperger

Cette étude corrélacionnelle se propose de définir les théories implicites des habiletés sociales, les stratégies d'évitement, la persévérance, l'anxiété sociale, la compétence perçue, la solitude, et la satisfaction de vie sociale des adolescents présentant un syndrome d'Asperger en les comparant à des sujets normaux. Nous émettons l'hypothèse selon laquelle le SA génère d'autant plus de difficultés sociales qu'il est associé à une TE. Les adolescents Asperger devraient démontrer des TE des habiletés sociales plus importantes que les sujets contrôles. Nous nous attendons également à mettre en évidence chez ces mêmes sujets des stratégies d'évitement plus fréquentes, une forte anxiété sociale, une faible compétence perçue, une solitude plus importante et une faible satisfaction de vie.

Ce travail devrait permettre de valider une approche nouvelle et complémentaire des difficultés sociales chez les adolescents Asperger. Cette approche cognitivo-sociale devrait en effet aider les parents et les enseignants à mieux appréhender des comportements sociaux parfois incompréhensibles. Elle devrait également leur permettre une meilleure sensibilisation aux facteurs motivationnels trop souvent négligés dans cette pathologie. Ainsi, une attention particulière sur la manière de présenter différentes tâches pourrait optimiser les comportements et les performances sociales de ces adolescents.

A notre connaissance, il n'existe pas de travaux centrés sur l'identification des théories implicites impliquées dans le syndrome d'Asperger.

1. Objectifs

Evaluer les théories implicites des habiletés sociales chez les adolescents Asperger et identifier les liens entre ces théories et différentes variables motivationnelles (compétence perçue, anxiété sociale, satisfaction de vie, solitude, stratégies d'évitement et persévérance).

2. Méthodologie

L'étude a été réalisée en 2011.

Nous ne ferons pas de distinction entre le syndrome d'Asperger et l'autisme de haut niveau.

Participants

Les participants sont âgés de 11 à 16 ans. Les filles et les garçons sont recrutés, malgré la forte incidence du syndrome d'Asperger chez les garçons, afin de respecter la réalité clinique (89). Le groupe clinique (groupe TSA) comprend 57 patients avec un diagnostic de syndrome d'Asperger, en accord avec le DSM IV (*Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders; American Psychiatric Association; 1994*). Le groupe contrôle (groupe CTR) comprend 53 participants. Les caractéristiques autistiques ont été éliminées dans ce groupe lors d'une évaluation avec un pédopsychiatre à l'aide d'entretiens diagnostiques semi-structurés selon les critères de classification du DSM IV (Kiddie SADS : Schedule for affective disorders and schizopénia for school-age children, Puig-antich et al. 1978).

Caractéristiques

Tous les patients inclus dans l'étude sont âgés de 11 à 16 ans. La moyenne d'âge dans le groupe TSA est de 13 ans et 7 mois ($ET= 1,8$) tandis qu'elle est de 13 ans et 5 mois ($ET= 1,2$) dans le groupe CTR. Les deux groupes sont appariés selon leur âge chronologique, mais aussi leur sexe (7 filles dans chaque groupe). Aucun des patients ne présentent un retard mental. Le QI (verbal et de performance) était supérieur à 85 chez tous les participants. Les adolescents sont tous issus d'une classe sociale moyenne ou supérieure.

Questionnaires (Annexe 3 et 4) :

Echelle TIDI (Théories Implicites De l'Intelligence) modifiée pour les relations sociales

Il s'agit de l'échelle principale de l'étude, permettant de mesurer les théories implicites des habiletés sociales. Une étude de validation de l'échelle a été menée par Da Fonseca et al (90) auprès de collégiens français âgés de 11 à 16 ans. Elle a permis de mettre à l'épreuve les qualités psychométriques de l'outil (validité, consistance interne, fidélité temporelle). Les auteurs se sont inspirés des questionnaires utilisés par Dweck et ses collaborateurs pour développer cet outil

d'évaluation en langue française. Cet auto-questionnaire se compose de 8 items répartis en 2 sous-échelles mesurant la TE des habiletés sociales (ex : « c'est difficile de changer ses capacités à avoir des amis ») et la TI des habiletés sociales (ex : « on peut avoir des amis si on fait des efforts »). C'est l'adolescent qui répond au questionnaire en exprimant successivement son degré d'accord avec chacune des 8 propositions du questionnaire par l'intermédiaire d'une échelle en 7 points variant de 1 « Pas du tout d'accord » à 7 « Tout à fait d'accord » (type Likert). Le score total est obtenu en additionnant le score réalisé par le sujet sur la sous-échelle mesurant les TE et en inversant les notes obtenues à chaque item de la sous-échelle TI de sorte que les huit items mesurent la TE Totale.

L'inventaire de motivation intrinsèque (IMI) (Cury et al.) (91)

Une sous-échelle de cet inventaire sert à évaluer la compétence perçue dans les relations sociales. La compétence perçue correspond à « la représentation du sujet sur sa propre habileté à résoudre le problème posé » (Dweck 1988, (92)). Cette sous-échelle est composée de deux items (ex : « je pense que j'ai de bonnes capacités sociales »). Les élèves devront se positionner en répondant à des échelles de type Likert en 7 points : (1) « Pas du tout d'accord », (7) « Tout à fait d'accord ».

Echelle d'anxiété sociale de Liebowitz (EASL ou Liebowitz Social Anxiety Scale) (93)

Auto-questionnaire évaluant l'anxiété et l'évitement selon deux sous-échelles, portant sur des situations d'interactions sociales et des situations de performance. Sa version française a été validée en 1999 (94). Elle comprend 24 items communs à l'anxiété et à l'évitement. Pour l'anxiété, l'échelle va de 0 (aucune) à 3 (sévère) alors que pour l'évitement, elle va de 0 (jamais) à 3 (habituel). Les valeurs seuils sont : phobie sociale : 67,2 (27,5) en moyenne ; phobie sociale modérée : 55-65 ; phobie sociale marquée : 65-80 ; phobie sociale sévère : 80-95 ; phobie sociale très sévère : > 95.

Echelles d'évitement et de persévérance

Ces échelles mesurent les stratégies d'évitement (8 items) et la persévérance (4 items). C'est l'adolescent qui répond au questionnaire en exprimant successivement son degré d'accord avec chacune des propositions du questionnaire par l'intermédiaire d'une échelle en 7 points

variant de 1 « Pas du tout d'accord » à 7 « Tout à fait d'accord » (type Likert).

Échelle de solitude de U.C.L.A. (University of California, Los Angeles)

La solitude a été mesurée par la traduction française de la version révisée de Russel et al.(95). Elle sert à identifier le niveau de solitude des sujets. Elle se compose de vingt énoncés auto-descriptifs (ex : « Il n'y a personne vers qui je peux aller ») où le répondant doit indiquer la fréquence d'apparition d'un sentiment spécifique de solitude dans sa vie, sur une échelle de 1(jamais) à 4 (souvent). Ainsi, le score d'un sujet peut varier de 20 (haut niveau de solitude) à 80 (bas niveau de solitude).

Echelle de satisfaction ou Satisfaction With Life Scale (SWLS) de Diener et al. (96)

Auto-questionnaire qui estime la satisfaction de vie. Cette échelle est validée et fiable avec les adolescents (97). Elle évalue en 5 items la satisfaction générale de la vie et le bien-être subjectif. Il s'agit du propre jugement de l'individu sur sa qualité de vie. L'enfant exprime successivement son degré d'accord avec chacune des 6 propositions du questionnaire (ex : en général, mes relations d'amitié correspondent de près à mes idéaux) par l'intermédiaire d'une échelle en 5 points variant de 1 « Pas du tout d'accord » à 5 « Tout à fait d'accord » (type Likert).

Procédure

Les adolescents Asperger sont recrutés au sein des unités d'évaluation de quatre Centres de Ressources Autisme (Marseille, Nice, Montpellier, Grenoble). Ils ont tous déjà eu une évaluation diagnostique grâce à un examen clinique, la passation de l'ADOS (Lord et al. 1999) et de l'ADI-R (ADI : Autistic Diagnosis Interview-Revised 1991), une évaluation neuropsychologique incluant l'évaluation du fonctionnement intellectuel avec la WISC-IV, ainsi qu'un bilan psychomoteur. Les adolescents contrôles ont été tirés au sort à partir de la liste des élèves d'un collège partenaire de l'étude (Collège Sylvain Menu).

Le profil motivationnel des adolescents a été évalué de la même façon pour les sujets des deux groupes expérimentaux en remplissant les auto-questionnaires (décrits ci-dessus) mesurant les théories implicites des habiletés sociales, l'anxiété sociale, la compétence perçue, la solitude, la satisfaction de vie sociale, la persévérance et les stratégies d'évitement. La passation s'est faite de

manière individuelle en présence d'une psychologue durant environ 30 minutes. Un consentement éclairé a été recueilli auprès de chaque adolescent ainsi qu'auprès des parents ou représentants légaux. Un neuropsychologue a réalisé une évaluation du niveau cognitif (QI), à l'aide de tests standardisés tels que le WISC IV (1995) pour tous les participants de l'étude. L'expérience a adhéré à la Déclaration d'Helsinki et les procédures ont été approuvées par le comité d'éthique local.

Analyse statistique

Les données ont été saisies sur le logiciel Excel. L'analyse statistique a été effectuée avec le logiciel SPSS 20.0.

Une analyse comparative des sujets a été réalisée entre les deux groupes sur les variables sociodémographiques disponibles et sur les mesures de profil motivationnel, à l'aide du tests *t de Student*. Des tests de *corrélation de Pearson* étaient réalisés dans un second temps.

Le seuil de significativité retenu pour l'ensemble des tests était de 5%.

3. Résultats

Les résultats, décrits dans le tableau III, indiquent que dans le groupe Asperger, la compétence perçue ($t(109)=4,70$; $p<0,0001$) et la satisfaction de vie ($t(109)=4,72$; $p<0,0001$) sont plus faibles que dans le groupe contrôle alors que la solitude ($t(109)=7,23$; $p<0,0001$), les stratégies d'évitement ($t(109)=5,48$; $p<0,0001$) et l'anxiété sociale ($t(109)=2,97$; $p<0,004$ pour l'anxiété et $t(109)=3,70$; $p<0,0001$ pour l'évitement) sont plus importantes. Aucune différence significative n'a été retrouvée pour les théories implicites des habiletés sociales et pour la persévérance entre les deux groupes.

Les coefficients de corrélation entre la théorie entité totale et les différentes mesures sont présentés dans le tableau IV.

L'analyse de corrélation dans le groupe Asperger, a montré les corrélations suivantes :

La théorie entité est corrélée négativement avec la compétence perçue ($r=-0,275$; $p<0,05$) et avec la satisfaction de vie ($r=-0,323$; $p<0,02$). Elle est corrélée positivement avec la solitude ($r=0,31$; $p<0,03$) et avec l'anxiété sociale ($r=0,37$; $p=0,006$). Nous ne retrouvons pas d'autres corrélations significatives entre les autres mesures de profil motivationnel et les théories implicites.

La compétence perçue est corrélée négativement avec la solitude ($r=-0,81$; $p=0,0001$), les stratégies d'évitement ($r=0,36$; $p=0,007$) et avec l'anxiété sociale ($r=-0,30$; $p=0,030$ pour l'anxiété et $r=-0,30$; $p=0,32$ pour l'évitement). Elle est corrélée positivement avec la satisfaction de vie ($r=0,66$; $p=0,0001$) (cf. Tableau IV).

	TSA (N=57)		CTR (N=53)		
Sexe					
Filles	N=7		N=7		
Garçons	N=50		N=46		
	Moyenne	ET	Moyenne	ET	p =
Age	13,7	1,8	13,5	1,2	
TI Incrémentielle	5,05	1,09	4,83	1,31	0,332
TI Entité	3,64	1,20	3,37	1,04	0,209
TE TOTAL*	3,30	0,79	3,27	0,98	0,886
Compétence perçue	4,16	2,02	5,64	1,15	0,000
Persévérance	5,22	1,26	5,40	0,98	0,427
Evitement	2,94	0,71	2,25	0,60	0,000
Solitude	53,79	12,07	68,13	8,29	0,000
Satisfaction	4,39	1,68	5,66	1,06	0,000
Anxiété sociale/Anxiété	26,74	13,96	19,32	12,24	0,004
Anxiété sociale/Evitement	30,04	11,27	22,30	10,53	0,000

*TE = TI Entité + inv(TI Incrémentielle)

Tableau III Résultats des statistiques descriptives (moyennes et écart types, ET) obtenus pour chaque questionnaire dans les deux groupes

	TE TOTAL	Compétence perçue
TE TOTAL	1,0000 p= ---	
Compétence perçue	-0,275 p=,046	1,0000 p= ---
Persévérance	-,1023 p=,466	,3641 p=,007
Evitement	-,0461 p=,743	-,0345 p=,806
Solitude	-,3052 p=,026	,8137 p=,000
Satisfaction	-,3234 p=,018	,6604 p=,000
Anxiété sociale/Anxiété	,3733 p=,006	-,2982 p=,030
Anxiété sociale/Evitement	,3325 p=,015	-,2951 p=,032

Tableau IV Matrice de corrélation entre la théorie entité totale, la compétence perçue et les autres variables étudiées

4. Discussion

Nous avons dans cette étude mesuré les théories implicites des habiletés sociales d'adolescents avec syndrome d'Asperger afin de déterminer leur profil motivationnel dans les situations sociales et d'évaluer l'impact que ce profil peut avoir sur l'adolescent.

Nous avons retrouvé dans le groupe d'adolescent avec syndrome d'Asperger, une **anxiété sociale** plus importante que dans le groupe contrôle. La fréquence élevée de la comorbidité anxieuse chez les personnes avec SA est connue (42 %) (80). Pour certains auteurs (98), le trouble d'anxiété

sociale trouverait en partie son origine dans les expériences sociales aversives vécues. C'est ce que nous retrouvons dans le cas du SA, où les adolescents, du fait de leur difficultés, sont souvent exposés à des échecs sociaux.

Les stratégies d'évitement sont plus importantes dans le groupe TSA. Cela peut être associé à l'anxiété sociale. En effet, si l'anxiété sociale est trop intense, elle peut amener la personne à éviter les contacts sociaux ou les situations de performance. L'anxiété sociale engendre alors un cercle vicieux dans lequel la personne qui s'isole devient la cible d'un rejet réel par ses pairs car l'isolement est perçu comme un comportement déviant (99).

Les résultats montrent aussi une **solitude** plus grande dans le groupe TSA. Ces résultats vont dans le sens de la littérature. Il est connu que les personnes avec SA ont des difficultés majeures à la fois dans les connaissances socio-affectives et dans les interactions sociales entre pairs et en groupe (100). De plus, ces difficultés atteignent une signification particulière durant l'adolescence à la lumière de la solitude rapportée (reflétant la motivation sociale) et des taux élevés de troubles affectifs tels que l'anxiété et la dépression(90-91).

L'étude réalisée au Japon citée plus haut, montre qu'en ce qui concerne les antécédents de vie, le groupe avec syndrome d'Asperger présentait des taux significativement plus élevés pour l'intimidation à l'école, la non-fréquentation scolaire, le retrait social et le manque d'amitiés. Elle montre également pour ce groupe des taux significativement plus bas pour l'emploi et le mariage (3).

L'étude d'Hedley et al (2018) a suggéré que la solitude chez des jeunes avec TSA pourrait être un facteur de risque de dépression et de pensées auto-agressives (103). D'autre part, des études antérieures ont établi que les enfants autistes ont une mauvaise compréhension de l'amitié. En particulier, Bauminger et al.(101) ont observé que les enfants autistes avaient tendance à fonder leur conception de l'amitié des individus sur la proximité physique. L'étude de Summer Bottini (2018) (104) a montré que la motivation à développer des amitiés était significativement plus faible dans le groupe TSA mais pas absente. La création des relations d'amitié ressort comme un défi majeur pour favoriser une inclusion scolaire réussie et la construction d'une estime de soi satisfaisante, y compris pour des enfants autistes (105).

Nous retrouvons dans le groupe d'adolescents avec SA une **satisfaction de vie** plus faible que dans le groupe contrôle. Dans la littérature, il n'y a pas de recherche sur la satisfaction de vie des adolescents avec SA. Ces données montrent une réelle souffrance chez ces jeunes.

Cela souligne le besoin d'interventions pour les aider à développer leurs connaissances théoriques et pratiques sur le plan socio-affectif. Les thérapies pro-sociales existent (en individuel ou en groupe) et visent l'apprentissage des habiletés nécessaires pour comprendre l'environnement social. Ces programmes sont très disparates car ils ont pour but d'améliorer un éventail varié d'habiletés sociales telles que la communication non verbale (identification et expression des émotions, contact visuel, prosodie), la communication verbale (habiletés conversationnelles, politesse...), la résolution de problème, ou la théorie de l'esprit. A notre connaissance, ces thérapies ne tiennent pas compte des théories implicites de chacun.

Nous nous attendons à retrouver une théorie de type entité (TE) plus importante dans le groupe TSA, or nous ne retrouvons pas de différence significative entre les deux groupes pour les théories implicites des habiletés sociales. Ces résultats peuvent être surprenants. En effet, il est connu que chez les enfants en difficulté (par exemple avec TAG, TOP ou des troubles des apprentissages) les TE sont plus fréquentes (22,68,106). L'absence de supériorité de TE dans notre étude pourrait être due à un nombre de sujets insuffisant ou un manque d'authenticité dans le remplissage des auto-questionnaires du fait d'une désirabilité sociale qui peut apparaître à l'adolescence chez les jeunes avec SA. Il s'agit d'un biais qui consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs afin de ne pas être stigmatisé socialement et d'être conforme aux attentes sociales (107).

Il serait d'ailleurs intéressant de développer un outil de mesure implicite des théories implicites afin d'éviter ce biais.

En revanche, les résultats de l'étude corrélationnelle au sein du groupe Asperger montrent une influence significative du type de théorie implicite sur la qualité de vie de ces jeunes. Nous avons constaté qu'une TE, soit un état d'esprit fixe, conduit à une plus grande **anxiété sociale** chez les adolescents avec SA.

Ces résultats sont en accord avec la méta-analyse sur les théories implicites (58) réalisée en 2015 qui a montré une association positive importante entre les TE et les problèmes de santé mentale chez les jeunes (dont l'anxiété et la dépression). En effet, une TE est associée à plus d'anxiété chez

les sujets sans trouble du développement. Nos résultats étendent ces données aux jeunes avec un trouble autistique.

Par ailleurs, nous retrouvons une moins bonne **satisfaction de vie** lorsque les adolescents ont une TE élevée. Dans la littérature, la satisfaction de vie est définie comme «une évaluation globale de la qualité de vie d'une personne selon ses critères choisis» ou «un processus de jugement cognitif dépendant d'une comparaison de ses circonstances avec ce qu'on pense être une norme appropriée » (96,108). Notre étude démontre donc que cette satisfaction est aussi dépendante des théories implicites. Plus le sujet asperger pense que ces habiletés sociales sont fixes plus sa satisfaction de vie sera faible. Les croyances sur leurs propres habiletés sociales semblent bien avoir un impact sur la satisfaction de vie des sujets Asperger.

Le niveau de la TE est également corrélé au niveau de **solitude** dans le groupe TSA. Ici aussi, notre étude démontre l'impact majeur d'une croyance implicite sur un élément aussi important que le sentiment de solitude. Au-delà de leurs difficultés sociales réelles, leurs propres croyances sur la malléabilité des capacités sociales semblent également influencer leur niveau de solitude. Nous savons que les amitiés sont importantes tout au long de la vie, mais il est largement admis qu'elles sont particulièrement importantes à l'adolescence (109). Au cours de l'adolescence, les amitiés deviennent de plus en plus intimes et favorables, et ont toujours été associées positivement aux indices d'ajustement et d'estime de soi (110).

Nos résultats mettent également en avant l'importance de la **compétence perçue** chez les adolescents Asperger. Plus elle est grande, moins on retrouve de stratégies d'évitement, de solitude, d'anxiété sociale et plus grande est la satisfaction de vie. La compétence perçue est la capacité que les adolescents perçoivent de leur compétence, c'est à dire de leur capacité à affronter une situation sociale. Elle peut orienter les individus vers le succès ou l'échec (111). Ce facteur motivationnel n'est pas documenté chez les personnes avec SA dans la littérature actuelle. Nous avons aussi montré que la compétence perçue est plus faible dans le groupe Asperger et qu'elle est corrélée aux théories implicites. En effet une TE est associée à une plus faible compétence perçue. Nous pouvons en conclure que l'action sur les théories pourrait améliorer la compétence perçue et par la suite les autres facteurs motivationnels qui lui sont associés tel que l'anxiété sociale et la solitude.

Conformément à la proposition de Dweck, la TI contribue à faire passer l'attention d'une vision négative de son potentiel à une vision positive, elle enseigne que les gens ont le potentiel de changer leurs caractéristiques socialement pertinentes, peu importe leur âge, dans les bonnes conditions et avec le bon soutien. Alors qu'une TE remet en question le fait que vos traits fixes sont à la hauteur de la tâche de réussir socialement (5).

Par conséquent, former les jeunes avec syndrome d'Asperger à adopter des TI plutôt que des TE sur leur sociabilité pourrait renforcer leur confiance qu'un changement positif est possible et augmenter leur investissement dans des stratégies pour gérer les stress quotidiens, prévenir ou atténuer la détresse, en développant les compétences nécessaires pour améliorer leurs interactions sociales.

Plusieurs études ont montré que l'induction d'une TI est possible et bénéfique. Par exemple, Yeager et ses collègues (35) ont montré que de brèves interventions ont aidé les adolescents à développer davantage des théories implicites incrémentielles de la personnalité et ont réduit la dépression et l'agression à court terme. De la même manière, Da Fonseca et al (63) ont montré que la promotion d'une TI était susceptible de diminuer l'anxiété en situation d'évaluation chez des adolescents souffrant de trouble anxieux généralisé. Des recherches futures pourraient donc explorer l'applicabilité de telles interventions aux jeunes avec SA.

Une prise en charge TCC (Thérapies Cognitivo-Comportementales) pourrait mettre à disposition des enfants et adolescents SA avec une TE des stratégies pour modifier leur mode de fonctionnement et induire une TI.

Actuellement, la recherche sur l'efficacité des TCC chez les sujets avec SA donne des résultats hétérogènes. Selon une étude récente (2016) (112), un groupe d'habileté sociale qui utilise des techniques TCC a permis une amélioration des compétences sociales chez des adolescents avec SA. Les études de Bauminger (101,113) suggèrent que ces groupes peuvent potentiellement réduire les déficits de la cognition sociale chez les enfants avec SA. Sofronoff (114) a aussi rapporté des succès avec des programmes qui utilisent des stratégies cognitivo-comportementales pour gérer les comportements difficiles chez les enfants atteints de SA.

En effet, si les protocoles traditionnels d'une TCC ne sont pas forcément adaptés aux enfants et adolescents avec TSA, il existe des stratégies pour adapter cette thérapie à cette population. Ainsi, certains auteurs recommandent une approche plus concrète et flexible avec une simplification de

l'information, tels Reaven et al. (115) avec un renforcement visuel (dessin, vidéo, photographie) et la prise en compte des centres d'intérêts spécifiques de l'enfant.

Les différents résultats retrouvés dans cette étude invitent les professionnels impliqués dans la prise en charge des adolescents avec SA à être attentifs aux conceptions naïves que forment ces adolescents sur leur fonctionnement social. Compte tenu de leur expérience scolaire et de leur caractéristiques, ces enfants sont amenés à régulièrement faire le constat qu'ils ont des difficultés relationnelles. La TI des habiletés sociales pourrait finalement devenir une stratégie utile pour améliorer une partie des conséquences des difficultés sociales chez ces adolescents.

Il serait maintenant intéressant de démontrer qu'au-delà des difficultés instrumentales réelles connues chez les adolescents présentant un SA, la manière de présenter la tâche joue également un rôle capital sur la performance finale. En d'autres termes de démontrer qu'il est possible de modifier expérimentalement les théories implicites des sujets SA pour une TI. Et que cela induirait des niveaux de performance significativement plus élevés avec une anxiété sociale moindre.

De plus, nous savons que la nature des commentaires reçus par l'enfant en provenance des adultes qui portent un regard sur son fonctionnement joue un rôle dans la conception des théories implicites. (15). Ainsi, les études futures pourraient évaluer l'utilité d'une participation accrue des parents et d'une collaboration active des enseignants chez des enfants avec SA plus jeunes que ceux présents dans notre étude. En effet, une action préventive pourrait être encore plus efficace que les stratégies cognitives utilisées secondairement. Par exemple en complimentant les efforts fournis, la stratégie mise en place et non les qualités intrinsèques de la personne.

Il est certainement important de continuer à documenter l'impact des théories implicites sur les conséquences émotionnelles et comportementales de ces attributions.

Les résultats de cette étude doivent tenir compte de certaines limites. Il est possible qu'en termes de critères de diagnostic actuels, certains enfants de cette étude puissent remplir les critères d'une classification alternative telle que le trouble de la communication sociale (116).

Toutes les données ont été recueillies en un seul point de temps en utilisant uniquement des questionnaires d'auto-évaluation, ainsi nos résultats peuvent être vulnérables. En effet ils peuvent dépendre de « l'humeur du moment » et sont subjectifs. En revanche, la présence d'une

psychologue durant la passation leur permettait d'avoir les informations nécessaires pour les items incompris.

Malgré ces limites, les résultats ont révélé des liens solides entre les TE et l'anxiété sociale, la solitude et la satisfaction de vie chez les adolescents avec SA suggérant leur potentiel comme cibles pour les interventions en santé mentale de ces jeunes.

Partie III : Cas Cliniques

Deux patients ayant participé à l'étude en 2011 sont décrits ci-dessous. Ils ont été choisis selon leur profil motivationnel de 2011, l'un avait une TE forte, Paul et l'autre une TI prédominante, Jimmy.

Nous pouvons examiner les résultats de la variable principale, les théories implicites des habiletés sociales (TIDI) en les mettant en lien avec la symptomatologie clinique.

Je les ai tous les deux rencontrés en 2018. Les prénoms ont été modifiés.

A. Paul

Présentation du patient :

Paul est un jeune homme de 19ans, avec un diagnostic de syndrome d'Asperger.

Lors de l'inclusion dans l'étude, il avait 12 ans. Il avait été adressé au CRA de Marseille par son pédopsychiatre pour une suspicion d'autisme.

Il est fils unique et vit avec ses deux parents. Son père est gestionnaire en informatique et sa mère travaillait dans une parfumerie.

Aucun antécédent familial de trouble autistique n'est connu.

La grossesse par procréation médicalement assistée a été marquée par des difficultés psychiques. L'accouchement a eu lieu à terme par voie basse non instrumentale, avec une adaptation néonatale de qualité et des suites de couche simples.

Paul est décrit par sa mère comme un bébé calme.

Il a acquis la marche à un an sans passer par l'étape du 4 pattes. Il était capable de produire quelques mots à un an et demi (« jargon bizarre »). Ses parents l'ont compris à partir de ses 2ans et demi puis très rapidement il fait des phrases correctes et bien construites. La propreté a été acquise avant l'entrée en maternelle.

Histoire de la maladie :

Les premières inquiétudes parentales étaient apparues alors que Paul avait un an, à l'entrée en crèche. Paul ne portait pas d'attention aux enfants de son âge, et ne répondait pas à l'approche des autres enfants. Il présentait aussi une hypersensibilité au bruit. A deux ans, les parents repèrent une intolérance à la frustration avec une auto-agressivité.

Il a rencontré plusieurs pédopsychiatres et psychologues avant d'être adressé au CRA où le diagnostic de SA est posé après la réalisation d'un bilan spécifique (examen clinique, ADOS, ADI-R, bilan neuropsychologique, bilan psychomoteur) à ses 11 ans.

Il est pris en charge en psychopédagogie de ses 11 à ses 14ans : « long mais productif ». Une psychoéducation lui a permis de comprendre les différents aspects de « son problème ». Meilleur contrôle de ses impulsions agressives au décours.

Il participe à un groupe habiletés sociales de 15 à 17ans : c'est un « moment pour se retrouver avec des personnes similaires » avec des débats et des jeux.

« On est tous sur la même longueur d'onde ». « C'était du pur bonheur, il y avait une parfaite entente entre nous ».

Il n'a actuellement aucune prise en charge et cela semble avoir un impact négatif sur son humeur et son anxiété.

Scolarité et habiletés sociales :

L'entrée en maternelle se passe bien, elle est marquée par une première relation amicale de qualité qui perdure aujourd'hui. Il présente tout de même des troubles du comportement à type de repli et d'auto agressivité en situation d'échec ou de trop grande stimulation sonore. On note un retard des acquisitions graphiques.

En deuxième section de maternelle, un décalage important entre la lecture et l'écriture est présent puisqu'il sait déjà bien lire mais est en retard pour l'écriture.

Sa maman raconte qu'il a appris à lire tout seul en regardant « Des chiffres et des lettres ».

Une AVS (auxiliaire de vie scolaire) vient l'aider. Il est exclu de la cantine devant des crises clastiques quand il y avait du bruit ou qu'il n'arrivait pas à faire quelque chose. La maman parle de « crise de colère devant l'échec ».

Ses problèmes d'écriture ont persisté à l'école primaire ainsi que son auto-agressivité.

Il n'est jamais invité aux anniversaires de ses camarades de classe et les rapports avec eux sont de plus en plus conflictuels.

En CE2, CM1 et CM2 il n'a plus d'AVS et se fait exclure régulièrement pour la journée suites à des crises clastiques ou des rixes avec ses camarades. Il m'explique durant l'entretien, que les autres avait compris qu'il était facile de l'énervé et de faire en sorte qu'il soit puni et ils ne s'en privaient pas. « J'étais plus instable que les autres donc je m'énervais plus vite »

Ses résultats scolaires sont bons hormis pour l'écriture. Paul souffre d'une anxiété de performance et a une forte tendance à se dévaloriser.

Ses mauvais bulletins ne lui permettent pas d'aller dans le même collège que son ami.

Dans son collège, des mesures sont mises en place pour le mettre à l'écart des autres afin d'éviter les harcèlements et les bagarres.

Il est dans une classe avec aucun enfant qu'il connaît et une salle est à sa disposition dans la maison de la gardienne. Il y passe toutes ses récréations. Il est fréquemment harcelé par ses pairs et notamment par Loïc qui est son persécuteur principal. Beaucoup de ses camarades se moquent régulièrement de lui, par exemple, ils se moquent de son cartable à roulette que Paul trouve cependant bien pratique !

En fin de 6^{ème} le diagnostic de SA est posé et il commence la 5^{ème} avec une AVS et un ordinateur. L'ordinateur lui permet de compenser sa dysgraphie et facilite beaucoup son travail durant les cours et les contrôles.

Il demeure toujours très harcelé. Il raconte l'épisode où Loïc a pris une photo de lui en train de se taper contre un poteau et la mise sur Facebook avec un commentaire « poteaophile » et beaucoup de ses camarades se sont moqués de lui. Événement négatif marquant pour Paul, suivi de violents comportements hétéro-agressifs.

Quand je lui demande de me raconter tous ses épisodes de bagarre, il me répond tristement « la liste est extrêmement longue, on en a jusqu'à ce soir ». Il précise ne jamais avoir provoqué l'autre et emploie souvent le terme d'« harcèlement ».

Il s'est retrouvé à deux reprises convoqué à la gendarmerie suite à des plaintes d'autres élèves. La première fois après une bagarre et la seconde fois il s'agissait d'une fausse plainte pour l'embêter d'après ses dires.

Sa difficulté à se contrôler et son intolérance à la frustration entraînent une exclusion du cours de sport (« je suis nul en sport ») et du cours de technologie. Il est également interdit de sortie en bus, il raconte : « les autres m'ont beaucoup énervé avant l'arrivée du bus en se moquant de moi. Je suis rentré contrarié dans le bus et je me suis disputé avec le chauffeur ».

La situation s'améliore un peu en 3^{ème}, « le casse-noisette » n'était plus dans la même classe. Moins d'harcèlement. Réintégration des cours de sport. L'AVS est toujours présente. Ses camarades de classe sont « plus amicaux ».

Ses résultats ont baissé progressivement de 12 en 6^{ème} à 8 de moyenne en 3^{ème}.

IL conclue cette partie en ajoutant : « Collège et fin de primaire : pires périodes de ma vie ! »

Au lycée, l'AVS est toujours en place, il décrit moins de disputes avec les autres élèves. Comportement à type de retrait et d'isolement.

En première, il a une moyenne de 8, il dit avoir « abandonné ses efforts au second trimestre » et change de lycée pour entrer dans une classe S.T.M.G. (Science Technique Management Gestion). Amélioration de l'humeur et meilleure adaptation sociale (« le bonheur » : dit-il). Il est nettement moins harcelé, et arrive à répondre avec « cynisme » aux remarques de ses camarades. Son niveau est toujours relativement bas mais il réussit son bac S.T.M.G.. Il précise qu'il était très anxieux à l'idée de passer le bac.

Durant toute sa scolarité, Paul avait des cours à domicile (4h/semaine).

Sur le plan des loisirs, il intègre les scouts à 14 ans : dès la première il a une altercation avec un autre scout qui l'aurait pris pour cible. Il raconte que le non-respect des règles et les mensonges dans son groupe lui étaient insupportables. Il n'a d'ailleurs pas pu faire les vœux de fin de camp. D'autre part, il fait du théâtre depuis qu'il a 9 ans et est entré au conservatoire. Il adore et se trouve bon dans ce domaine.

Il aime beaucoup lire. Il n'a pas un intérêt restreint unique, il adore les jeux vidéo, les mangas et le cinéma. Il parle de ses sujets avec des personnes sur internet qui partagent les mêmes passions. Il raconte spontanément avoir essayé le golf et s'être tapé avec le club suite à une mésentente avec la prof. Et ajoute : « A force de répéter les échecs sans arriver à comprendre on finit par s'énerver »

Il souhaite travailler dans les métiers du livre (bibliothèque, documentation).

Après le bac il souhaitait intégrer l'I.U.T. Métiers du Livre à Aix mais il rate l'oral alors qu'il avait validé l'écrit. Il raconte avoir été en décalage avec les autres étudiants (« j'étais le seul en costard, ils étaient presque en tong »)

Il est actuellement en licence d'histoire à Aix, il n'a aucune interaction sociale. Il a essayé de choisir des matières qu'il préfère mais est très peu motivé à travailler.

Evaluation clinique actuelle :

Paul a un bon contact, il prend le temps de raconter son histoire. Il présente des particularités dans la communication verbale et non verbale : il cherche ses mots et semble avoir des difficultés à articuler. Il utilise beaucoup d'expressions et son langage est soutenu. Concernant les comportements non verbaux, le regard est fuyant, les expressions faciales sont limitées. Le sourire social est présent bien qu'il semble forcé.

Ses interactions sociales sont limitées à un ami qu'il voit régulièrement. Il est difficile pour Paul de faire une demande, d'interpeller les autres quand il ne va pas bien ou quand il a besoin de quelque chose.

Concernant les relations amoureuses, on sait qu'elles sont largement intégrées au système exploratoire des adolescents. Pourtant, Paul, bien qu'aussi concerné par les changements pubertaires, aborde très difficilement la sexualité et l'amour. Il n'envisage pas de relation amoureuse : « Je vois difficilement l'intérêt d'une relation amoureuse et je ne souhaite à personne de sortir avec moi ». Il ajoute : « J'ai du mal à draguer » et raconte avoir « légèrement essayé » au collègue et avoir abandonner après plusieurs échecs...

Sur le plan de l'humeur, Paul est triste et souvent au bord des larmes. Il ne voit pas d'issue et a une vision très pessimiste de l'avenir. Il n'a pas d'idées suicidaires actuellement mais cela lui est déjà

arrivé au collège, sans jamais passer à l'acte. Quand je lui parle de dépression, il me répond que c'est un « état latent continu ». Il décrit une sensation de vide intense. Un trouble important de l'estime de soi et des conduites d'autopunitives complètent ce tableau. Il n'a ni aboulie, ni apragmatisme. Un sommeil et un appétit de qualité sont conservés.

Sur le plan de l'anxiété, Paul a une phobie de la pluie. Celle-ci semble secondaire à une hypersensibilité cinesthésique : « je ne supporte pas être mouillé ».

Son hyperacousie a déjà été abordée, elle est source d'anticipation anxieuse : Paul est très angoissé à l'idée de se retrouver dans un environnement bruyant. Je note des conduites d'évitement secondaire à cette anxiété : Paul refuse d'accompagner sa mère dans les grandes surfaces pour faire des courses ou s'acheter des habits.

Il se fait souvent craquer les doigts mais je ne retrouve pas d'obsession associée.

Je l'interroge sur sa vision de l'échec : il considère chaque échec comme une interprétation de sa personne, un jugement catégorique de ses qualités, « le témoin de ma nullité ». Après un échec, il éprouve de la déception, de la frustration. « J'ai peu d'échec qui m'ont apporté quelque chose de positif ». Il craint tellement l'échec, qu'il se protège avec des stratégies d'évitement, comme ne pas trop travailler et ne pas stresser avant un examen afin que l'échec ne soit pas le reflet de ses réelles capacités (ce qu'il fait actuellement pour la préparation de son second entretien pour l'I.U.T.). « Je n'ai pas forcément le droit à l'erreur ».

Il persiste des difficultés au niveau relationnel avec les jeunes et avec les adultes, des difficultés de compréhension des subtilités langagières. A la maison, Paul dit tout ce qu'il pense, il peut être blessant. Ses parents essaient de faire de l'humour pour le sensibiliser mais il ne comprend pas toujours. Il a alors tendance à être tendu et à s'isoler plutôt que de demander des explications.

Ses résultats à l'échelle TIDI mesurant les théories implicites des habiletés sociales montrent un état d'esprit fixe avec un haut score pour la théorie de type entité en 2011 et en 2018. Connaissant son attrait et sa facilité pour la lecture, je lui propose de lire le livre de Carol Dweck « *Changer d'état d'esprit* ». Lorsque nous en parlons, il me dit qu'il se positionne clairement dans « l'état d'esprit pessimiste, voir cynique ». Il a le sentiment que certaines choses peuvent s'améliorer

« mais quand même j'ai du mal à y croire » ajoute-t-il. Il y attache de l'intérêt et se sent concerné, il s'applique à « étudier » chaque point abordé dans le livre avant de passer au suivant.

Je le reçois un jour avec son papa, qui fait part de son inquiétude sur la solitude de son fils. Il le dit en permanence enfermé dans sa chambre, ne sortant que pour les repas. Paul est réticent aux dires de son père. Ils ne partagent aucune activité ensemble.

Paul, me confie par la suite qu'il est très en colère contre son père sans savoir vraiment pourquoi. Il parle aussi d'une relation conflictuelle entre ses parents dont il préfère éviter la discussion.

Lors d'un entretien, je lui propose une séance d'hypnose qu'il accepte volontiers. Je lui demande de fixer le point de son choix après m'être assurée qu'il était bien installé. Il ferme rapidement les yeux et relâche son visage. Il préfère m'informer avec son doigt des étapes où il en est plutôt qu'en parlant. Lorsqu'il est en état de trans hypnotique, soit hyper suggestible, je lui propose de penser que les capacités sont modifiables. Et que lui comme les autres peuvent évoluer. A la fin de la séance il prend le temps de bien s'étirer. Il est souriant : « c'était agréable », et ajoute : « c'est un environnement pour une fois plaisant où je peux penser à rien ». Il est fier de lui d'avoir réussi à mettre ses pensées au second plan alors qu'il n'avait jamais pu. « Habituellement je réfléchis un peu trop, j'ai mille pensées dans la tête ». Durant la séance je lui ai proposé de se débarrasser de certaines pensées négatives envahissantes, il reprend ce moment en disant : « relâcher le négatif, ça a l'air d'avoir fonctionné ». Il se demande si cet effet peut durer : « Ça peut se régénérer ? » « Difficile à dire si j'ai lâché complètement mais ça fait du bien, même un instant ». Questionné sur l'avenir durant l'état hypnotique, il rapporte ensuite : « c'est une zone sombre avec juste un petit chemin lumineux ». Il finit l'entretien en parlant des séances de cinéma auxquelles il est allé cette semaine (4 en tout) : plutôt des films tristes mais cela lui a permis de réfléchir sur lui-même et il a apprécié ces moments. Il n'est alors pas dans la dévalorisation. Il termine l'entretien souriant et fier de lui.

Lorsqu'on se revoit, Paul est motivé à se remettre au travail : « Je me remets dans le bain ». Il me reparle de la petite luminosité qu'il avait vu dans la zone d'ombre concernant son avenir lors de la séance d'hypnose : « c'est l'I.U.T. ». Il a vraiment envie de réussir mais il se plaint de sa vision trop pessimiste des choses : « Je ne retrouverais jamais mon insouciance, mais déjà voir un peu

plus positif me plairait... ». Nous nous lançons dans une seconde séance d’hypnose sur ce thème avec des suggestions sur la vision positive. Je lui demande de remarquer les détails positifs de son monde imaginaire et cela est agréable pour lui.

Après la séance il dira que c’était « apaisant » et qu’il a pu voir du positif. Il se sent prêt à essayer au quotidien.

Ses résultats (cf. Tableau V) :

Paul a rempli les auto questionnaires à deux reprises : en 2011 au moment de l’étude et en 2018 au décours de notre première rencontre.

Ses réponses montrent une théorie de type entité ou fixe (TE) prédominante, sans différence entre les deux périodes. Il a le score minimum pour la compétence perçue puisque les résultats peuvent aller de 2 à 14 et il a 2 en 2018 comme en 2011. La satisfaction est bonne, ainsi que son niveau de persévérance, ce qui n’est pas en accord avec la clinique actuelle. En revanche sa forte anxiété sociale correspond tout à fait à sa description passée et actuelle. Elle a augmenté en 7 ans et est associée à une augmentation des stratégies d’évitement. Son sentiment de solitude a également augmenté.

		Paul	
		2011	2018
	Moyenne TI Incrémentielle	4	4,25
	Moyenne TI Entité	4,25	5
	Moyenne TE Total	4,125	4,375
	Moyenne compétence perçue	2	2
Persévérance	Stratégies d’évitement (Persévérance)	15	19
Evitement	Stratégies d’évitement (Evitement)	22	30
Solitude	Solitude	39	43
Satisfaction	Satisfaction	14	25
AS/Anxiété	Anxiété sociale/Anxiété	32	52
AS/Evitement	Anxiété sociale/Evitement	32	40

Tableau V Profils motivationnels de Paul en 2011 et en 2018

B. Jimmy

Présentation du patient :

Jimmy est un jeune homme de 22 ans ayant été diagnostiqué du syndrome d'Asperger. Lors de l'inclusion dans l'étude, il avait 15 ans. Il est accompagné par sa mère.

Il est né au Guatemala et a été adopté à ses 2 ans.

Il a une sœur de 20 ans qui a aussi été adoptée et qui est née en Colombie.

Ses parents sont retraités, son papa était ingénieur et sa maman travaillait dans l'informatique, ils vivent ensemble avec leurs deux enfants.

Nous n'avons pas d'information sur ses antécédents familiaux, les conditions de la grossesse, de l'accouchement et sur son développement durant ses deux premières années de vie.

Histoire de la maladie :

Les premières inquiétudes parentales sont apparues après l'entrée en maternelle. Il présentait une marche maladroite, un retard de langage et il n'avait pas acquis la propreté. Il a produit ses premières phrases à 4ans et la propreté est acquise à 5ans. Il a toujours des troubles de l'articulation. Jimmy a une hyperacousie depuis tout petit, sans autre trouble sensoriel et des rituels comme celui de raconter plusieurs fois sa journée en détail.

A 8ans, Jimmy est amené par sa mère en consultation voire un médecin de rééducation fonctionnelle devant ses difficultés d'écriture et son « air désarticulé » lorsqu'il courrait. Une dyspraxie avec dysorthographe est alors diagnostiquée.

Durant 5 années consécutives il bénéficie d'un suivi orthophonique, orthoptique, et en psychomotricité. Jimmy commence une prise en charge pédopsychiatrique à ses 15 ans du fait de son isolement. Le diagnostic de syndrome d'Asperger est posé après la réalisation d'un bilan spécifique (examen clinique, ADOS, ADI-R, bilan neuropsychologique). Il participe durant les 3 années qui suivent à un groupe des habiletés sociales qui s'accompagne d'une prise en charge psychologique individuelle. Il est alors rassuré de ne pas être seul, se sent moins angoissé et plus libéré. Ce qu'il dit aujourd'hui du groupe : « c'est formidable, on a tous le même problème », « très bonne entente dans le groupe ».

Il n'a actuellement aucune prise en charge et préfère attendre d'avoir un travail, un appartement et d'être stable, avant de reprendre un suivi psychiatrique.

Scolarité et habiletés sociales :

L'entrée en maternelle se passe bien sans anxiété de séparation, il est très vite isolé, « dans son monde ». Il n'avait aucune interaction sociale et ne répondait pas à l'approche des autres enfants.

A l'école primaire, il est isolé mais respecté par ses pairs. Bon en lecture, il a néanmoins un retard important en écriture.

Sa mère a été obligée de diminuer son temps de travail afin de l'aider dans les apprentissages. Toutes les leçons sont reprises à la maison et Jimmy bénéficie d'un ordinateur à l'école.

Une amélioration des résultats est remarquée en fin de primaire. Ce qui vaut comme remarque de la part de Jimmy : « Quand on adapte ça marche ! ».

Au collège, Jimmy garde la même distance avec ses pairs. Il n'a jamais été harcelé et raconte que si un camarade commençait à l'embêter, un autre ou plusieurs venaient le défendre.

Une auxiliaire de vie scolaire (AVS) le soutient à partir de la 5^{ème} et ses résultats sont dans la moyenne. Un professeur au dernier trimestre remarque : « Excellent parcours au collège avec une nette amélioration progressive du niveau ».

Il redouble la classe de première S et passe son bac S.

Sur le plan des interactions sociales, après son bac Jimmy commence à développer des « amitiés virtuelles » par internet. Il rencontre une fille de cette manière et tombe amoureux : « on se comprenait sans se parler », « j'ai découvert des nouveaux sentiments que je ne connaissais pas du tout comme l'amour et la jalousie ». Ses émotions ont été difficiles à gérer et l'histoire s'est mal terminée. Mais Jimmy semble avoir appris de cette relation et n'est pas abattu.

« J'ai souffert un peu de solitude, donc je sais que ça peut être difficile pour d'autre ». Il raconte ne pas toujours se rendre compte quand quelqu'un ne va pas bien mais que s'il le remarque il aime apporter son soutien.

Face à l'échec, Jimmy dit être déçu et rajoute « ça arrive », il en parle avec sa mère et garde confiance, « je n'ai jamais perdu la combativité », et « je suis toujours motivé » « Il n'y a plus rien d'impossible » Et rajoute en plaisantant : « A part la haute couture à cause de ma dyspraxie ».

Sur le plan des loisirs, il aime la guitare, il en fait depuis qu'il a 12 ans : « je sais ce que je sais faire et ce que je ne sais pas faire et j'essaie de trouver des solutions pour m'améliorer »

Il aime lire et lit très vite. Il présente un intérêt restreint pour le monde de Disney, va sur des forums et aime rédiger des critiques à ce sujet. « Je m'en foutais de savoir si j'allais savoir le faire et si j'allais avoir de bons retours mais j'en avais juste envie ». Il fait des recherches approfondies pour ses critiques et se pose beaucoup de questions. Il essaie de rendre la critique plus vivante, en mettant des émotions qu'il « ne ressent pas forcément pour accrocher les gens ». Il est surpris par les bons retours.

Il vient de passer un BTS informatique dans une école dans laquelle il était interne. Il partageait sa chambre avec quelqu'un, la relation était bonne, bien qu'il restât toujours seul.

Il aimerait travailler dans l'informatique comme sa mère. Et son projet idéal serait de travailler à Disney pour « faire rêver les autres », « même si je suis en arrière-plan et que personne ne me connaît, moi je le saurais ».

Evaluation clinique actuelle :

Jimmy a un bon contact. Il a des difficultés à articuler et utilise, comme Paul, assez souvent des expressions ou métaphores toutes faites pour s'exprimer. La conversation réciproque est difficile à établir (besoin de sollicitations, réponses laconiques, voir absentes). Il aborde plus spontanément ses sujets de prédilection (le monde de Disney) mais avec un manque visible de réciprocité. L'utilisation du langage dans sa dimension purement sociale (bavardage) est possible avec ses amis virtuels, par l'intermédiaire de l'ordinateur uniquement. Il peut avoir des questions et des commentaires inappropriés sur le plan social.

On retrouve aussi une communication non verbale sous-investie. Il a des expressions faciales parfois décalées par rapport à la situation (rires en réaction à des remarques neutres), qui peuvent

gêner la bonne lecture de son état émotionnel. Le décodage, l'expression et la gestion des émotions sont altérés. Il a des difficultés au niveau de la reconnaissance des émotions et de l'expression de ses propres émotions. Tel un adolescent Asperger, il a du mal à comprendre les mensonges, les métaphores, l'implicite, l'ironie et l'humour.

Sur le plan émotionnel, Jimmy se dit heureux. Il explique que les fortes émotions négatives sont difficiles à contrôler. Parfois, il écoute une musique adaptée et cela l'aide à aller mieux.

Il a eu son permis de conduire et actuellement il cherche un emploi. La recherche d'emploi est difficile mais pas d'angoisse ni de tristesse associées. Satisfait de son CV au vu de ses difficultés. « Même si j'ai un handicap, je vais trouver ». Il s'occupe en prenant des cours d'anglais et en faisant des exercices afin de rester à jour sur ses connaissances. Se sent soutenu par ses parents et cela compte beaucoup pour lui.

Il a aujourd'hui un désir d'indépendance. Et précise que si le changement est trop brutal il « sera perdu », mais si les choses se font progressivement « échelon par échelon, c'est comme ça que j'ai réussi » « on a réussi des choses qu'on aurait jamais pensé au début ».

« Si je me sens capable de le réussir, il n'y a rien qui est impossible ».

Il est souriant, il rit beaucoup durant l'entretien.

Ses résultats (cf. Tableau VI) :

Comme Paul, Jimmy a rempli les auto questionnaires à deux reprises : en 2011 au moment de l'étude et en 2018 au décours de notre première rencontre.

Ses résultats montrent une TI prédominante sur les deux années. Sa compétence perçue est toujours faible. Les stratégies d'évitement (22/40) et la persévérance (25/28) sont quasiment inchangées et en faveur d'un bon profil motivationnel avec des évitements limités et une bonne persévérance. Il se sent moins seul et plus satisfait, ce qui va dans le sens de la clinique actuelle. Pour l'anxiété sociale, son score n'a pas évolué et est bas, peu en faveur d'un trouble.

		Jimmy	
		2011	2018
	Moyenne TI Incrémentielle	6,75	6
	Moyenne TI Entité	3,75	3,5
	Moyenne TE Total	2,5	2,75
	Moyenne compétence perçue	4,5	5
Persévérance	Stratégies d'évitement (Persévérance)	25	25
Evitement	Stratégies d'évitement (Evitement)	23	22
Solitude	Solitude	44	34
Satisfaction	Satisfaction	27	30
AS/Anxiété	Anxiété sociale/Anxiété	20	22
AS/Evitement	Anxiété sociale/Evitement	20	20

Tableau VI Profils motivationnels de Jimmy en 2011 et en 2018

C. Discussion autour des cas

Les réponses aux questionnaires dans l'étude réalisée en 2011 (cf. Tableau VII) montrent une croyance de type TE pour Paul et de type TI pour Jimmy. Ces théories sont associées pour chacun à des profils motivationnels différents avec pour Paul une plus forte anxiété sociale, ainsi qu'une faible satisfaction de vie, persévérance et compétence perçue. Alors que Jimmy, avec sa TI, a une anxiété sociale plus faible ainsi qu'une meilleure satisfaction de vie, persévérance et compétence perçue (cf. Tableau VIII). Le niveau de solitude est plus important pour Jimmy. Cela peut être en lien avec sa motivation à avoir plus de relations, contrairement à Paul qui n'envisage pas que les choses puissent changer.

	2011	
	Paul	Jimmy
Moyenne TI Incrémentielle	4	6,75
Moyenne TI Entité	4,25	3,75
Moyenne TE Total	4,125	2,5
Moyenne compétence perçue	2	4,5
Stratégies d'évitement (Persévérance)	15	25
Stratégies d'évitement (Evitement)	22	23
Solitude	39	44
Satisfaction	14	27
Anxiété sociale/Anxiété	32	20
Anxiété sociale/Evitement	32	20

Tableau VII Tableau comparatif des profils motivationnels de Paul et Jimmy en 2011

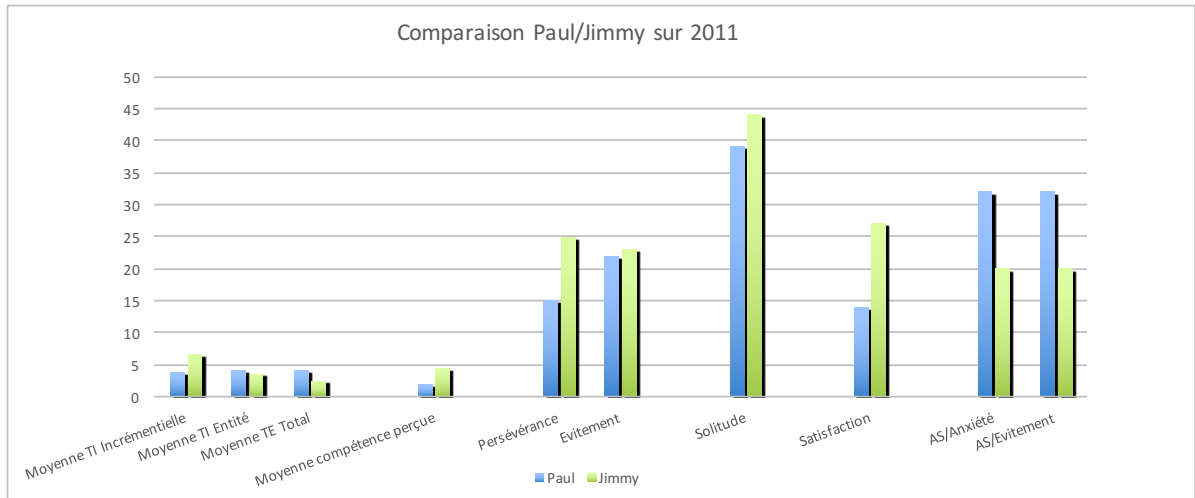


Tableau VIII Comparaison des profils motivationnels de Paul et Jimmy en 2011

L'étude de ces deux cas montre des différences présentes dès la petite enfance, qui peuvent être mise en lien avec les connaissances actuelles sur les théories implicites.

Dans la première partie de ce mémoire, il est montré que face à l'échec, les jeunes sujets avec une TE présentent des affects négatifs, des stratégies de résolution de problèmes inefficaces et des comportements inadaptés pour les surmonter, en partie parce qu'ils associent l'effort à fournir à une faiblesse de leur capacité. C'est ce qui est retrouvé chez Paul dès la maternelle avec des comportements auto-agressifs et des émotions négatives face à l'échec. Des crises clastiques sont en effet fréquentes au cours de sa scolarité dès lors qu'il n'arrive pas à faire ce qui lui est demandé, par exemple en cours de sport. Il a des troubles internalisés secondaires avec des pensées négatives de type « je suis nul » et des troubles externalisés de type crises clastiques ou auto-agressivité, avec des conséquences négatives de ses comportements telle une exclusion de cours.

Pour Jimmy, à l'inverse, l'échec n'est pas générateur de crise ou d'affect négatif trop important. Pour exemple, sa réaction suite à son premier échec amoureux est constructive. Ses réactions face aux échecs est assez typique d'une TI, et cela semble l'avoir aidé à poursuivre ses efforts et à arriver là où il en est actuellement.

D'autre part, cette étude de cas est en accord avec l'étude de Dweck et Henderson (26) qui montre que les enfants avec une théorie de type entité (TE) fournissent moins d'efforts au collège et ont

des résultats qui baissent contrairement à ceux avec une théorie de type incrémentielle (TI) qui vont se stabiliser ou s'améliorer. Paul a des résultats qui baissent lorsque les difficultés augmentent alors que Jimmy améliore ses résultats au cours du temps. Cela démontre bien la valeur qu'il donne à ses efforts. Pour lui les efforts sont bénéfiques et les choses peuvent évoluer. Paul, au contraire, dit « abandonner ses efforts » lorsque ses résultats ne sont pas assez bons, en particulier en classe de première. Chez lui existe une faible persévérance en concordance avec la littérature actuelle montrant que la TE est liée, en générale, à une faible persévérance. De plus, Paul s'énerve et ne cherche pas à comprendre, il n'est pas sensible à l'humour : demander serait-il perçu comme un signe de faiblesse ?

L'investissement de Jimmy dans l'écriture critique d'épisodes de Disney, sans en attendre un résultat, sans souci d'être jugé et en étant centré sur la stratégie rappelle l'étude de Da Fonseca et al (15) sur les buts d'apprentissage selon les théories : avec une TI on remarque plus de but de maîtrise et moins de performance. A noter que grâce à cet état d'esprit, Jimmy devient réellement compétent dans ce qu'il fait.

Les violences envers ses pairs et les désirs de vengeance constatées chez Paul à partir de l'école primaire vont dans le sens de l'étude de Yeager et al. (43) qui montre que les enfants avec une TE ont fréquemment ce type de comportement. A l'inverse, Jimmy n'a jamais eu de désir de vengeance ou de comportement hétéro-agressif.

Par ailleurs, les troubles des interactions sociales sont importants chez nos deux sujets et leur désir de relation est évident. Paul a un ami de qualité et Jimmy en a plusieurs mais virtuels. Les auto-questionnaires réalisés en 2018 montrent que cela est associé, aujourd'hui à un plus grand niveau de solitude chez Paul avec une plus forte anxiété sociale et plus d'évitement des situations sociales. En effet Jimmy n'est pas satisfait de ses relations sociales mais il est tout de même moins anxieux, moins seul, plus persévérant et moins évitant. Au vu de sa grande motivation, nous pouvons supposer que ces données sont en faveur d'une amélioration future de ses habiletés sociale

\$, ns

Dans les questionnaires de 2018, on constate les mêmes tendances que celles dans ceux de 2011, Paul garde toujours une plus forte TE et Jimmy une plus forte TI (Figure 2018 Paul/Jimmy).

Les descriptions cliniques de Jimmy et Paul illustrent bien les propos de notre mémoire et de notre étude. Une vision incrémentielle est à promouvoir, en prévention chez les plus jeune et à l'aide d'interventions cognitives lorsqu'une théorie de type entité est retrouvée.

Enfin, pour terminer notre étude, nous avons demandé à chacun de nos patients de nous dire ce que ce que les mots « efforts, résultats, échec... » évoquaient pour eux. Les réponses sont reportées dans le tableau ci-dessous qui permet d'avoir une autre vision encore de leurs différences (cf. Tableau IX).

	PAUL	JIMMY
Performance	Fixe	Malléable
Efforts	"Peut permettre d'être prêt à atteindre des objectifs"	"Persévérer pour atteindre un but"
Tâche simple	"Importance du résultat"	"Je regarde s'il n'y a pas de piège"
Tâche difficile	"Le stress va monter comme une cocotte minute"	"Je remplis déjà ce que je sais pour me rassurer puis je persévère"
Résultats	"Montrent si je suis tombé dans certains travers"	"Montrent si j'ai compris ou pas la tâche"
Réussite	"J'ai évité les travers"	"Il n'y a plus rien d'impossible"
Échec	"Témoin de ma nullité"	"je regarde la démarche et j'en tire des enseignements"
Persévérance	Non	Oui
Demande d'aide	Non	Oui
Evitement	Oui	Non
Motivation	« Valider l'examen »	« Fournir tous les efforts possibles »
Intimidation	"Je dois me contrôler pour ne pas être violent"	"Ca rentre par une oreille et ressort par l'autre"
Désir de vengeance	Oui	Non

Tableau IX Tableau comparatif

Conclusion

Les personnes atteintes de Syndrome d'Asperger (SA) se retrouvent souvent dans des attitudes sociales négatives telles que l'isolement et la marginalisation (117).

Carrington et al. (118) (77) ont constaté que, si les amitiés sont parfois désirées par les jeunes atteints de SA, ils doivent développer pour cela des stratégies pour faire face à leurs difficultés interpersonnelles, comme par exemple « se faire passer pour un autre ». Hans Asperger signalait que « les enfants traditionnels acquièrent les usages sociaux sans leur prêter consciemment attention : ils apprennent instinctivement. Ce sont ces relations instinctives qui sont perturbées chez les enfants autistes. L'adaptation sociale doit passer par l'intellect ».

Ainsi, il semble que l'établissement d'amitiés soit moins spontané chez les jeunes sujets atteints de SA et que parfois les tentatives de le faire relèvent d'efforts volontaires plutôt que d'une motivation intersubjective comme celle des autres adolescents. Cependant, il est également possible que tout manque relatif de motivation pour développer des amitiés puisse lui-même être la conséquence d'expériences négatives accumulées dans ce domaine.

« Les associations entre l'amitié, la solitude et la dépression indiquent que le développement de relations significatives peut avoir des répercussions importantes sur la santé mentale de cette population » Durkin K et al (77).

L'objectif de notre travail est d'améliorer les connaissances sur les troubles des interactions sociales des jeunes avec un syndrome d'Asperger par l'évaluation du rôle de leur théorie implicite des habiletés sociales. Autrement dit, de leur croyance concernant la malléabilité de leur capacité sociale. Il en existe deux types : la *théorie de l'entité* ou fixe (TE) selon laquelle les capacités humaines sont fixes et immuables et la *théorie incrémentielle* (TI) qui envisage les capacités comme malléables et susceptible d'être transformées.

Notre étude retrouve un impact négatif d'une TE. A l'adolescence les sujets Asperger avec une TE sont alors plus anxieux, peu satisfaits de leur vie sociale, avec une mauvaise compétence perçue et souffrant de solitude.

Notre étude permet donc de conclure que les croyances implicites influencent l'anxiété sociale, la satisfaction de vie, la compétence perçue et la solitude chez les adolescents avec un syndrome d'Asperger

L'ensemble de nos résultats permet d'envisager plusieurs perspectives pédagogiques et thérapeutiques intéressantes dans la prise en charge des adolescents Asperger. Notamment dans un premier temps par la mise en place de programmes de thérapie cognitive dans le but de modifier les croyances à l'origine des comportements sociaux inadaptés.

Il est connu que l'induction d'une TI, dans laquelle les capacités sont perçues comme modifiables et pouvant être améliorées par l'effort, est bénéfique chez des sujets sans trouble du développement.

La TI permettrait aux sujets avec SA d'interpréter positivement les situations sociales difficiles sans remettre en cause leurs propres capacités.

Cette étude invite à accompagner l'adolescent avec SA dans sa représentation de ses habiletés sociales afin d'améliorer sa motivation et sa persévérance. En repérant, dans un premier temps leur mode de croyance sur leurs habiletés sociales. Et, dans un second temps, chez les sujets pour lesquels les théories implicites fixes (TE) sont prépondérantes, en induisant à l'aide de thérapie cognitive adaptée, une TI des habiletés sociales.

Si cette induction s'avérait aussi efficace que chez les sujets sans trouble du développement, cela permettrait une avancée dans la prise en charge des troubles des interactions sociales chez les adolescents avec un syndrome d'Asperger.

Bibliographie :

1. Tantam D. Psychological Disorder in Adolescents and Adults with Asperger Syndrome. *Autism*. 1 mars 2000;4(1):47-62.
2. Kim JA, Szatmari P, Bryson SE, Streiner DL, Wilson FJ. The Prevalence of Anxiety and Mood Problems among Children with Autism and Asperger Syndrome. *Autism*. 1 juin 2000;4(2):117-32.
3. Tani M, Kanai C, Ota H, Yamada T, Watanabe H, Yokoi H, et al. Mental and behavioral symptoms of person's with Asperger's syndrome: Relationships with social isolation and handicaps. *Res Autism Spectr Disord*. 1 avr 2012;6(2):907-12.
4. Bastien C. Lautrey Jacques, Rémi-Giraud Sylvianne, Sander Emmanuel & Tiberghien Andrée. Les connaissances naïves. Paris : Armand Colin, 2008, 223 p. *Rev Fr Pédagogie Rech En Éducation*. 1 mars 2010;(170):131-2.
5. Dweck CS, Chiu C, Hong Y. Implicit Theories: Elaboration and Extension of the Model. *Psychol Inq*. 1995;6(4):322-33.
6. Da Fonseca D, Cury F, Bailly D, Rufo M. Rôle des théories implicites de l'intelligence chez des adolescents en difficultés scolaires. *J Thérapie Comport Cogn*. 1 déc 2004;14(Supplement 1):10.
7. Hughes JS. Support for the domain specificity of implicit beliefs about persons, intelligence, and morality. *Personal Individ Differ*. 1 nov 2015;86(Supplement C):195-203.
8. Molden DC, Dweck CS. Finding « meaning » in psychology: a lay theories approach to self-regulation, social perception, and social development. *Am Psychol*. avr 2006;61(3):192-203.
9. Yeager DS, Trzesniewski KH, Tirri K, Nokelainen P, Dweck CS. Adolescents' implicit theories predict desire for vengeance after peer conflicts: correlational and experimental evidence. *Dev Psychol*. juill 2011;47(4):1090-107.
10. Tamir M, John OP, Srivastava S, Gross JJ. Implicit theories of emotion: affective and social outcomes across a major life transition. *J Pers Soc Psychol*. avr 2007;92(4):731-44.
11. Implicit Theories and Their Role in Judgments and Reactions: A Word From Two Perspectives: *Psychological Inquiry*: Vol 6, No 4 [Internet].
12. How you think about your intelligence influences how adjusted you are: Implicit theories and adjustment outcomes - ScienceDirect [Internet]. [cité 22 déc 2017].
13. Yussen SR. The Growth of reflection in children. Academic Press; 1985. 336 p.

14. Blackwell LS, Trzesniewski KH, Dweck CS. Implicit theories of intelligence predict achievement across an adolescent transition: a longitudinal study and an intervention. *Child Dev.* févr 2007;78(1):246-63.
15. Da Fonseca, Cury, Bailli, Rufo. Théories implicites de l'intelligence et buts d'accomplissement scolaire - ScienceDirect [Internet]. 2004 [cité 30 nov 2017].
16. Romani J. Refus scolaire anxieux: Profils psychopathologiques d'adolescents suivis en hôpital de jour [Thèse d'exercice]. [France]: Aix-Marseille Université; 2016.
17. Troubles des apprentissages et théories implicites de l'intelligence | Cairn.info [Internet]. [cité 18 déc 2017].
18. Butler R. Making judgments about ability: the role of implicit theories of ability in moderating inferences from temporal and social comparison information. *J Pers Soc Psychol.* mai 2000;78(5):965-78.
19. Cury F, Elliot AJ, Da Fonseca D, Moller AC. The social-cognitive model of achievement motivation and the 2 x 2 achievement goal framework. *J Pers Soc Psychol.* avr 2006;90(4):666-79.
20. Crocker J, Karpinski A, Quinn DM, Chase SK. When grades determine self-worth: consequences of contingent self-worth for male and female engineering and psychology majors. *J Pers Soc Psychol.* sept 2003;85(3):507-16.
21. EDFD 582 - Dweck 1986 Motivational processes affecting learning_GOALS and IMPLICIT.pdf | Motivation | Self-Improvement [Internet]. [cité 3 févr 2018].
22. Perret P, Dumesny M, Grandjean D, Muonghane VS. Troubles des apprentissages et théories implicites de l'intelligence, Summary. *Développements.* 2011;(8):35-42.
23. Burnette JL, O'Boyle EH, VanEpps EM, Pollack JM, Finkel EJ. Mind-sets matter: a meta-analytic review of implicit theories and self-regulation. *Psychol Bull.* mai 2013;139(3):655-701.
24. Mathur P, Jain SP, Maheswaran D. Consumers' implicit theories about personality influence their brand personality judgments. *J Consum Psychol.* 1 oct 2012;22(4):545-57.
25. Robins RW, Pals JL. Implicit Self-Theories in the Academic Domain: Implications for Goal Orientation, Attributions, Affect, and Self-Esteem Change. *Self Identity.* 1 oct 2002;1(4):313-36.
26. Dweck CS. *Self-theories: Their Role in Motivation, Personality, and Development.* Psychology Press; 2000. 214 p.

27. Kamins ML, Dweck CS. Person versus process praise and criticism: implications for contingent self-worth and coping. *Dev Psychol.* mai 1999;35(3):835-47.
28. Dinger FC, Dickhäuser O. Does implicit theory of intelligence cause achievement goals? Evidence from an experimental study. *Int J Educ Res.* 1 janv 2013;61(Supplement C):38-47.
29. Benjamin M. Gervey, Chi-Yue Chiu, Ying-Yi Hong, Carol S. Dweck. Differential Use of Person Information in Decisions about Guilt Versus Innocence: The Role of Implicit Theories. *Pers Soc Psychol Bull.* 1 janv 1999;25(1):17-27.
30. Mueller CM, Dweck CS. Praise for intelligence can undermine children's motivation and performance. *J Pers Soc Psychol.* juill 1998;75(1):33-52.
31. Cook DA, Castillo RM, Gas B, Artino AR. Measuring achievement goal motivation, mindsets and cognitive load: validation of three instruments' scores. *Med Educ.* oct 2017;51(10):1061-74.
32. Koestner R, Aube J, Ruttner J, Breed S. Theories of ability and the pursuit of challenge among adolescents with mild mental retardation. *J Intellect Disabil Res JIDR.* févr 1995;39 (Pt 1):57-65.
33. Aronson J, Fried CB, Good C. Reducing the Effects of Stereotype Threat on African American College Students by Shaping Theories of Intelligence. *J Exp Soc Psychol.* 1 mars 2002;38(2):113-25.
34. Hong Y, Chiu C, Dweck CS, Sacks R. Implicit Theories and Evaluative Processes in Person Cognition. *J Exp Soc Psychol.* 1 mai 1997;33(3):296-323.
35. Yeager DS, Miu AS, Powers J, Dweck CS. Implicit theories of personality and attributions of hostile intent: a meta-analysis, an experiment, and a longitudinal intervention. *Child Dev.* oct 2013;84(5):1651-67.
36. McConnell AR. Implicit Theories: Consequences for Social Judgments of Individuals. *J Exp Soc Psychol.* 1 mai 2001;37(3):215-27.
37. Erdley CA, Dweck CS. Children's implicit personality theories as predictors of their social judgments. *Child Dev.* juin 1993;64(3):863-78.
38. Gross JJ. Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychol Inq.* 2 janv 2015;26(1):1-26.
39. Chiu CY, Hong YY, Dweck CS. Lay dispositionism and implicit theories of personality. *J Pers Soc Psychol.* juill 1997;73(1):19-30.
40. Implicit theories concerning the intelligence of individuals with Down syndrome

[Internet]. [cité 18 déc 2017].

41. Schumann K, Zaki J, Dweck CS. Addressing the empathy deficit: beliefs about the malleability of empathy predict effortful responses when empathy is challenging. *J Pers Soc Psychol.* sept 2014;107(3):475-93.
42. Gandhi AU, Dawood S, Schroder HS. Empathy Mind-Set Moderates the Association Between Low Empathy and Social Aggression. *J Interpers Violence.* 1 déc 2017;886260517747604.
43. Yeager DS. Dealing With Social Difficulty During Adolescence: The Role of Implicit Theories of Personality. *Child Dev Perspect.* 1 sept 2017;11(3):196-201.
44. Tangney JP, Miller RS, Flicker L, Barlow DH. Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions? *J Pers Soc Psychol.* juin 1996;70(6):1256-69.
45. Rattan A, Dweck CS. Who confronts prejudice?: the role of implicit theories in the motivation to confront prejudice. *Psychol Sci.* juill 2010;21(7):952-9.
46. Sharifi SS, Palmeira M. Customers' reactions to technological products: The impact of implicit theories of intelligence. *Comput Hum Behav.* 1 déc 2017;77(Supplement C):309-16.
47. Haselhuhn MP, Schweitzer ME, Wood AM. How implicit beliefs influence trust recovery. *Psychol Sci.* mai 2010;21(5):645-8.
48. Smiley PA, Dweck CS. Individual Differences in Achievement Goals among Young Children. *Child Dev.* 1 déc 1994;65(6):1723-43.
49. Rudolph KD. Implicit Theories of Peer Relationships. *Soc Dev Oxf Engl.* 2010;19(1):113-29.
50. Erdley CA, Cain KM, Loomis CC, Dumas-Hines F, Dweck CS. Relations among children's social goals, implicit personality theories, and responses to social failure. *Dev Psychol.* mars 1997;33(2):263-72.
51. Beer JS. Implicit self-theories of shyness. *J Pers Soc Psychol.* oct 2002;83(4):1009-24.
52. Heyman GD, Dweck CS, Cain KM. Young Children's Vulnerability to Self-Blame and Helplessness: Relationship to Beliefs about Goodness. *Child Dev.* 1 avr 1992;63(2):401-15.
53. Fonseca DD, Cury F, Bailly D, Rufo M. Rôle des théories implicites à l'école primaire. /data/revues/0929693X/v11i10/S0929693X04003215/ [Internet]. 30 juill 2010 [cité 17 déc 2017];
54. Pretzlik U, Olsson J, Emilia Nabuco M, Cruz I. Teachers' implicit view of intelligence

predict pupils' self-perception as learners. *Cogn Dev.* 1 oct 2003;18:579-99.

55. Speranza M, Valeri G. Trajectoires développementales en psychopathologie : apprentissages et construction de soi chez l'enfant et l'adolescent, Summary. *Développements.* 2010;(6):5-15.
56. Beliefs About Emotion: Links to Emotion Regulation, Well-Being, and Psychological Distress: Basic and Applied Social Psychology: Vol 35, No 6 [Internet]. [cité 7 janv 2018].
57. Perret P, Faure S. Les fondements de la psychopathologie développementale, SUMMARY. *Enfance.* 2006;58(4):317-33.
58. Jessica L. Schleider a, Madelaine R. Abel b, John R. Weisz a. Implicit theories and youth mental health problems: A random-effects meta-analysis - ScienceDirect [Internet]. 2014 [cité 30 nov 2017].
59. Abramson LY, Seligman ME, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *J Abnorm Psychol.* févr 1978;87(1):49-74.
60. Nolen-Hoeksema S, Girgus JS, Seligman ME. Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: a 5-year longitudinal study. *J Abnorm Psychol.* août 1992;101(3):405-22.
61. Garber J, Flynn C. Predictors of Depressive Cognitions in Young Adolescents. *Cogn Ther Res.* 1 août 2001;25(4):353-76.
62. Chapitre 1. Les états d'esprit. In 2010 [cité 9 févr 2018]. p. 13
63. Implicit theories of intelligence and IQ test performance in adolescents with Generalized Anxiety Disorder. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 18 déc 2017].
64. Implicit Theories, Attributions, and Coping: A Meaning System Approach (PDF Download Available) [Internet]. [cité 19 déc 2017].
65. Aronson J, Lustina MJ, Good C, Keough K, Steele CM, Brown J. When White Men Can't Do Math: Necessary and Sufficient Factors in Stereotype Threat. *J Exp Soc Psychol.* 1 janv 1999;35(1):29-46.
66. Da Fonseca D, Cury F, Rufo M, Poinso F. Facteurs prédictifs de la dépression chez l'adolescent en contexte scolaire : rôle des théories implicites de l'intelligence. *L'Encéphale.* 1 oct 2007;33(5):791-7.
67. Adriana Sum Miu, David Scott Yeager. Preventing Symptoms of Depression by Teaching Adolescents That People Can Change: Effects of a Brief Incremental Theory of Personality Intervention at 9-Month Follow-Up. *Clin Psychol Sci.* 1 sept 2015;3(5):726-43.

68. Burke JD, Loeber R, Birmaher B. Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. nov 2002;41(11):1275-93.
69. Da Fonseca D, Cury F, Santos A, Sarrazin P, Poinso F, Deruelle C. How to increase academic performance in children with oppositional defiant disorder? An implicit theory effect. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. sept 2010;41(3):234-7.
70. Belkadi Z, Gierski F, Clerc C, Bertot V, Brasselet C, Motte J. Syndrome d'Asperger chez l'enfant : à propos de quatre observations. *Arch Pédiatrie*. 1 févr 2003;10(2):110-6.
71. Wing L. Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychol Med*. févr 1981;11(1):115-29.
72. Woodbury-Smith MR, Volkmar FR. Asperger syndrome. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. janv 2009;18(1):2-11.
73. Autisme, comprendre et agir [Internet]. 2018 [cité 9 janv 2018].
74. Cappe É, Wolff M, Bobet R, Adrien J-L. Étude de la qualité de vie et des processus d'ajustement des parents d'un enfant ayant un trouble autistique ou un syndrome d'Asperger : effet de plusieurs variables socio-biographiques parentales et caractéristiques liées à l'enfant. *L'Évolution Psychiatr*. 1 avr 2012;77(2):181-99.
75. Ehlers S, Gillberg C. The epidemiology of Asperger syndrome. A total population study. *J Child Psychol Psychiatry*. nov 1993;34(8):1327-50.
76. Kanai C, Iwanami A, Hashimoto R, Ota H, Tani M, Yamada T, et al. Clinical characterization of adults with Asperger's syndrome assessed by self-report questionnaires based on depression, anxiety, and personality. *Res Autism Spectr Disord*. 1 oct 2011;5(4):1451-8.
77. Mukaddes NM, Hergüner S, Tanidir C. Psychiatric disorders in individuals with high-functioning autism and Asperger's disorder: similarities and differences. *World J Biol Psychiatry Off J World Fed Soc Biol Psychiatry*. déc 2010;11(8):964-71.
78. Whitehouse AJO, Durkin K, Jaquet E, Ziatas K. Friendship, loneliness and depression in adolescents with Asperger's Syndrome. *J Adolesc*. 1 avr 2009;32(2):309-22.
79. Mack H, Fullana MA, Russell AJ, Mataix-Cols D, Nakatani E, Heyman I. Obsessions and compulsions in children with Asperger's syndrome or high-functioning autism: a case-control study. *Aust N Z J Psychiatry*. déc 2010;44(12):1082-8.
80. Broquere M, Soussana M, Michelon C, Rattaz C, Brisot J, Baghdadli A. [Impact of anxiety disorders on quality of life of adolescents with autism spectrum disorder without intellectual disability]. *L'Encephale*. déc 2016;42(6):499-505.

81. Patricia Howlin. Outcome in Adult Life for more Able Individuals with Autism or Asperger Syndrome. *Autism*. 1 mars 2000;4(1):63-83.
82. Hirvikoski T, Mittendorfer-Rutz E, Boman M, Larsson H, Lichtenstein P, Bölte S. Premature mortality in autism spectrum disorder. *Br J Psychiatry*. 1 mars 2016;208(3):232-8.
83. Attwood T. *Asperger's Syndrome: A Guide for Parents and Professionals*. Jessica Kingsley Publishers; 1997. 227 p.
84. Szatmari P. Asperger's syndrome: diagnosis, treatment, and outcome. *Psychiatr Clin North Am*. mars 1991;14(1):81-93.
85. Baron-Cohen S. *Autism and Asperger Syndrome*. OUP Oxford; 2008. 170 p.
86. Baron-Cohen S. *Mindblindness: An Essay on Autism and Theory of Mind*. MIT Press; 1997. 206 p.
87. Hubert B, Wicker B, Moore DG, Monfardini E, Duverger H, Da Fonseca D, et al. Recognition of emotional and non-emotional biological motion in individuals with autistic spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. août 2007;37(7):1386-92.
88. Deruelle C, Rondan C, Gepner B, Fagot J. Processing of compound visual stimuli by children with autism and Asperger syndrome. *Int J Psychol*. 1 avr 2006;41(2):97-106.
89. Fombonne E. Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. *J Autism Dev Disord*. août 2003;33(4):365-82.
90. Validité factorielle d'un questionnaire mesurant les théories implicites de l'intelligence (TIDI) - ScienceDirect [Internet]. [cité 18 déc 2017].
91. Cury F, Fonseca DD, Rufo M, Sarrazin P. Perceptions of Competence, Implicit Theory of Ability, Perception of Motivational Climate, and Achievement Goals: A Test of the Trichotomous Conceptualization of Endorsement of Achievement Motivation in the Physical Education Setting. *Percept Mot Skills*. 1 août 2002;95(1):233-44.
92. Dweck CS, Leggett EL. A social-cognitive approach to motivation and personality. *Psychol Bull*. 1988;256-273.
93. Fresco DM, Coles ME, Heimberg RG, Liebowitz MR, Hami S, Stein MB, et al. The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychol Med*. août 2001;31(6):1025-35.
94. Yao SN, Note I, Fanget F, Albuissou E, Bouvard M, Jalenques I, et al. [Social anxiety in patients with social phobia: validation of the Liebowitz social anxiety scale: the French version]. *L'Encephale*. oct 1999;25(5):429-35.

95. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *J Pers Soc Psychol.* sept 1980;39(3):472-80.
96. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess.* févr 1985;49(1):71-5.
97. shek dtl, chan lk, lee ty. parenting styles, parent-adolescent conflict, and psychological well-being of adolescents with low academic achievement in hong kong. *int j adolesc med health.* 2011;9(4):233-248.
98. Rapee RM, Spence SH. The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. *Clin Psychol Rev.* nov 2004;24(7):737-67.
99. Gazelle H, Ladd GW. Anxious solitude and peer exclusion: a diathesis-stress model of internalizing trajectories in childhood. *Child Dev.* févr 2003;74(1):257-78.
100. Krasny L, Williams BJ, Provencal S, Ozonoff S. Social skills interventions for the autism spectrum: essential ingredients and a model curriculum. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* janv 2003;12(1):107-22.
101. Bauminger N, Shulman C, Agam G. Peer Interaction and Loneliness in High-Functioning Children with Autism. *J Autism Dev Disord.* 1 oct 2003;33(5):489-507.
102. Attwood T. Strategies to reduce the bullying of young children with Asperger Syndrome [Internet]. *Australian Journal of Early Childhood.* 2004 [cité 28 janv 2018].
103. Hedley D, Uljarević M, Wilmot M, Richdale A, Dissanayake C. Understanding depression and thoughts of self-harm in autism: A potential mechanism involving loneliness. *Res Autism Spectr Disord.* 1 févr 2018;46:1-7.
104. Bottini S. Social reward processing in individuals with autism spectrum disorder: A systematic review of the social motivation hypothesis. *Res Autism Spectr Disord.* 1 janv 2018;45:9-26.
105. Aubineau M, Blicharska T, Kalubi J-C. Perception de soi et des relations d'amitié des adolescents présentant un trouble du spectre de l'autisme intégrés au secondaire ordinaire. Regards d'élèves, en France et au Québec. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* [Internet]. 22 oct 2017 [cité 23 janv 2018];
106. Da Fonseca D, Cury F, Fakra E, Rufo M, Poinso F, Bounoua L, et al. Implicit theories of intelligence and IQ test performance in adolescents with Generalized Anxiety Disorder. *Behav Res Ther.* avr 2008;46(4):529-36.
107. Mille C. Le désir mimétique chez les personnes Asperger. *Eur Psychiatry.* 1 nov

2015;30(8):S91-2.

108. Shin DC, Johnson DM. Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Soc Indic Res.* 1 mars 1978;5(1-4):475-92.

109. W. Andrew Collins, Brett Laursen. Changing Relationships, Changing Youth: Interpersonal Contexts of Adolescent Development. *J Early Adolesc.* 1 févr 2004;24(1):55-62.

110. Berndt TJ, Keefe K. Friends' influence of adolescents' adjustment to school. *Child Dev.* oct 1995;66(5):1312-29.

111. Cury F, Elliot A, Sarrazin P, Da Fonseca D, Rufo M. The trichotomous achievement goal model and intrinsic motivation: a sequential mediational analysis. *J Exp Soc Psychol.* 1 sept 2002;38(5):473-81.

112. Deckers A, Muris P, Roelofs J, Arntz A. A Group-Administered social Skills Training for 8- to 12- Year-Old, high-Functioning Children With Autism Spectrum Disorders: An Evaluation of its Effectiveness in a Naturalistic Outpatient Treatment Setting. *J Autism Dev Disord.* 2016;46(11):3493-504.

113. Bauminger N. Brief report: individual social-multi-modal intervention for HFASD. *J Autism Dev Disord.* sept 2007;37(8):1593-604.

114. Sofronoff K, Attwood T, Hinton S. A randomised controlled trial of a CBT intervention for anxiety in children with Asperger syndrome. *J Child Psychol Psychiatry.* nov 2005;46(11):1152-60.

115. Judith A. Reaven, Audrey Blakeley-Smith, Shana Nichols, Meena Dasari, Erin Flanigan, Susan Hepburn. Cognitive-Behavioral Group Treatment for Anxiety Symptoms in Children With High-Functioning Autism Spectrum Disorders: A Pilot Study. *Focus Autism Dev Disabil.* 1 mars 2009;24(1):27-37.

116. DSM-5: le syndrome d'Asperger ne disparaît pas mais change d'appellation [Internet]. *Psychomédia.* [cité 4 janv 2018].

117. Balfe M, Tantam D. A descriptive social and health profile of a community sample of adults and adolescents with Asperger syndrome. *BMC Res Notes.* 12 nov 2010;3:300.

118. Suzanne Carrington, Elizabeth Templeton, Tracey Papinczak. Adolescents With Asperger Syndrome and Perceptions of Friendship. *Focus Autism Dev Disabil.* 1 nov 2003;18(4):211-8.

-

Annexes :

Annexe 1 : Classification DSM 5, Trouble du spectre autistique

Selon le DSM-V, les troubles du spectre autistique se définissent par l'existence de :

- A. Déficits persistants dans la communication et les interactions sociales observés dans des contextes variés. Ceux-ci peuvent se manifester par les éléments suivants, soit au cours de la période actuelle, soit dans les antécédents :
 - 1. Déficits de la réciprocité socio-émotionnelle, allant, par exemple, de l'approche sociale anormale et l'incapacité d'échanger dans une conversation ; au partage réduit d'intérêts, d'émotions, ou d'affect ; à l'échec d'engager ou de répondre à des interactions sociales.
 - 2. Déficits dans les comportements de communication non verbaux utilisés pour l'interaction sociale, allant, par exemple, de la communication verbale et non verbale mal intégrée ; à des anomalies dans le contact visuel et le langage du corps ou des déficits dans la compréhension et l'utilisation de gestes : à un manque total d'expressions faciales et de communication non verbale.
 - 3. Déficits dans le développement, le maintien et la compréhension des relations, allant, par exemple, de difficultés à adapter le comportement en fonction de divers contextes sociaux ; à des difficultés à partager les jeux imaginatifs ou à se faire des amis ; à l'absence d'intérêt pour les pairs.

- B. Caractères restreints, répétitifs de comportements, des intérêts ou des activités, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants, actuellement ou précédemment :
 - 1. Mouvements moteurs, utilisation d'objets, ou parole stéréotypés ou répétitifs (par exemple, stéréotypies motrices simples, aligner des jouets ou retourner des objets, écholalie, phrases idiosyncrasiques (hors contexte)).
 - 2. Insistance sur l'adhésion inflexible à des habitudes ou modes ritualisés de comportements verbaux ou non verbaux (par exemple, une détresse extrême en cas de petits changements, difficultés avec les transitions, modes de pensée rigide, rituels de salutation, besoin de prendre le même itinéraire ou de manger la même nourriture tous les jours).

3. Intérêts très restreints et circonscrits qui sont anormaux dans leur intensité ou leur orientation (par exemple, un fort attachement à des objets inhabituels, des intérêts excessivement circonscrits ou poursuivis avec une persévération excessive).
4. Hyper ou hypo réactivité à des entrées sensorielles ou niveau intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement (par exemple, indifférence apparente à la douleur/température, réaction négative à des sons ou des textures spécifiques, sentir ou toucher des objets excessivement, fascination visuelle pour des lumières ou mouvement).

La sévérité est spécifiée sur la base des déficits dans ces deux catégories A et B.

- A. Les symptômes doivent être présents dans la période de développement précoce (mais peuvent ne devenir pleinement manifestes qu'après que les exigences sociales dépassent les capacités limitées, ou peuvent être masqués par des stratégies apprises plus tard dans la vie).
- B. Les symptômes causent une altération cliniquement significative du fonctionnement actuel dans les domaines sociaux, scolaires ou professionnels, ou d'autres domaines importants.
- C. Ces perturbations ne sont pas mieux expliquées par la déficience intellectuelle (trouble de développement intellectuel) ou un retard global de développement. La déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme surviennent fréquemment ensemble ; pour poser les deux diagnostics de trouble du spectre de l'autisme et de déficience intellectuelle, la communication sociale devrait être inférieure à celle prévue pour le niveau de développement général.

Annexe 2 : Classification CIM 10 Trouble envahissant du développement

Selon la dernière classification internationale des maladies (CIM), publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé dans les années 90, les troubles envahissant du développement se définissent par :

A. Présence, avant l'âge de 3 ans, d'anomalies ou d'altérations du développement, dans au moins un des domaines suivants :

1. Langage (type réceptif ou expressif) utilisé dans la communication sociale
2. Développement des attachements sociaux sélectifs ou des interactions sociales réciproques
3. Jeu fonctionnel ou symbolique

B. Présence d'au moins six des symptômes décrits en (1), (2), et (3), avec au moins deux symptômes du critère (1) et au moins un symptôme de chacun des critères (2) et (3) :

1. Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques, manifestes dans au moins deux des domaines suivants :

(a) absence d'utilisation adéquate des interactions du contact oculaire, de l'expression faciale, de l'attitude corporelle et de la gestualité pour réguler les interactions sociales

(b) incapacité à développer (de manière correspondante à l'âge mental et bien qu'existent de nombreuses occasions) des relations avec des pairs, impliquant un partage mutuel d'intérêts, d'activités et d'émotions

(c) manque de réciprocités socio émotionnelle se traduisant par une réponse altérée ou déviante aux émotions d'autrui; ou manque de modulation du comportement selon le contexte social ou faible intégration des comportements sociaux, émotionnels, et communicatifs

(d) ne cherche pas spontanément à partager son plaisir, ses intérêts, ou ses succès avec d'autres personnes (par exemple ne cherche pas à montrer, à apporter ou à pointer à autrui des objets qui l'intéressent)

2. Altérations qualitatives de la communication, manifestes dans au moins un des domaines suivants :

(a) retard ou absence totale de développement du langage oral (souvent précédé par une absence de babillage communicatif), sans tentative de communiquer par le geste ou la mimique

(b) incapacité relative à engager ou à maintenir une conversation comportant un échange réciproque avec d'autres personnes (quel que soit le niveau de langage atteint)

- (c) usage stéréotypé et répétitif du langage ou utilisation idiosyncrasique de mots ou de phrases
- (d) absence de jeu de « faire semblant », varié et spontané, ou (dans le jeune âge) absence de jeu d'imitation sociale.

3. Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, manifeste dans au moins un des domaines suivants :

- (a) préoccupation marquée pour un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et restreints, anormaux par leur contenu ou leur focalisation ; ou présence d'un ou de plusieurs intérêts qui sont anormaux par leur intensité ou leur caractère limité, mais non par leur contenu ou leur focalisation
- (b) adhésion apparemment compulsive à des habitudes ou à des rituels spécifiques, non fonctionnels
- (c) maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs, par exemple battements ou torsions des mains ou des doigts, ou mouvements complexes de tout le corps
- (d) préoccupation par certaines parties d'un objet ou par des éléments non fonctionnels de matériels de jeux (par exemple leur odeur, la sensation de leur surface, le bruit ou les vibrations qu'ils produisent).

La CIM 10 décrit différents sous-types de trouble envahissant du développement :

- Autisme infantile
- Autisme atypique
- Syndrome de Rett
- Autre troubles désintégratifs de l'enfance
- Syndrome d'Asperger
- Autres troubles envahissant du développement

Annexe 3 : Questionnaire

Questionnaire

Voici les questionnaires à remplir.

Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses.

Répondez juste ce que vous pensez vraiment, aussi honnêtement que possible

Théories implicites Relations sociales

		Pas du tout d'accord			Je ne sais pas			Tout à fait d'accord
1	Il faut faire des efforts pour avoir des amis.	1	2	3	4	5	6	7
2	La capacité à se faire des amis reste toujours la même.	1	2	3	4	5	6	7
3	On peut changer ses capacités à se faire des amis.	1	2	3	4	5	6	7
4	La capacité à se faire des amis change peu même si on fait des efforts.	1	2	3	4	5	6	7
5	Pour avoir des amis, il faut persévérer.	1	2	3	4	5	6	7
6	Pour se faire des amis, il faut avoir certaines qualités dès la naissance.	1	2	3	4	5	6	7
7	La capacité à se faire des amis peut changer si on le veut.	1	2	3	4	5	6	7
8	C'est difficile de changer ses capacités à se faire des amis.	1	2	3	4	5	6	7

Compétence perçue Relations sociales

		Pas du tout d'accord			Je ne sais pas			Tout à fait d'accord
1	J'ai d'excellentes capacités à me faire des amis.	1	2	3	4	5	6	7
2	Mes capacités à me faire des amis sont très mauvaises.	1	2	3	4	5	6	7

Persévérance

	Lorsque je suis en difficulté avec mes amis :	Pas du tout d'accord						Tout à fait d'accord
1	J'essaie de résoudre le problème.	1	2	3	4	5	6	7
2	Je prends du temps et je fais des efforts pour essayer d'améliorer les choses.	1	2	3	4	5	6	7
3	J'insiste même si c'est difficile.	1	2	3	4	5	6	7
4	J'essaie de tout faire même si c'est difficile.	1	2	3	4	5	6	7

Evitement

	Quand je suis en relation avec quelqu'un :	Pas du tout d'accord		Moyen-nement		Tout à fait d'accord
1	Je pose des questions pour ne pas parler de moi.	1	2	3	4	5
2	J'évite de regarder dans les yeux.	1	2	3	4	5
3	Je souris pour avoir l'air intéressé et pour ne pas parler de moi.	1	2	3	4	5
4	J'évite les situations sociales.	1	2	3	4	5
5	Je trouve une activité pour avoir l'air occupé.	1	2	3	4	5
6	Je m'en vais le plus tôt possible.	1	2	3	4	5
7	J'essaie de diminuer mon anxiété.	1	2	3	4	5
8	Je focalise mon attention sur le partenaire.	1	2	3	4	5

Satisfaction

		Pas du tout d'accord						Tout à fait d'accord
1	En général, mes relations d'amitié correspondent de près à mes idéaux.	1	2	3	4	5	6	7
2	Mes relations d'amitié sont excellentes.	1	2	3	4	5	6	7
3	Je suis satisfait(e) de mes relations d'amitié	1	2	3	4	5	6	7
4	Jusqu'à maintenant j'ai autant d'amis que je voulais.	1	2	3	4	5	6	7
5	Si c'était à refaire, je n'y changerais presque rien.	1	2	3	4	5	6	7

Solitude

		Jamais	Rarement	Quelque fois	Souvent
1	Je me sens sur la même longueur d'onde que les gens autour de moi.	1	2	3	4
2	Je n'ai pas assez d'amis.	1	2	3	4
3	Il n'y a personne vers qui je peux aller.	1	2	3	4
4	Je ne me sens pas seul(e).	1	2	3	4
5	Je sens que je fais partie d'un groupe d'amis.	1	2	3	4
6	J'ai beaucoup de choses en commun avec les gens qui m'entourent.	1	2	3	4
7	Je ne me sens plus près de personne.	1	2	3	4
8	Mes intérêts et idées ne sont pas partagés par ceux qui m'entourent.	1	2	3	4
9	Je suis une personne sociable.	1	2	3	4
10	Il y a des gens dont je me sens près.	1	2	3	4
11	Je me sens exclu(e).	1	2	3	4
12	Mes relations sociales sont superflues.	1	2	3	4
13	Personne ne me connaît vraiment bien.	1	2	3	4

14	Je me sens isolé(e) des autres.	1	2	3	4
15	Je peux m'entourer des gens quand je le veux.	1	2	3	4
16	Il y a des gens qui me comprennent vraiment.	1	2	3	4
17	Je me sens malheureux(se) d'être aussi retiré(e).	1	2	3	4
18	Les gens sont autour de moi et non avec moi.	1	2	3	4
19	Il y a des gens à qui je peux parler.	1	2	3	4
20	Il ya des gens vers qui je peux aller.	1	2	3	4

	PEUR OU ANXIETE				EVITEMENT			
	Aucun 0	Légère 1	Moyenne 2	Sévère 3	Jamais 0	Occasionnel (0-33%) 1	Fréquent (34-66 %) 2	Habituel (67-100 %) 3
14 Entrer dans une pièce alors que tout le monde est déjà assis (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Etre le centre d'attention (S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Prendre la parole à une réunion (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Passer un examen (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Exprimer son désaccord ou sa désapprobation à des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Regarder dans les yeux des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Faire un compte-rendu à un groupe (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Essayer de "draguer" quelqu'un (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Rapporter des marchandises dans un magasin (S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Donner une soirée (S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Résister aux pressions d'un vendeur insistant (S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRES								
TOTAL	A=				C=			

Index des tableaux

TABLEAU I TABLEAU RECAPITULATIF	17
TABLEAU II ÉVOLUTION DE L'AUTISME A TRAVERS LES DIFFERENTES CLASSIFICATIONS ET PLACE DU SYNDROME D'ASPERGER	29
TABLEAU III RESULTATS DES STATISTIQUES DESCRIPTIVES (<i>MOYENNES ET ECART TYPES, ET</i>) OBTENUS POUR CHAQUE QUESTIONNAIRE DANS LES DEUX GROUPES	39
TABLEAU IV MATRICE DE CORRELATION ENTRE LA THEORIE ENTITE TOTALE, LA COMPETENCE PERÇUE ET LES AUTRES VARIABLES ETUDIEES	40
TABLEAU V PROFILS MOTIVATIONNELS DE PAUL EN 2011 ET EN 2018	54
TABLEAU VI PROFILS MOTIVATIONNELS DE JIMMY EN 2011 ET EN 2018	59
TABLEAU VII TABLEAU COMPARATIF DES PROFILS MOTIVATIONNELS DE PAUL ET JIMMY EN 2011	60
TABLEAU VIII COMPARAISON DES PROFILS MOTIVATIONNELS DE PAUL ET JIMMY EN 2011	61
TABLEAU IX TABLEAU COMPARATIF	64

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

