



HAL
open science

Intérêts d'ateliers de groupe basés sur les habiletés sociales chez des adultes déficients intellectuels légers au sein d'un ESAT

Olivia Caron

► **To cite this version:**

Olivia Caron. Intérêts d'ateliers de groupe basés sur les habiletés sociales chez des adultes déficients intellectuels légers au sein d'un ESAT. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02931546

HAL Id: dumas-02931546

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02931546>

Submitted on 7 Sep 2020

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.



Normandie Université

MEMOIRE

Pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie

Préparé au sein du Département d'Orthophonie,

UFR Santé, Université de Rouen Normandie

**Intérêts d'ateliers de groupe basés sur les habiletés sociales chez des adultes
déficients intellectuels légers au sein d'un ESAT.**

**Présenté et soutenu par
Olivia CARON**

Mémoire à orientation professionnelle

**Mémoire soutenu publiquement le 25 juin 2020
devant le jury composé de**

Le Strat, Nadja	Psychologue	Directrice de mémoire
Lelièvre, Camille	Orthophoniste	Présidente du jury
Terrier, Marie	Orthophoniste	Membre du jury

Mémoire dirigé par Nadja LE STRAT



UFR Santé



**Département
d'orthophonie**

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	5
REMERCIEMENTS	6
INTRODUCTION	7
PARTIE THEORIQUE	8
1 La déficience intellectuelle	9
1.1 Terminologie	9
1.1.1 Définition	9
1.1.2 Classification	9
1.1.3 Caractéristiques de la déficience intellectuelle	10
1.2 La déficience intellectuelle chez l'adulte	11
1.2.1 Les structures d'accueil	11
1.2.2 Les limites de l'ESAT	12
1.3 Difficultés des personnes déficientes intellectuelles	12
1.3.1 Troubles comportementaux	12
1.3.2 Troubles médicaux.....	12
1.3.3 Difficultés exécutives	13
1.3.4 Difficultés langagières et affectives.....	14
1.4 Les stratégies facilitatrices d'apprentissage.....	14
1.5 Transition et insertion de l'adulte déficient intellectuel	15
1.5.1 La transition à l'âge adulte	15
1.5.2 Leur insertion dans la société	16
2 L'anxiété sociale.....	17
2.1 Terminologie	17
2.1.1 Définition	17
2.1.2 Prévalence de l'anxiété sociale dans la déficience intellectuelle	17
2.1.3 L'anxiété sociale, un handicap.....	18
2.2 Manifestations psychologiques et physiologiques	18
2.2.1 Manifestations psychologiques	18
2.2.2 Mécanisme de l'anxiété sociale	19

2.3	La complexité des habiletés sociales dans l'anxiété sociale.....	20
2.4	Évaluer, rééduquer l'anxiété sociale	21
2.4.1	Les questionnaires.....	21
2.4.2	Les méthodes de rééducation.....	21
2.4.3	Les méthodes adaptées à la déficience intellectuelle.....	22
3	<i>La pragmatique et les habiletés sociales</i>	23
3.1	La pragmatique.....	23
3.1.1	Définition	23
3.1.2	Les différentes habiletés pragmatiques	23
3.1.3	Des principes qui régissent la réussite de l'échange.....	24
3.2	Habiletés sociales	24
3.2.1	Définition	24
3.2.2	Les différentes habiletés sociales	25
3.2.3	Les difficultés pragmatiques chez des déficients intellectuels.....	26
3.3	Intérêts et limites des groupes thérapeutiques axés sur les habiletés sociales	27
3.3.1	Intérêts.....	27
3.3.2	Limites.....	27
3.4	Évaluation et rééducation des habiletés sociales.....	28
3.4.1	Évaluation des habiletés sociales	28
3.4.2	Rééducation des habiletés sociales.....	28
	<i>PROBLEMATIQUE</i>	29
	<i>PARTIE PRATIQUE</i>	31
1	<i>Méthode.....</i>	32
1.1	Population	32
1.1.1	Critères d'inclusion.....	32
1.1.2	Critères d'exclusion.....	32
1.1.3	Établissement	33
1.1.4	Présentation des adultes	33
1.1.5	Présentation des groupes	37
1.2	Évaluation	39
1.2.1	Entretien.....	39

1.2.2	Échelle d'anxiété de Liebowitz.....	39
1.2.3	Vineland II.....	39
1.3	Les ateliers.....	40
1.3.1	Lieu, fréquence et durée.....	41
1.3.2	Habilités travaillées.....	41
1.3.3	Composition des ateliers.....	43
2	Résultats.....	45
2.1	Informations générales.....	45
2.1.1	Échelle de Liebowitz.....	45
2.1.2	Vineland II.....	45
2.2	Présentation des résultats.....	46
2.2.1	Échelle de Liebowitz.....	46
2.2.2	Résultats Vineland II.....	49
3	Discussion.....	52
3.1	Re-contextualisation.....	52
3.2	Résultats.....	52
3.3	Mise en lien avec les recherches antérieures et validation des hypothèses.....	55
3.4	Limites et perspectives.....	58
3.4.1	Biais et limites.....	58
3.4.2	Perspectives.....	59
3.5	Liens avec l'orthophonie.....	61
3.5.1	D'un point de vue personnel.....	61
3.5.2	D'un point de vue professionnel.....	62
	CONCLUSION.....	63
	BIBLIOGRAPHIE.....	64
	ANNEXES.....	67
	Annexe n°1 : Protocole d'entraînement aux habiletés sociales réalisé.....	67
	Annexe n°2 : Fiche récapitulative des séances fournie aux participants.....	87
	Annexe 3 : Fiche récapitulative des séances pour les autres professionnels de l'ESAT.....	88

LISTE DES ABREVIATIONS

AAIDD : American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

APA : American Psychiatric Association

ASHA : American Speech Language Hearing Association

CAT : Centre d'Aide par le Travail

CLIS : Classes pour L'Inclusion Scolaire

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

DI : Déficience Intellectuelle

ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail

FAM : Foyer d'Accueil médicalisé

FH : Foyer d'Hébergement

GECOs : Groupe d'Entraînement à la COmmunication sociale

HAS : Haute Autorité de Santé

IMPro : Institut Médico-Professionnel

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MAS : Maisons d'Accueil Spécialisées

MIA : Module d'Intervention à l'Autisme

QI : Quotient Intellectuel

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TOP : Trouble de l'Opposition avec Provocation

ULIS : Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Nadja Le Strat, ainsi que Sonia Murail qui ont permis à ce mémoire de voir le jour. Leurs encouragements, leur disponibilité m'ont permis de m'investir pleinement dans ce beau projet.

J'aimerais également remercier de tout cœur tous les participants pour leur bienveillance. Je leur souhaite à tous, une merveilleuse continuation. J'espère leur avoir apporté autant que j'ai reçu.

Je n'oublie pas toute l'équipe de l'ESAT de l'Arcaux de Bois-Himont, qui a participé de près ou de loin à ce sujet qui me tenait à cœur. Merci pour votre implication.

Je tiens également à remercier sincèrement toutes mes maîtres de stage au cours de ces années, qui m'ont tous apporté de précieux conseils pendant ces cinq années.

Mes remerciements vont également à mes camarades de promotion de Rouen mais aussi d'autres écoles, qui m'ont apporté de grandes joies, du réconfort et un soutien indéfectible.

Merci à ma famille et mes proches pour leur patience et leur bienveillance.

Je tiens également à témoigner ma gratitude à tous les membres de jury et leur intérêt porté à ma thématique.

INTRODUCTION

Le langage, comme nous l'entendons couramment, n'est pas uniquement verbal. En effet, le CNRTL définit aussi le « langage intérieur », le « langage symbolique » ou encore le « langage gestuel », nécessaires à la communication.

Dans ce mémoire, nous aborderons un aspect de la communication non verbale, nécessaire à l'interaction sociale : les habiletés sociales.

Les habiletés sociales sont un vaste domaine, qui demeure relativement abstrait. En effet, ces capacités sont en partie innées, mais elles restent complexes notamment pour les déficients intellectuels. Ces difficultés persistent à l'âge adulte et induisent des troubles mentaux avérés, dont l'anxiété sociale. Un cercle vicieux se déclenche : un déficit des habiletés sociales engendre de l'anxiété, qui elle-même provoque des évitements d'échanges sociaux. La personne est donc moins confrontée à des situations sociales de la vie courante et s'enferme dans des habitus.

Une des solutions proposées de plus en plus validée scientifiquement, est la mise en place d'entraînement des habiletés sociales à travers des groupes thérapeutiques afin de mieux appréhender la vie sociale des déficients intellectuels. C'est pourquoi, la problématique de ce mémoire s'oriente vers la réalisation d'ateliers d'habiletés sociales chez des adultes déficients intellectuels pour réduire l'anxiété sociale.

Les domaines auxquels nous allons nous intéresser, qu'il s'agisse de la déficience intellectuelle chez l'adulte, de l'anxiété sociale ou des habiletés sociales sont des domaines encore peu explorés.

Dans une première partie, nous orienterons nos démarches réflexives sur la déficience intellectuelle, particulièrement chez les adultes et les incidences de celle-ci sur le quotidien. Puis nous traiterons de l'anxiété sociale avec ses manifestations et les différents axes thérapeutiques qui existent. Enfin, nous mettrons toutes ces notions au regard des habiletés sociales permettant d'échanger de manière adaptée au quotidien. Dans une seconde partie, nous exposerons la méthode, l'évaluation et la passation des ateliers d'habiletés pragmatiques, pour répondre à nos hypothèses. Enfin, nous discuterons les résultats obtenus, et nous nous questionnerons sur les apports et critiques de ce travail, avant d'ouvrir notre réflexion à des perspectives.

PARTIE THEORIQUE

1 La déficience intellectuelle

1.1 Terminologie

La Déficience Intellectuelle (DI) est un état et non une maladie. (Juhel, 2012)

A partir des années 80, une incapacité dans un domaine ne suffit plus à définir une personne. Le terme de « retard mental » est remplacé par celui de « déficience intellectuelle ». Lors de la publication de la CIM 11, l'OMS privilégie alors le terme de « trouble du développement intellectuel » (Inserm, 2016)

1.1.1 Définition

La déficience intellectuelle se caractérise par plusieurs critères communs à American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) et le DSM-5 (Inserm, 2016) :

- Limitations dans les fonctions intellectuelles de type raisonnement logique et résolution de problème (QI < 70)
- Limitations dans le comportement adaptatif c'est-à-dire dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques qui permettent de fonctionner dans la vie quotidienne.
- Apparition du trouble durant la période développementale, soit avant 18 ans.

1.1.2 Classification

Pour établir le diagnostic, on ne se base plus uniquement sur le Quotient Intellectuel (QI) : l'observation clinique s'appuie sur une classification descriptive, avec un niveau de gravité allant de léger à profond, qui se base sur les domaines conceptuel, social et pratique. Ces domaines visent à prendre en compte les capacités des personnes afin de mieux cibler leur prise en charge ultérieure.

Gravité	Domaine conceptuel	Domaine social	Domaine pratique
Léger	La personne a une manière plus pragmatique de résoudre des problèmes et de trouver des solutions que les personnes de son âge	Compréhension limitée du risque dans les situations sociales : a un jugement social immature pour son âge...	La personne occupe souvent un emploi exigeant moins d'habiletés conceptuelles...
Modéré	D'ordinaire, la personne a des compétences académiques de niveau primaire	Les amitiés avec les pairs tout-venant souffrent souvent des limitations vécues par la personne au chapitre des communications et des habiletés sociales	Présence, chez une minorité importante, de comportements inadaptés à l'origine de problèmes de fonctionnement social
Grave	La personne a généralement une compréhension limitée du langage écrit ou de concepts faisant appel aux nombres, quantités, au temps et à l'argent...	Le langage parlé est relativement limité sur le plan du vocabulaire et de la grammaire	La personne a besoin d'aide pour toutes les activités de la vie quotidienne, y compris pour prendre ses repas, s'habiller, se laver et utiliser les toilettes
Profond	La personne peut utiliser quelques objets dans un but précis (prendre soin de soi, se divertir) ... Des problèmes de contrôle de la motricité empêchent souvent un usage fonctionnel	La personne peut comprendre des instructions et des gestes simples	La personne dépend des autres pour tous les aspects de ses soins physiques quotidiens, pour sa santé et pour sa sécurité, quoiqu'elle puisse participer à certaines de ces activités

Tableau des critères de gravité de la déficience intellectuelle d'après le DSM-5 (d'après APA, 2013, citée par ASHA, 2016) (Inserm, 2016)

1.1.3 Caractéristiques de la déficience intellectuelle

La CIM 11 relève différents aspects qui caractérisent la déficience intellectuelle (Inserm, 2016) :

- Les fonctions cognitives, le raisonnement, notamment l'abstraction, sont déficitaires.
- La communication verbale, et globalement les apprentissages sont impactés.
- Les habiletés pragmatiques ne sont pas optimales, qu'elles soient mises en jeu au cours de processus mentaux spécifiques, des situations de la vie quotidienne ou des échanges avec autrui.
- Des troubles du comportement apparaissent à un moment donné.

1.2 La déficience intellectuelle chez l'adulte

1.2.1 Les structures d'accueil

Les structures spécialisées pour les adultes en situation de handicap adultes diffèrent des établissements accueillant les enfants et les adolescents. En effet, pour les adultes, l'objectif principal d'accompagnement évolue selon les perspectives sociales et personnelles de chacun. Il vise une acquisition d'autonomie personnelle qui permettrait une insertion professionnelle, en milieu protégé ou ordinaire.

L'Établissement et Service d'Aide par le Travail, (ESAT), appelé anciennement Centre d'Aide par le Travail (CAT), est un établissement médico-social permettant aux personnes en situation de handicap d'exercer une activité professionnelle et de bénéficier d'une aide médicale et sociale adaptée.

Les Services d'Accompagnement Médico-Social pour personnes Adultes Handicapées (SAMSAH) prennent en charge les personnes dans leur projet de vie personnel et professionnel en proposant des prestations de soins adaptées.

Les Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM) reçoivent les adultes en situation de handicap qui sont dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle, et qui ont besoin d'une aide humaine pour les actes du quotidien ainsi que pour les soins médicaux.

Les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) accueillent les personnes qui ne sont pas autonomes. Elles offrent un hébergement adapté aux personnes dépendantes avec des prestations de soins constants et indispensables. (ARS, 2018).

1.2.2 Les limites de l'ESAT

On compte environ 70% de personnes déficientes intellectuelles en ESAT. Ces structures sont en lien avec les dispositifs scolaires spécifiques, tels que les Classes pour L'Inclusion Scolaire (CLIS), les Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) ou les Instituts Médico-Professionnels (IM-PRO), ce qui réduit les possibilités de trouver un emploi en milieu ordinaire. L'inclusion d'un déficient est donc difficilement mise en place dans la réalité. Ces personnes déficientes intellectuelles s'enferment davantage dans des structures spécialisées.

De plus, ils ne sont pas considérés comme des salariés indépendants du fait de leur statut de travailleurs handicapés. Ils n'ont donc pas les mêmes avantages, notamment vis-à-vis du salaire, inférieur à la moyenne. (Inserm, 2016)

1.3 Difficultés des personnes déficientes intellectuelles

1.3.1 Troubles comportementaux

Le « comportement-défi » se caractérise par des comportements agressifs, stéréotypés en lien avec l'environnement. (Inserm, 2016)

1.3.2 Troubles médicaux

Globalement, les personnes avec une déficience intellectuelle sont moins bien dépistées à cause des difficultés communicationnelles, environnementales, comportementales et personnelles liées à leur situation. Ces individus sont donc soignés moins efficacement que le reste de la population. Pourtant, certaines maladies sont plus fréquentes dans cette population, notamment les pathologies chroniques ainsi que les maladies psychiatriques. Par ailleurs, le vieillissement entraîne également l'aggravation de certains symptômes chez ces individus. (Inserm, 2016)

1.3.3 Difficultés exécutives

Les fonctions exécutives sont touchées dans la déficience intellectuelle (l'inhibition, la mise à jour d'informations, la flexibilité mentale, la récupération active d'informations en mémoire, l'attention, la planification, la mémoire). D'autres fonctions que celles citées ci-dessus sont atteintes et ont été expliquées par différents auteurs, notamment Büchel, Paour, Juhel :

- **Difficultés mnésiques :**
 - La mémoire de travail est moins stimulée, de par une limitation de stratégie d'autorépétition. En effet, un entraînement répétitif, par exemple le fait de retenir une suite de chiffres ou de mots, permet de stimuler la mémoire de manière efficace et ainsi de stocker un plus grand nombre de connaissances.
 - La mémoire visuelle est touchée lorsqu'il y a trop d'informations à sélectionner, à classer ce qui provoque une perturbation de l'encodage.
 - Enfin, la mémoire à court terme ne permet la rétention que de deux informations au maximum simultanément, que ce soit au niveau de l'encodage, du stockage et la récupération d'informations.

- **Difficultés attentionnelles :** l'attention soutenue, l'attention partagée et l'attention divisée sont impactées du fait que la personne déficiente intellectuelle ne focalise pas son attention sur une information principale.

- **Difficultés métacognitives :** la personne déficiente intellectuelle a une méconnaissance du fonctionnement de pensée, ce qui entraîne des difficultés au niveau de la planification d'un raisonnement, ou dans la mise en place de stratégies efficaces.

Ces difficultés sont à mettre en lien avec un traitement de l'information déficitaire. En effet, les déficients intellectuels ne prennent pas en compte toutes les informations fournies par le contexte ce qui a des conséquences sur les capacités d'orientation temporelle, sur les capacités inférentielles, et sur les capacités de jugement.

- **Difficultés spatiales de son corps et des objets** : les personnes déficientes intellectuelles appréhendent moins les notions d'espaces ce qui complique les déplacements dans la vie quotidienne.
- **Difficultés d'abstraction** : lorsqu'un symbole ne se réfère à rien de concret et n'active pas de représentation mentale stable pour une personne déficiente intellectuelle, cela impacte la généralisation des acquis.

1.3.4 Difficultés langagières et affectives

Les difficultés langagières seraient largement liées aux capacités cognitives de l'individu (Inserm, 2016) :

- « L'égocentrisme » implique une difficulté à se décentrer, que ce soit de la représentation mentale d'un objet, d'une situation, ou de soi-même. Des particularités comportementales, gestuelles ou langagières peuvent apparaître lors d'un changement de la vie quotidienne.
- Des difficultés de compréhension ou de verbalisation peuvent entraîner un défaut de jugement : il sera plus difficile de discerner ce qui est bien ou mal si la personne déficiente intellectuelle ne comprend pas, ou ne verbalise pas correctement ses propos. De plus, de par ses difficultés de décentration, il est plus complexe d'évaluer la répercussion de ses actes ou ses paroles sur autrui. Au niveau de la production langagière, l'apprentissage de la morphosyntaxe et de la phonologie est tardif. Au niveau des capacités communicatives, la pragmatique du langage est impactée.

1.4 Les stratégies facilitatrices d'apprentissage

Une stratégie opérante permet d'obtenir la motivation d'un individu. Selon Juhel (2012), il existe différentes stratégies pour favoriser les apprentissages : d'abord, il est possible de s'appuyer sur les différents canaux sensoriels pour renforcer le vécu d'expériences et ainsi consolider les apprentissages. Puis, il prône la diversification des types de communication : le non verbal pour travailler la compréhension, le lexique. Ensuite, il met en avant la communication verbale pour l'insertion sociale,

l'expression de ses pensées en passant par du langage simplifié, le mime ou le théâtre pour apporter un aspect ludique. Juhel insiste sur le fait d'adapter les activités en fonction de l'âge réel du patient et de ses loisirs.

Les fonctions exécutives peuvent également être stimulées grâce à des stratégies d'entraînements dans un contexte d'apprentissage favorable, et ainsi optimiser les ressources de la personne déficiente intellectuelle. (Büchel et al., 2005)

Enfin, il est essentiel de rassurer la personne déficiente intellectuelle, en abordant des situations connues et concrètes tout en la laissant réaliser la tâche elle-même.

1.5 Transition et insertion de l'adulte déficient intellectuel

1.5.1 La transition à l'âge adulte

Les personnes déficientes intellectuelles appréhendent le passage entre la vie scolaire, souvent institutionnalisée, et l'entrée dans la vie professionnelle. La transition doit se faire avec différents acteurs tout en prenant compte l'aspect identitaire de chaque personne. (Inserm, 2016)

Pour beaucoup de personnes en situation de handicap, quitter le milieu scolaire pour intégrer la vie active est une étape difficile notamment pour la vie sociale où il faut souvent recréer un réseau. Un travail conjoint avec les différents intervenants qui entourent le jeune adulte est souhaité pour effectuer la transition en douceur. (Rousseau, 2007)

De plus, en sortant du milieu institutionnel, les personnes déficientes intellectuelles deviennent plus autonomes ce qui nécessite de se questionner par rapport à de nouvelles problématiques, notamment l'adaptation à son évolution. L'objectif majeur est de favoriser la coordination des décisions parentales et pluridisciplinaires avec celle de la personne concernée, afin de favoriser les transitions. Les compétences des personnes déficientes intellectuelles doivent être travaillées sur le long terme et doivent contribuer à l'amélioration de la qualité de vie. (Inserm, 2016).

1.5.2 *Leur insertion dans la société*

Globalement, les déficients intellectuels ne sont pas toujours intégrés dans un monde d'adultes (Juhel, 2012). Les personnes en situation de handicap sont moins bien insérées dans la vie active : les personnes déficientes intellectuelles sont particulièrement touchées du fait de leurs difficultés dans la vie quotidienne mais également du fait de l'opinion publique sur leur situation.

Leur insertion se base sur différents aspects :

- Un aspect biologique, qui se caractérise par une bonne santé physique,
- Un aspect psychologique, qui se caractérise par une bonne santé mentale et une volonté d'autonomie,
- Un aspect social, qui se caractérise par une vie sociale active.

Cette insertion est optimisée à travers l'accompagnement par des tierces personnes. Cela permet de développer ou d'améliorer des compétences chez des déficients intellectuels, notamment l'autonomie, indispensable dans la vie d'un adulte intégré. Ces aides peuvent être d'ordre éducatif ou familial, et jouent considérablement sur la motivation de la personne concernée (Bouchand, 2013).

2 L'anxiété sociale

2.1 Terminologie

2.1.1 Définition

La phobie sociale se définit par « l'existence d'une peur durable, excessive et gênante du regard d'autrui dans les situations d'interaction sociale quelles qu'elles soient ». Le DSM-5 parle désormais « d'anxiété sociale » plus que de « phobie sociale » qui appuie pour mettre en évidence l'aspect continu et quotidien de ce sentiment d'anxiété. Les Critères diagnostiques sont (Pelissolo, 2016) :

- Le sentiment de peur ou d'anxiété intense ressenti par la personne présentant une déficience intellectuelle durant une interaction. Ces sentiments peuvent être ressentis lorsque l'individu se sait observé par une tierce personne.
- La personne a peur de montrer des signes d'anxiété.
- Les interactions sociales déclenchent presque toujours un sentiment de peur ou d'anxiété.
- Une interaction peut être contournée pour éviter une grande anxiété.
- Le contexte peut amplifier la peur ou l'anxiété.
- L'anxiété dure depuis au moins six mois.
- L'anxiété se répercute sur plusieurs domaines, notamment le milieu social et professionnel.
- Aucune substance n'est à l'origine de cette anxiété.
- Aucune pathologie mentale ou médicale n'est à l'origine de cette anxiété.

2.1.2 Prévalence de l'anxiété sociale dans la déficience intellectuelle

Les difficultés émotionnelles et le syndrome anxieux sont nettement plus présents chez des personnes déficientes intellectuelles. L'étude d'Emerson a permis de mettre en lumière des résultats probants : 8,7% de personnes déficientes intellectuelles sont touchées par les troubles anxieux contre 3,6% chez une population sans déficience intellectuelle. (Emerson et al.,2007) Parmi eux, nous retrouvons principalement les

personnes atteintes de DI légère, qui représente 61,5% de la population déficiente intellectuelle en générale. (Inserm, 2016)

2.1.3 L'anxiété sociale, un handicap

Le handicap est défini comme « une déficience vis-à-vis d'un environnement, que ce soit en termes d'accessibilité, d'expression, de compréhension ou d'appréhension ». Depuis la loi N° 2005-102 du 11 février 2015, les handicaps cognitifs et psychiques, dont les troubles anxieux, sont ajoutés à la définition du handicap. (Brin et al., 2011).

L'anxiété sociale est souvent vue comme de la timidité extrême ou liée à d'autres troubles, comme la dépression. Cependant, elle a une retombée négative sur la vie quotidienne. En effet, l'anxiété sociale a un impact sur la vie professionnelle avec un nombre de jours non travaillés élevé, et davantage d'échecs scolaires. Cela impacte également la vie personnelle. L'anxiété sociale est donc objectivement considérée comme un handicap. (Tignol, 2014)

L'anxiété sociale se caractérise par de nombreux évitements d'échanges avec les autres. Cependant, il est impossible d'éviter toutes ces interactions, ce qui suscite une appréhension anticipée, doublée d'une anxiété liée au contenu de l'échange lui-même. Souvent, la personne anxieuse ressasse tous ses échanges. Elle a tendance à analyser de manière minutieuse tous ses propos d'une manière négative. Cette activité est énergivore et chronophage. (Graziani, 2008)

2.2 Manifestations psychologiques et physiologiques

2.2.1 Manifestations psychologiques

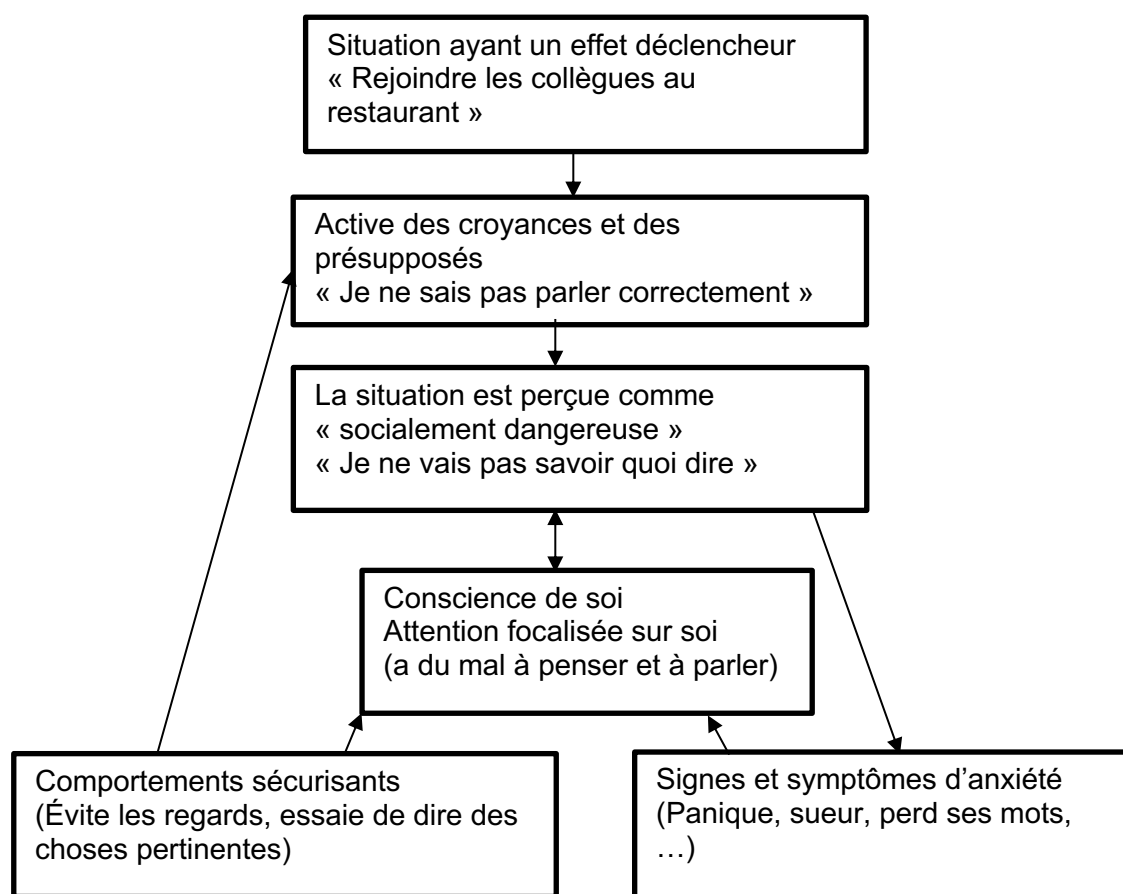
La peur peut se manifester de différentes façons :

- Elle peut apparaître sous forme de stress intérieur, que l'on peut citer comme étant une peur dite « émotionnelle ».
- La peur peut également être dite « cognitive », et se traduit alors par des sentiments péjoratifs de soi.

- Enfin, la peur peut se révéler par des manifestations « comportementales » que l'on observe par un renfermement de soi. Elle peut alors également être visible à travers les « signes physiologiques » comme les tremblements.

Ces manifestations apparaissent généralement dans des situations de prise de parole en public, lors d'échanges avec une ou plusieurs personnes, lorsque qu'il faut affirmer une opinion ou prendre une décision, mais elles peuvent également apparaître simplement à cause du regard de l'autre. (Pelissolo, 2016)

2.2.2 Mécanisme de l'anxiété sociale



Modèle de Clark & Wells (1995) présentant les mécanismes impliqués dans l'anxiété sociale (d'après Clark & Wells, 1995) (Graziani, 2008)

Au niveau anatomique, l'anxiété sociale se localise au niveau de l'amygdale et de l'hippocampe qui sont les centres anatomiques de la peur, ainsi qu'au niveau du cortex préfrontal. La peur se manifeste alors par une hyperactivation de ces zones.

Au niveau psychique, le modèle de Clark & Wells met en évidence le déroulement de la pensée chez une personne atteinte d'anxiété sociale :

- La personne se perçoit comme « objet social », avec un excès d'attention porté sur soi. (Pelissolo, 2016).
- La personne se sent alors anxieuse, et se focalise donc sur tous les aspects négatifs de la situation. (Trybou, 2018). Ces pensées négatives sont orientées vers l'individu lui-même : il s'interroge sur ce que pensent les autres de lui et interprète de manière négative toutes les situations sociales qui se présentent à lui.
- Finalement, l'anxiété sociale entraîne un transfert de ses sensations sur autrui : les particularités comportementales, comme l'agressivité, peuvent alors apparaître dans ces conditions. (Graziani, 2008)

2.3 La complexité des habiletés sociales dans l'anxiété sociale

Compte tenu de leurs difficultés, les personnes atteintes d'anxiété sociale ressentent des difficultés dans les habiletés sociales.

Elles peuvent être absentes, présentes mais peu mobilisables, ou globalement fragiles en situation.

Des difficultés d'acquisition des habiletés sociales peuvent s'expliquer par un déficit d'imitation. En effet, la personne observe et encode des comportements qu'elle ne réussit pas à utiliser de manière adaptée dans la vie quotidienne. Ces difficultés se traduisent par des comportements de peur, d'inhibition, d'évitement ou de soumission lors d'interactions sociales. Ces comportements ne permettent pas aux personnes atteintes d'anxiété sociale d'atteindre un niveau de socialisation correct.

Ces difficultés se situent principalement au niveau de l'attention, de l'encodage mnésique, de la réalisation motrice pure ou par un manque motivationnel global. (Graziani, 2008)

2.4 Évaluer, rééduquer l'anxiété sociale

2.4.1 Les questionnaires

Les questionnaires d'anxiété sociale permettent un dépistage, une prise de conscience du trouble, ainsi qu'une estimation de l'impact de la prise en charge. Cependant, peu d'échelles ont été traduites en français. (Trybou, 2018)

Les méthodes d'évaluation sont principalement des échelles qui permettent de coter la sévérité du trouble et de recenser les différentes situations qui peuvent générer l'anxiété sociale. Les plus connues sont : l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (« Liebowitz Social Anxiety Scale ») qui se remplit soit par le patient lui-même soit par une tierce personne, et la « Social Phobia Inventory » qui est un questionnaire d'anxiété sociale qui se réalise en auto-évaluation. (Pelissolo, 2016)

2.4.2 Les méthodes de rééducation

Selon la Haute Autorité de Santé, il existe différents types de prise en charge : la Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) et le traitement médicamenteux. (HAS, 2007)

La TCC englobe les thérapies cognitives, les thérapies d'exposition, d'affirmation de soi, les thérapies individuelles ou de groupes et la relaxation. La situation de groupe est à privilégier, afin de mettre en place des situations de la vie réelle. Les TCC visent à entraîner les habiletés sociales (verbales, non verbales) à travers des jeux de rôles. (Pelissolo, 2016). L'objectif principal est de favoriser les situations d'échanges avec les autres pour atténuer les aspects négatifs liés à l'interaction grâce au phénomène de l'habituation d'une situation. La rééducation vise également à travailler les interactions afin d'améliorer la compréhension et la production d'émotions. (Faytout et al., 2009)

2.4.3 Les méthodes adaptées à la déficience intellectuelle

Les méthodes de TCC sont adaptées pour cette population. Le thérapeute réduit le nombre de consignes, et il réduit également le temps de prise en charge pour contrer les difficultés attentionnelles. De plus, il adapte sa propre communication en contexte, ainsi que la diversification des supports et des thèmes abordés. Les aidants encadrent les activités et proposent les stratégies facilitatrices, tout en favorisant la flexibilité et la répétition. (Senécal et al., 2011)

3 La pragmatique et les habiletés sociales

L'évaluation des compétences socio-émotionnelles est une partie inhérente des interactions sociales. Les recommandations préconisent : l'évaluation de la cognition sociale, des interactions sociales, de la régulation socio-émotionnelle et de la qualité des relations sociales avec les autres. (Inserm, 2016).

3.1 La pragmatique

3.1.1 Définition

Selon le Larousse, la pragmatique se définit comme une « approche linguistique qui se propose d'intégrer à l'étude du langage le rôle des utilisateurs de celui-ci, ainsi que des situations dans lesquelles il est utilisé ». Elle inclut un aspect culturel, social et cognitif du langage. La pragmatique est sollicitée constamment lorsque le message n'est pas limpide. (Bernicot, 2005)

3.1.2 Les différentes habiletés pragmatiques

Ninio et Snow (1996) cités dans l'article de Bernicot, établissent une liste d'habiletés pragmatiques :

1. Le développement des intentions communicatives et leurs expressions linguistiques.
2. L'acquisition des règles conversationnelles.
3. La capacité à gérer l'organisation du discours.
4. Le choix conscient de la forme linguistique et des répercussions sociales qu'elle engendre.
5. L'acquisition des règles de courtoisie et culturelles.
6. L'utilisation de tournures déictiques.
7. La corrélation entre les données pragmatiques et l'acquisition du langage.

3.1.3 Des principes qui régissent la réussite de l'échange

La pragmatique a nettement évolué depuis la théorie de Grice (1979). Cependant, Grice a mis en place le « principe de coopération », qui vise au développement d'une théorie de communication efficace. Cette théorie repose sur les « maximes conversationnelles » suivantes :

- **Maxime de quantité** : L'émetteur délivre un nombre d'informations suffisant au cours de son message, c'est-à-dire qu'il veille à ne pas donner trop d'informations, ni trop peu.
- **Maxime de qualité** : Les informations transmises au destinataire sont vraies et vérifiées.
- **Maxime de relation** : le locuteur est pertinent dans son discours.
- **Maxime de manière** : l'émetteur du message se doit d'être clair et organisé.

Le respect de ces règles permet aux partenaires de communication de lever les éventuelles ambiguïtés linguistiques. Au contraire, lorsqu'elles ne sont pas respectées par le locuteur, le destinataire est contraint d'émettre des hypothèses sur le sens véritable du message. Le sens du message dans son intégralité ne peut alors pas être garanti par les règles de transmission verbale.

3.2 Habiletés sociales

3.2.1 Définition

« Les habiletés sociales sont les comportements verbaux et non verbaux résultant de processus cognitifs et affectifs permettant de s'adapter à l'environnement ». (Baghdadli et al., 2011) Les habiletés personnelles sont en partie innées, mais elles sont également acquises au fil des expériences vécues. (Fallourd et al., 2017)

Les habiletés sociales se caractérisent par quatre aspects majeurs (Douaire, 2008) :

- Les comportements non verbaux, c'est-à-dire ceux que l'on peut observer lors de réactions physiques et de variations prosodiques dans le discours.

- Le contenu du discours qui consiste à identifier le type d'informations données et reçues nécessaires à la fonctionnalité du discours. Il permet de transmettre des informations personnelles.
- La réciprocité dans les interactions qui permet de soutenir et de s'adapter à l'échange.
- Les « médiateurs » influencent les interactions sociales de manière implicite. Ils peuvent être affectifs (intensité des émotions), cognitifs (régulation émotionnelle), comportementaux (comportements adaptés dans les échanges) et environnementaux (contexte et lieu de l'échange). Ce sont des traits personnels propres à chacun.

3.2.2 Les différentes habiletés sociales

Certains auteurs ont tenté de classer les habiletés sociales, la version la plus récente date de 2005 :

Type	Description	Exemples
Habiletés interpersonnelles	Habiletés et comportements qui permettent de créer des liens, de se faire des amis	<ul style="list-style-type: none"> • Se présenter • Offrir de l'aide • Donner et recevoir des compliments • S'excuser
Habiletés utiles dans un contexte d'apprentissage (ou de travail)	Habiletés valorisées par les autres et associées à l'acceptation des pairs	<ul style="list-style-type: none"> • Travailler en coopérant avec les autres • Demander et recevoir de l'information
Habiletés personnelles	Habiletés qui permettent d'évaluer une situation sociale, ou choisir une habileté appropriée dans un contexte donné et de déterminer si l'habileté utilisée est efficace	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre les sentiments • Composer avec le stress, l'anxiété • Contrôler sa colère • Donner suite (following through)

Habiletés à s'affirmer	Comportements qui permettent d'exprimer ses besoins sans recours à l'agressivité	<ul style="list-style-type: none"> • Exprimer clairement ses besoins • Mettre ses limites • Exprimer ses sentiments (positifs et négatifs)
Habiletés de communication	Habileté à bien communiquer, incluant la capacité d'écouter	<ul style="list-style-type: none"> • Répondre à l'auditeur • Comprendre le tour de rôle • Maintenir l'attention dans une conversation • Donner une rétroaction à l'interlocuteur

Différentes habiletés sociales du Centre for Innovations in Education (2005).

Traduction libre par Lucie Leclair Arvisais. (s.d)

3.2.3 *Les difficultés pragmatiques chez des déficients intellectuels*

Les personnes déficientes intellectuelles évoluent comme les personnes typiques, mais leur développement est plus lent. Plusieurs études rapportées par l'Inserm confirment des difficultés au niveau de l'imitation et de la reconnaissance des émotions, un défaut de théorie de l'esprit, un retard dans la résolution de problèmes ainsi que des difficultés dans d'adaptation sociale. Tous ces éléments ont alors des répercussions sur la vie quotidienne. (Inserm, 2016)

Les personnes déficientes ont des difficultés à communiquer avec autrui du fait d'un intérêt centré sur leur propre personne autour de conversations concrètes. Les pensées, avis, sentiments sont tranchés, dichotomiques. Cette manière d'être les place alors en marge de la société actuelle. (Juhel, 2012)

3.3 Intérêts et limites des groupes thérapeutiques axés sur les habiletés sociales

3.3.1 Intérêts

Les groupes permettent d'appliquer et de contextualiser les notions apprises. Cela permet également d'apporter un environnement écologique qui favorise la généralisation des connaissances.

L'ASHA préconise également des méthodes de groupe, notamment des « groupes de compétences sociales » qui visent à travailler les habiletés sociales autour de jeux de rôles. Les personnes qui participent aux groupes aiment partager des moments d'échanges dans un environnement cadré et encourageant. De plus, ces groupes permettent de contrer les états dépressifs et les comportements d'opposition. (Liratni et al., 2018)

3.3.2 Limites

Certaines méthodes requièrent de solides compétences langagières et des capacités de compréhension intactes. Or, de par leurs difficultés, les personnes déficientes intellectuelles sévères ne peuvent pas être intégrées dans ces prises en charge. (Inserm, 2016)

Les situations de groupes proposées aux personnes déficientes intellectuelles restent des situations contextualisées, structurées, et le thérapeute n'a pas forcément connaissances des réactions en contexte de la vie réelle. Il est également difficile de quantifier de manière objective les apports des groupes. La généralisation des connaissances est quant à elle, également limitée voire absente quand la durée des groupes d'habiletés sociales est trop courte.

Beaucoup de programmes demandent l'investissement de la famille, ce qui n'est parfois pas possible. (Liratni et al., 2018)

3.4 Évaluation et rééducation des habiletés sociales

3.4.1 Évaluation des habiletés sociales

La Vineland Adaptive Behavior Scale-Second Edition est une batterie standardisée, étalonnée, avec un échantillon représentatif qui permet d'évaluer le comportement adaptatif, c'est-à-dire les compétences fonctionnelles de l'individu dans la vie quotidienne, et notamment la socialisation. Le questionnaire peut être rempli en auto-évaluation, ou par entretien avec une personne qui connaît bien la personne interrogée.

Cependant, la question de la subjectivité se pose puisque le questionnaire est rempli à l'appréciation de la tierce personne. (Inserm, 2016)

3.4.2 Rééducation des habiletés sociales

L'intervention précoce est à privilégier, que ce soit pour la réhabilitation d'une ou de plusieurs des habiletés sociales spécifiques.

L'objectif est de multiplier les contextes et les personnes afin d'automatiser chez la personne déficiente intellectuelle les réactions adéquates à adopter dans chacune des situations. (Inserm, 2016)

Différents programmes sont apparus comme le programme GECOs (Groupe d'Entraînement à la COmmunication sociale), Les Modules d'Intervention à l'Autisme (MIA), ainsi que des ouvrages comme l'Entraînement aux habiletés sociales pour les patients psychiatriques du professeur Liberman. Ces méthodes, principalement de groupe, balayent les différentes habiletés sociales et proposent des supports pour les travailler efficacement.

PROBLEMATIQUE

La déficience intellectuelle peut conduire à des difficultés dans la vie quotidienne, notamment dans les habiletés sociales. Ces difficultés peuvent mener à des manifestations anxiogènes que nous avons développées précédemment.

Ces aspects ne sont que très peu explorés, particulièrement chez la population adulte. La prise en charge des troubles présentés par cette population relève pourtant du champ de compétence de l'orthophonie. Dans cette perspective, les aspects pragmatiques des interactions semblent essentiels à maîtriser dans notre pratique et constituent donc le cœur de ce mémoire consacré aux adultes déficients intellectuels légers.

Notre étude évalue d'une part, la pertinence d'ateliers mettant en jeu les habiletés sociales chez ces adultes, et d'autre part, les répercussions de ces stimulations sur l'anxiété sociale auprès de cette population.

Au vu des recherches effectuées, de la demande et de la motivation des participants, nous menons notre étude autour de la problématique suivante :

En quoi la rééducation des habiletés sociales par le biais d'ateliers de groupes peut influencer l'anxiété sociale chez l'adulte déficient intellectuel léger ?

Nous nous sommes interrogés sur différents aspects que nous avons traduits sous forme d'hypothèses :

Hypothèse générale : Les ateliers ont une incidence positive sur le quotidien personnel et professionnel du patient.

Hypothèse opérationnelle : Il existe des différences entre les adultes en internat et en externat.

Les adultes externes sont davantage adaptés dans les relations sociales que les adultes en internat, notamment à travers :

- Une meilleure reconnaissance des émotions.
- Une prise en compte du contexte situationnel.
- Une anxiété moindre concernant les échanges verbaux en société.

PARTIE PRATIQUE

1 Méthode

1.1 Population

La population choisie fait partie de l'Établissement et service d'aide par le travail (ESAT) de Bois-Himont en Seine-Maritime, et regroupe des adultes à partir de 20 ans. Les personnes sont atteintes de déficience intellectuelle légère.

1.1.1 Critères d'inclusion

Pour faire partie des groupes d'habiletés sociales, il est nécessaire d'être rattaché à l'ESAT de l'Arcaux de Bois-Himont. Nous n'avons pas mis en place d'âge limite, puisque les habiletés sociales peuvent être développées tout au long de la vie.

Le critère d'inclusion majeur est la motivation, un élément clé pour faire partie des ateliers. En effet, la motivation témoigne d'une certaine acceptation des difficultés. Les participants doivent s'engager à participer activement aux différentes activités proposées.

Il est également nécessaire de s'engager pendant toute la durée de l'entraînement, soit 10 séances. Il n'est pas possible d'arrêter ou de s'inscrire au sein du groupe au cours des ateliers. Cet engagement nécessite donc que les participants fassent preuve de responsabilité et d'assiduité.

1.1.2 Critères d'exclusion

Les patients avec des troubles associés, notamment psychiatriques ne sont pas inclus dans les ateliers. En effet, les patients atteints d'une dépression d'intensité moyenne à sévère ainsi que les patients TOP (trouble oppositionnel) sont exclus car ces pathologies limitent la disponibilité relationnelle. (Bricout et al., 2015)

1.1.3 Établissement

L'ESAT de l'Arcaux accueille 123 travailleurs en situation de handicap. Il est situé dans la ville de Bois-Himont (Seine-Maritime) et propose 12 métiers. (Gesat, 2006)

L'établissement accueille des adultes en internat et en externat en fonction de leur degré d'autonomie.

Ils vivent dans des Foyers d'Hébergement (FH), qui sont accolés à l'ESAT. (Action Sociale, 2011) Dans cet ESAT il existe :

- Les foyers collectifs.
- Les maisons collectives, que nous appellerons « structure des intermédiaires ».
- Les foyers individuels que nous appellerons « structure autonome ».
- Les externes, qui vivent dans leur propre logement en dehors de l'ESAT.

1.1.4 Présentation des adultes

	J.G. - 1997
Informations personnelles	Service(s) : ESAT (blanchisserie) + FH (structure des intermédiaires)
Observations des professionnels	J.G est décrite comme étant timide et a tendance à se restreindre dans les démarches en autonomie. Pour autant, elle a de bonnes capacités et serait capable de faire ses démarches seule. Selon l'équipe éducative, J.G peut également se montrer agressive lorsqu'elle ne comprend pas, tant envers les éducateurs qu'envers les autres résidents. Elle est également décrite comme autoritaire, particulièrement avec son conjoint.
Entretien individuel	Elle rapporte perdre ses moyens dans les situations nouvelles (passer un appel téléphonique non amical) et dans les situations connues, routinières (au travail). Elle dit aussi avoir peur de tout. Elle aimerait davantage faire par elle-même, être moins guidée et/ou accompagnée dans ce qu'elle entreprend.

	C.D. - 1998
Informations personnelles	Service(s) : ESAT (blanchisserie) + FH (structure des intermédiaires).
Observations des professionnels	Il est très timide.
Entretien individuel	Il dit ne pas être à l'aise dans un environnement extérieur public. Il explique ne pas interpeller de façon générale (un vendeur dans un magasin...).

	F.O. - 1989
Informations personnelles	Service(s) : ESAT (espaces verts) + FH (structure autonome)
Observations des professionnels	Il est décrit par l'équipe éducative du foyer d'hébergement comme étant « angoissé ». Il n'ose pas passer d'appels téléphoniques (autre qu'aux amis ou à sa famille), alors qu'il en aurait les capacités.
Entretien individuel	Il explique ne jamais avoir passé d'appels téléphoniques, mais aimerait apprendre à le faire et dépasser cette angoisse pour gagner en autonomie.

	J.L. - 1998
Informations personnelles	Trouble du langage oral de type « retard de parole » selon le dossier de son ancien établissement. Service(s) : ESAT (blanchisserie) + FH (structure des intermédiaires).
Observations des professionnels	Elle est décrite par l'équipe comme étant très timide.
Entretien individuel	Elle dit avoir « du mal à parler », et se qualifie de « timide ». Elle a parfois du mal à initier les échanges. Elle ne se sent pas capable de passer un appel téléphonique (autre qu'aux amis ou à la famille).

	C.L. - 1992
Informations personnelles	Service(s) : ESAT (pôle agricole) + FH (structure autonome).
Observations des professionnels	Elle est décrite comme timide.
Entretien individuel	Elle dit ne jamais avoir passé un appel téléphonique seule (autre qu'aux amis ou à sa famille). Elle se trouve très réservée mais veut progresser.

	N.D - 1995
Informations personnelles	Service(s) : ESAT (conditionnement) + Foyer d'Hébergement (FH) structure autonome
Observations des professionnels	Il est décrit par l'équipe éducative comme étant timide.
Entretien individuel	Il se dit spontanément maladroit lorsqu'il est en colère : crierait et dirait des choses qu'il ne pense pas. Par ailleurs, il n'oserait pas demander ou dire lorsqu'il n'a pas compris quelque chose. N.D dit vouloir apprendre à maîtriser ses colères, même si les professionnels n'en observent que très peu et le décrivent plutôt comme quelqu'un de timide, qui a au contraire du mal à se positionner.

	M.V. - 1994
Informations personnelles	Service(s) : ESAT (blanchisserie) + FH (structure des intermédiaires)
Observations des professionnels	Elle a tendance à ne pas oser passer des appels téléphoniques alors qu'elle en a les capacités.
Entretien individuel	Elle dit avoir des difficultés à passer un appel téléphonique (autre qu'aux amis ou à la famille), et prendre un rendez-vous seule. Elle bégaye au téléphone et rapporte des blocages. Elle dit également parfois se vexer facilement, et se sentir rejeter des autres.

	D.F. - 1989
Informations personnelles	Service(s) : ESAT (pôle agricole) + FH (structure autonome)
Observations des professionnels	Il ne serait pas toujours adapté dans ses interactions Est-ce de la timidité qui entraînerait de la maladresse ?
Entretien individuel	Il dit avoir du mal à parler avec certaines personnes. Il n'ose pas toujours aller vers les autres car il appréhende leurs réactions.

	D.L. - 1988
Informations personnelles	Service(s) : ESAT (conditionnement) + FH (structure des intermédiaires). Nous notons qu'il a déjà vécu en autonomie, mais il se mettait en danger facilement à cause de son caractère influençable.
Observations des professionnels	Les professionnels de l'ESAT observent un regard inadapté et insistant. Ce trait n'est pas constaté par les professionnels de l'hébergement, jusqu'à aujourd'hui.
Entretien individuel	Il dit pouvoir « vexer des personnes, sans le vouloir », que ce soit au travail ou dans sa vie privée. Par ailleurs, il n'ose pas poser une question à un vendeur et le traduit comme un échec car il voudrait y arriver seul. Il explique également « stresser » lorsqu'il doit prendre un rendez-vous par téléphone.

	C.G. - 1985
Informations personnelles	Service(s) : ESAT (hôtellerie) + SAVS. Externe
Observations des professionnels	Elle est décrite comme étant timide.
Entretien individuel	Elle se trouve timide et a des difficultés à échanger avec les clients dans le milieu professionnel. Elle est également gênée dans sa vie privée, particulièrement lorsqu'elle est seule. De ce fait, elle a tendance à se reposer sur son conjoint pour interagir avec les personnes issues d'un milieu extérieur.

	J.M. - 1979
Informations personnelles	Service(s) : ESAT (cuisine). Externe
Observations des professionnels	Elle peut se montrer maladroite dans ses interactions ou interagir de manière inadaptée. Elle est parfois agressive.
Entretien individuel	Elle explique parfois « vexer les personnes » à qui elle s'adresse, sans le vouloir, et culpabilise beaucoup par la suite.

	A.E. - 1978
Informations personnelles	Service(s) : ESAT (conditionnement) + SAVS Externe
Observations des professionnels	Elle est très timide et parfois maladroite dans les relations sociales.
Entretien individuel	Elle dit « manquer de confiance en elle », ce qui la fait « paniquer » quand on lui demande de faire une activité nouvelle. Elle angoisse au travail mais aussi dans son quotidien (interpeller un vendeur, appel téléphonique). Elle le fait par obligation car vit en autonomie, mais n'est pas à l'aise.

	L.L. - 1979
Informations personnelles	Service(s) : ESAT (pôle agricole) + SAVS Externe
Observations des professionnels	Elle peut se montrer maladroite dans ses interactions
Entretien individuel	Elle dit « avoir du mal à parler dans certaines situations ». Elle rapporte « s'énerver facilement et crier ».

1.1.5 Présentation des groupes

- Un groupe « externes » (vivant à YVETOT) de 4 personnes
- Un groupe « internes » (vivant au centre) de 4 personnes
- Un groupe « internes » (vivant au centre) de 4 personnes

	Timidité	Maladresse	Difficultés à passer des appels téléphoniques	Participants externes
N.D	x	x		
J.G	x		x	
F.O	x		x	
D.F	x	x		
M.V		x	x	
J.L	x		x	
C.L	x		x	
C.G	x			x
J.M		x		x
D.L		x		
A.E	x	x		x
L.L		x		x
C.D	x			

Les ateliers de groupe permettent de favoriser une dynamique sociale mais également partager une problématique commune. (Bricout et al., 2015)

La constitution des groupes s'est faite conjointement avec les intervenants de l'ESAT : Mme Le Strat, psychologue, et Mme Murail, éducatrice spécialisée. L'objectif premier était de constituer des groupes homogènes afin d'instaurer une dynamique positive.

3 groupes ont été constitués :

- 2 groupes avec des résidents internes : un de 4 participants, l'autre de 5 participants.
- 1 groupe d'externes de 4 participants.

1.2 Évaluation

1.2.1 Entretien

Dans un premier temps, les participants ont été reçus en entretien individuel afin de connaître leurs motivations. Dans un deuxième temps, nous leur avons expliqué les objectifs et le contenu des séances.

Ces entretiens visent à tester leur motivation et ainsi assurer une assiduité constante tout au long du programme. De plus, nous voulons que les participants obtiennent toutes les informations nécessaires pour s'engager ou non dans les groupes.

1.2.2 Échelle d'anxiété de Liebowitz

Cette échelle est souvent utilisée pour les études liées à l'anxiété sociale. Elle évalue le degré de peur (de 0 : aucune à 3 : sévère) par rapport à une situation et son degré d'évitement (de 0 : jamais à 3 : habituellement). Elle a été validée en France par des articles scientifiques. (Yao et al., 1999) Elle est constituée de 24 items.

Un score total compris :

- Entre 56 et 65 renvoie à une anxiété sociale modérée.
- Entre 65 et 80 à une anxiété sociale marquée.
- Entre 80 et 95 à une anxiété sociale sévère.
- Au-delà de 95, signe une anxiété sociale très sévère. (Camart et al., 2006)

J'ai réalisé moi-même la passation de l'échelle.

1.2.3 Vineland II

La passation de la Vineland est dûment remplie par les référents ou les éducateurs afin d'avoir des résultats objectifs et proches de la réalité. La Vineland Adaptive Behavior Scale-Second Edition est une batterie standardisée, étalonnée avec un échantillon représentatif. Elle permet d'évaluer le comportement adaptatif, c'est-à-dire les compétences fonctionnelles de l'individu dans la vie quotidienne. (Inserm, 2016)

Les passations se sont déroulées en deux temps : tout d'abord, un premier temps en septembre avant le début des séances, puis un second temps à la fin des séances. Les questionnaires sont administrés sous format papier afin de remplir directement sur la feuille. Compte tenu du sujet choisi, nous avons sélectionné uniquement les items des domaines :

- « Vie quotidienne », plus spécifiquement le sous-domaine « contact avec les autres » avec les items pour les plus de 16 ans, en accord avec la classe d'âge de notre population.
- « Socialisation », plus spécifiquement le sous-domaine « s'adapter » avec les items pour les plus de 16 ans.

1.3 Les ateliers

Chaque séance s'est déroulée de la manière suivante :

- **Le temps d'accueil**, temps informel qui se compose des salutations des participants et échanges sur la semaine passée. Cela permet d'avoir des informations sur la thymie de chacun.
- **Le feed-back** de la semaine précédente afin de rappeler la thématique et les points principaux. Il permet de renforcer les apprentissages.
- **Les enseignements théoriques**, qui annoncent et présentent le thème abordé durant la séance. Cette partie donne des informations formelles. L'animateur donne des exemples précis afin d'expliquer une notion, un comportement à travers du vocabulaire simple, parfois des démonstrations.
- **Les exercices pratiques** autour du thème du jour. Les exercices se composent principalement de jeux de rôles, de résolutions de situations-problèmes, de scénarios sociaux à construire. L'animateur participe aux exercices, et utilise le plus de renforçateurs verbaux positifs de type « bravo », « tu as tout à fait raison », « merci beaucoup », « c'est très bien ».
- **Le résumé ou le topo** de la séance avec un rappel des points clés abordés durant la séance.

- **La généralisation** où l'animateur donne l'exercice pratique à réaliser dans la vie quotidienne.

1.3.1 *Lieu, fréquence et durée*

Lieu :

Nous avons voulu choisir un lieu commun, disponible et accessible, directement au sein de l'établissement. Notre choix s'est porté sur la salle de pause de l'espace d'hébergement autonome. Elle se compose d'une grande pièce de vie avec des tables rondes et un coin cuisine pour préparer des boissons. L'objectif majeur était de ne pas changer l'environnement des séances afin de favoriser l'adaptation des participants et instaurer une ritualisation. (Baghdadli et al., 2011)

Les ateliers se sont déroulés sous 10 semaines entre mi-septembre et fin janvier.

Les séances durent une heure et elles englobent :

- **10 minutes** qui incluent le temps d'accueil et le débriefing de la séance précédente avec éventuellement les exercices à réaliser.
- **40 minutes** qui comportent les informations théoriques et les exercices pratiques.
- **10 minutes** sont dédiées en fin de séance au feed-back de la séance ainsi que les exercices à réaliser pour la semaine suivante. (Baghdadli et al., 2011)

1.3.2 *Habilités travaillées*

Les activités ont été tirées de différents ouvrages qui nous ont permis d'élaborer les séances. Nous avons cependant adapté certains exemples ou situations au quotidien des participants. Ces ouvrages sont référencés dans la bibliographie. (Baghdadli et al., 2011, Bousquet et al., 2006 ; Fallourd et al., 2017 ; Leclair Arvisais, s.d ; Liberman et al., 2005)

Activités autour des habiletés interpersonnelles :

Deux séances (séance 2, séance 8) sont dédiées aux habiletés interpersonnelles, soit les habiletés et comportements qui permettent de créer des liens, de se faire des amis. Nous orientons les séances vers :

- La présentation, à travers des activités d'échanges d'informations entre binômes.
- Les codes sociaux, et particulièrement l'utilisation du tutoiement et du vouvoiement à travers des mises en situation.
- Les compliments en donnant des exemples, explicitant ses émotions puis faire des jeux de rôles.

Activités autour des habiletés personnelles :

Deux séances (séance 3, séance 9) recouvrent le thème des habiletés personnelles. Elles permettent d'évaluer une situation sociale, choisir une habileté appropriée dans un contexte donné et de déterminer si l'habileté utilisée est efficace. Elles traitent :

- Des émotions de bases, complexes et négatives travaillées autour de la résolution de situations-problèmes.
- Travailler autour des règles conversationnelles, plus particulièrement l'écoute active et la conversation téléphonique, qui étaient des problèmes majeurs rapportés lors des entretiens individuels.

Activités autour des habiletés à s'affirmer :

Quatre séances portent sur les habiletés à s'affirmer (séances 4, séance 5, séance 6, séance 7). Ces habiletés sont les comportements qui permettent d'exprimer ses besoins sans recours à l'agressivité. Nous travaillons sur :

- La réalisation et la réponse à une demande à travers la situation-problème et les jeux de rôle.
- La réalisation et la réponse à un refus à travers les jeux de rôle.
- La réalisation et la réponse à une critique à travers la citation d'exemples et les jeux de rôle.

Habiletés de communication :

Les habiletés de communication sont les habiletés à bien communiquer, incluant la capacité d'écoute. Nous n'avons pas dédié de séance à ces capacités car elles sont intégrées dans toutes les situations sociales, et donc obligatoirement travaillées de manière implicite.

Séances d'accueil et de clôture :

La séance d'accueil permet d'expliquer le déroulement des séances, faire connaissance avec les participants, de faire connaissance entre eux. Ces séances permettent de créer une cohésion de groupe positive. La séance de clôture permet d'avoir un retour direct des ressentis et expériences de chacun de manière qualitative.

Nous avons choisi de ne pas traiter les habiletés utiles dans un contexte d'apprentissage (ou de travail), des habiletés valorisées par les autres et associées à l'acceptation des pairs. En effet, nous avons voulu ne pas intégrer l'aspect professionnel omniprésent dans leur quotidien. De plus, chacun travaille dans des domaines différents. Les participants ne mobilisent pas forcément les mêmes compétences. Cette diversité aurait complexifié la généralisation des exercices à tous les participants.

1.3.3 Composition des ateliers

Jeux de rôles, mises en situation

Ces exercices proposent des situations diverses liées à l'habileté travaillée tout en étant adaptés au niveau des participants. Le comportement est modelé. En effet, l'animateur explique la réaction attendue de manière explicite, ou effectue une démonstration. Puis, le participant réalise la mise en situation avec l'aide de l'animateur. L'objectif final est de laisser la personne réaliser la scène en autonomie complète.

Le jeu de rôle inversé

Il consiste à inverser les rôles, par exemple le participant joue le rôle de l'animateur et inversement.

La scène peut être soumise à des commentaires de la part des autres participants. Le but est de donner des feedbacks positifs pour les aider à s'améliorer.

Cette activité permet de dépasser les obstacles rencontrés dans la vie quotidienne.

Les histoires dirigées

Cette activité ludique consiste à ce que l'animateur raconte une histoire, une situation réelle ou inventée, et les participants donnent l'émotion la plus adaptée à la situation. Ils doivent se mettre à la place de la personne, et dire ce qu'ils ressentent comme émotions. Cela permet de travailler les émotions en contexte, mais également sur la

verbalisation de son ressenti. L'animateur peut demander aux participants de débattre afin d'aboutir vers une décision commune et unanime.

Exposé

L'exercice vise à effectuer un travail d'écoute pour obtenir toutes les informations pertinentes du discours. Puis, des questions ouvertes sont posées par rapport à la présentation entendue. L'objectif est d'initier, maintenir et clore une conversation à partir d'un sujet choisi.

Exposition en situation dirigée

L'exercice consiste à donner une situation problème puis désigner un décideur : les autres participants doivent donner des solutions (adéquates ou non) et le décideur doit exposer la solution qui lui semble la plus appropriée.

Situation ou exemple à commenter

L'animateur donne une situation réelle ou artificielle et les participants doivent la commenter : ils doivent déceler ce qui convient, ce qui ne convient pas, éventuellement choisir une réponse parmi celles proposées ou la trouver par eux-mêmes.

Mime

Chaque participant doit choisir une émotion, la mimer, et la faire deviner aux autres.

Présentation en binôme

Demander aux participants de se mettre en binôme pour se présenter l'un à l'autre pendant 10 minutes. Ils apprennent à se connaître en se posant des questions. Chaque participant présente ensuite son binôme devant le groupe.

2 Résultats

2.1 Informations générales

2.1.1 *Échelle de Liebowitz*

Nous avons retranscrit les résultats par groupe, et sous forme de tableau. Nous avons inscrit « résultats T0 » pour les évaluations de septembre et « résultats T1 » pour les évaluations de janvier. La colonne « Analyse » indique les écarts entre les deux temps pour chaque participant, et quantifie la potentielle évolution.

Le deuxième tableau retranscrit les résultats de chaque participant. Nous avons voulu montrer le degré d'anxiété sociale entre le T0 et le T1, afin d'objectiver une éventuelle amélioration.

2.1.2 *Vineland II*

Avec les difficultés actuelles liées à la crise sanitaire il n'a pas été possible de se procurer le manuel de la Vineland II, et ainsi se référer à une population étalonnée. Nous avons tout de même décidé d'analyser de manière qualitative les résultats quand cela était possible.

Les résultats sont difficilement recevables car les questionnaires n'ont pas toujours été remplis par la même personne entre le T0 et le T1 ce qui provoque des écarts dans les résultats.

De plus, Nous n'avons pas reçu le questionnaire en T1 pour C.L, N.D et D.L. Nous n'avons donc pas comparé ces résultats entre les deux temps.

Nous avons retranscrit les scores bruts de la Vineland II dans un tableau avec les différents domaines évalués soit « vie quotidienne » ainsi que « socialisation », puis les sous-domaines « contact avec les autres » et « s'adapter ».

Nous avons choisi de retirer la partie « jouer, utiliser son temps libre » sous-domaine de la compétence socialisation. Nous n'avons pas obtenu assez de résultats. Les éducateurs ont largement coché « ne sait pas » sur le questionnaire, ce qui ne nous permettent pas d'exploiter les données.

Le questionnaire se quantifie de cette manière :

- 2 points si la personne réalise le comportement habituellement.
- 1 point si elle l'effectue parfois ou en partie
- 0 point si elle ne l'effectue jamais
- NSP, soit « ne sait pas » lorsque l'éducateur n'a jamais vu, ou ne sait pas si la personne est capable d'effectuer ce comportement
- NA, soit « non applicable » lorsque la personne n'a jamais été confrontée à cette situation ou ce comportement.

Nous avons inscrit les scores totaux maximaux pour « contact avec les autres » qui s'évalue sur 34 points, et « s'adapter » qui s'évalue sur 60 points.

Ce total nous a permis d'effectuer des pourcentages pour chaque participant, afin d'obtenir un ajustement proportionnel des résultats. Cette évolution est retranscrite dans la colonne « Analyse en points (de pourcentage) » qui permet de voir si la personne a progressé (+) ou si elle a régressé (-). Nous avons choisi de calculer les scores bruts obtenus à travers l'analyse de points par pourcentage car cela permet de mettre en avant plus simplement et de manière plus marquée les écarts entre le T0 et le T1.

2.2 Présentation des résultats

2.2.1 Échelle de Liebowitz

Pour rappel : un score total compris entre 56 et 65 renvoie à une anxiété sociale modérée, entre 65 et 80 à une anxiété sociale marquée, entre 80 et 95 à une anxiété sociale sévère et, au-delà de 95, signe une anxiété sociale très sévère.

Groupe 1 :

Participants	Résultats peur T0	Résultats peur T1	Analyse	Résultats évitement T0	Résultats évitement T1	Analyse
J.G	35	30	-5	30	27	-3
J.L	21	13	-8	22	17	-5
C.L	38	26	-12	33	28	-5
F.O	37	30	-7	37	33	-4
C.D	37	27	-10	28	23	-5

Participants	Score	Degré de phobie T0	Score	Degré de phobie T1
J.G	62	Modéré	57	Modéré
J.L	43	/	30	/
C.L	67	Marqué	54	/
C.D	65	Modéré	50	/

On observe une amélioration chez tous les participants. Les améliorations sont plus importantes pour les résultats de peur, avec un maximum de 12 points pour C.L. Les améliorations sont plus homogènes pour les scores d'évitement (entre -3 et -5).

- Pour C.L et C.D, nous sommes passés d'une anxiété sociale modérée à un score considéré comme non pathologique.
- Pour J.G., on note également une amélioration qui la maintient dans l'anxiété sociale modérée, mais qui la rapproche du score non pathologique de 55.
- J.L n'avait pas de score pathologique au T0 mais réduit son score de peur et plus légèrement celui d'évitement. Elle s'est éloignée du score pathologique.

Groupe 2 :

Participants	Résultats peur T0	Résultats peur T1	Analyse	Résultats évitement T0	Résultats évitement T1	Analyse
N.D	15	7	-8	8	4	-4
D.F	30	21	-9	22	18	-4
M.V	33	20	-13	30	21	-9
D.L	43	32	-11	37	34	-3

Participants	Score T0	Degré de phobie T0	Score T1	Degré de phobie T1
N.D	23	/	11	/
D.F	52	/	39	/
M.V	63	Modéré	41	/
D.L	70	Marqué	65	Modéré

Pour le groupe 2, on observe également une amélioration chez tous les participants. Les améliorations sont plus importantes pour les résultats de peur. Les améliorations sont moindres pour les scores d'évitement.

- M.V est passée d'une phobie modérée à un score non pathologique
- D.L d'une anxiété marquée à une anxiété modérée.
- N.D et D.F n'obtenaient pas un score qui les situait en situation d'anxiété mais leurs scores de peur et d'évitement ont baissé.

Groupe 3 :

Participants	Résultats peur T0	Résultats peur T1	Analyse	Résultats évitement T0	Résultats évitement T1	Analyse
C.G	43	28	-15	37	28	-9
J.M	41	31	-10	37	30	-7
A.E	37	28	-9	27	21	-6
L.L	31	23	-8	26	18	-8

Participants	Score	Degré de phobie T0	Score	Degré de phobie T1
C.G	80	Sévère	56	Modéré
J.M	77	Marqué	61	Modéré
A.E	64	Modéré	49	/
L.L	57	Modéré	41	/

Le groupe 3 est le groupe où l'on observe une plus nette amélioration. L'analyse témoigne d'un score maximal de 15 points.

Tous les participants ont baissé leur degré d'anxiété sociale :

- C.G est passée du stade sévère au stade modéré.
- J.M du stade marqué à celui de modéré.
- A.E et L.L sont passés d'une anxiété modérée vers un score non pathologique.

2.2.2 Résultats Vineland II

Groupe 1

Participants	Vie quotidienne		Analyse en points (de pourcentage)	Socialisation		Analyse en points (de pourcentage)
	Contact avec les autres (Total sur 34)			S'adapter (Total sur 60)		
	T0	T1		T0	T1	
J.G	17/24	22/34	-5	17/38	18/36	+5
% de réussite	70%	65%		45%	50%	
J.L	29/34	12/18	-18	54/56	18/22	-14
% de réussite	85%	67%		96%	82%	
C.L	24	/		34	/	
F.O	22/30	24/32	+2	38/56	17/22	+9
% de réussite	73%	75%		68%	77%	
C.D	30/34	24/26	+4	49/60	43/60	-9
% de réussite	88%	92%		81%	72%	

Pour le groupe 1, les résultats sont variés : 2 participants baissent entre le T0 et le T1 pour le sous-domaine « contact avec les autres » tout comme pour le sous-domaine « s'adapter ». Globalement les améliorations sont légères.

- On observe une légère amélioration pour F.O dans les deux compétences.
- Pour J.G, on observe également une légère amélioration pour la compétence « s'adapter », mais une légère baisse pour « contact avec les autres ».

- C.D s'est légèrement amélioré en « contact avec les autres » mais pas dans la compétence « s'adapter ».
- Enfin, on relève une baisse significative entre le T0 et T1 dans les deux domaines pour J.L.

Groupe 2

Participants	Vie quotidienne		Analyse en points (de pourcentage)	Socialisation		Analyse en points (de pourcentage)
	Contact avec les autres (Total sur 34)			S'adapter (Total sur 60)		
	T0	T1		T0	T1	
N.D	28	/		45	/	
D.F	25/34	22/30	=	30/56	39/60	+12
% de réussite	73%	73%		53%	65%	
M.V	22/34	15/30	-14	41/60	42/60	+2
% de réussite	64%	50%		68%	70%	
D.L	11	/		18	/	

On observe une légère amélioration pour le sous-domaine « s'adapter » mais aucune progression n'est observée pour le sous-domaine « contact avec les autres ».

- D.F n'a pas amélioré ses compétences entre le T0 et T1 pour « contact avec les autres », mais s'améliore pour « s'adapter ».
- Pour M.V, on observe une chute pour les scores de la rubrique « contact avec les autres », et une légère progression pour « s'adapter » entre les deux temps.

Groupe 3

Participants	Vie quotidienne		Analyse en points (de pourcentage)	Socialisation		Analyse en points (de pourcentage)
	Contact avec les autres (Total sur 34)			S'adapter (Total sur 60)		
	T0	T1		T0	T1	
C.G	26/30	28/30	+ 6	28/30	40/50	-13
% de réussite	87%	93%		93%	80%	
J.M	16/30	21/24	+ 34	34/52	42/52	+16
% de réussite	53%	87%		65%	81%	
A.E	15/24	33/34	+ 37	44/50	52/58	+2
% de réussite	63%	97%		88%	90%	
L.L	24/32	31/32	+ 22	45/58	49/60	+4
% de réussite	75%	97%		78%	82%	

On observe une amélioration pour le sous-domaine « contact avec les autres ». Les progrès sont globalement moins importants pour le sous-domaine « s'adapter ». On peut même observer une régression chez une participante.

- C.G est la participante qui a le moins évolué entre le T0 et le T1. Elle progresse légèrement pour la compétence « contact avec les autres » mais chute pour la compétence « s'adapter ».
- J.M s'est nettement améliorée dans les deux domaines mais particulièrement pour « contact avec les autres ».
- A.E s'est amélioré dans les deux domaines. Elle a beaucoup progressé pour « contact avec les autres », et légèrement pour « s'adapter ».
- L.L s'est améliorée pour les deux domaines, mais particulièrement pour le sous-domaine « contact avec les autres ».

3 Discussion

3.1 Re-contextualisation

L'objectif de cette étude est de montrer si les ateliers d'habiletés pragmatiques ont une incidence sur la vie quotidienne d'adultes déficients intellectuels légers, et notamment s'ils peuvent permettre de réduire leur anxiété sociale. Pour cela, nous avons établi un protocole d'entraînement aux habiletés sociales pour trois groupes différents que nous avons évalués à l'aide de questionnaires. Nous souhaitons également savoir s'il transparaît des différences entre les trois groupes, et notamment entre les deux groupes d'internes et le groupe d'externes.

3.2 Résultats

La présentation des résultats s'appuie sur les tableaux donnés dans la partie « Résultats », mais nous avons étayé nos propos avec des données qualitatives recueillies au fil de nos observations, ainsi qu'avec les observations des professionnels de l'ESAT.

Groupe 1

Échelle d'anxiété de Liebowitz :

Pour le groupe 1, tous les participants se sont globalement améliorés.

Ils ont rapporté de manière unanime que les ateliers leur avaient permis d'avoir moins peur des contacts sociaux, mais ils continuent à éviter la plupart de ces situations.

Ce groupe obtient les scores les plus homogènes d'évitement entre T0 et T1. Le groupe 1 possède plus de conduites d'évitement que les autres groupes. Cette observation peut s'expliquer par la timidité marquée de tous les participants qui composent le groupe.

C.L et C.D, ne se situent plus au seuil pathologique. Ils obtiennent les meilleurs scores du groupe, et cela s'est ressenti au cours des ateliers : ils prenaient davantage la parole et se portaient plus volontaires pour les activités au fil des séances.

Selon mes observations personnelles, je pense que J.G s'est sous-évaluée car elle s'est investie dans tous les ateliers et dans les exercices à réaliser dans la vie quotidienne. Certes, la généralisation au quotidien reste difficile, mais l'apprentissage des notions est correct.

A contrario, J.L s'est surévaluée. Elle rapporte peu de situations stressantes et d'évitement, alors que les professionnels qui l'entourent rapportent des échanges maladroits à cause de l'anxiété et j'ai notamment observé peu d'interactions adaptées avec ses pairs.

Vineland II :

Les ateliers n'ont pas impacté de façon nette les échanges sociaux pour le groupe 1, pour lequel on ne relève pas d'amélioration significative. Seul F.O s'est amélioré dans les deux compétences « vie quotidienne » et « socialisation ». Les questionnaires n'ont pas été remplis par les mêmes personnes ce qui peut expliquer les variations entre les scores des deux temps, notamment pour J.L pour qui l'on observe une chute de score. L'éducateur du T1 a précisé que c'était une personne très timide qui n'initiait que très peu les contacts avec autrui, ce qui n'a pas été notifié dans le questionnaire remis au T0. J.G obtient des scores qui s'équilibrent globalement mais qui ne nous permettent pas d'objectiver une progression due aux ateliers.

Groupe 2

Échelle d'anxiété de Liebowitz :

On observe une amélioration pour tous les participants. Cette amélioration peut s'expliquer par les ateliers d'habiletés sociales, qui leur ont permis de s'entraîner sur plusieurs situations qu'ils redoutaient. Les scores sont plus homogènes que pour le groupe 1.

Concernant les participants, N.D s'est surestimé. En effet, son niveau de peur en T0 est plus bas que ceux des autres, mais j'ai repéré les mêmes difficultés que ses pairs. Cette surestimation doit sans doute venir d'un manque d'objectivité. D.F est à la limite du score pathologique au T0. C'est un des seuls participants pour qui il a été compliqué d'effectuer la passation de l'échelle : sa compréhension verbale est plus fragile, il a donc été nécessaire d'utiliser des exemples concrets pour illustrer chaque situation du questionnaire. Durant les ateliers, il était plus réservé que les autres, mais il a nettement progressé sur ce point.

M.V et D.L ont tous les deux progressé sur leur impulsivité : ils sont moins agressifs envers autrui, et réfléchissent davantage aux conséquences de leurs paroles, ce qui explique pourquoi M.V affronte plus de situations sociales. La difficulté principale reste la généralisation des comportements au quotidien.

Vineland II :

Les ateliers ont potentiellement permis à D.F de s'adapter aux autres plus facilement. On relève des améliorations pour les items liés à la compréhension de l'implicite, il gère plus ses émotions et se retrouve moins dans des situations de maladresse grâce à une meilleure prise en compte de son environnement.

Pour M.V, les efforts fournis durant les ateliers ne transparaissent pas à travers le questionnaire. On observe une chute des scores qui peut s'expliquer par des difficultés personnelles rencontrées pendant le déroulé des ateliers. Elle a cependant trouvé la force de mieux s'adapter, et a réussi à contrôler ses émotions, notamment la tristesse, en recherchant plus volontiers le dialogue.

Groupe 3

Échelle d'anxiété de Liebowitz :

Chez tous les participants, on observe une amélioration de l'anxiété. Les groupes d'habiletés sociales ont permis de travailler sur les relations sociales ce qui explique la baisse de leur anxiété sociale.

Cependant, comme les autres groupes, le score d'évitement au T1 est plus bas que les résultats de peur au T1 : on peut dire que les ateliers ont permis une diminution de la peur sociale mais il est encore difficile d'affronter ces situations d'échanges. Cependant, les participants avaient tous déjà conscience de leurs difficultés contrairement aux membres des autres groupes, et avaient donc des envies et des objectifs plus ciblés.

On note la meilleure progression dans ce groupe avec C.G Les scores inter-participants sont hétérogènes, mais ceux intra-participants sont homogènes, notamment pour A.E et L.L. Leurs résultats de peur à l'échelle de Liebowitz sont corrélés à leurs résultats d'évitement. Les participants ressentent moins de stress face à des échanges sociaux et les affrontent plus dans leur vie quotidienne. D'ailleurs, cette amélioration s'est particulièrement remarquée chez A.E, qui engage plus de conversations spontanées et adaptées.

Vineland II :

Nous observons des améliorations nettes pour la majorité des participants. Nous pouvons présupposer que les ateliers ont été bénéfiques pour les participants, sauf pour C.G qui n'a pas progressé pour la compétence d'adaptation, puisque l'éducateur du T1 a considéré comme « partiellement acquis » le fait de gérer ses émotions et d'utiliser des formules de politesse. Nous avons pourtant travaillé ces notions durant les ateliers, mais elles restent difficilement généralisées dans la vie quotidienne. J.M a effectué la plus importante progression pour les deux compétences. En effet, elle voulait principalement travailler sur sa maladresse et sur la gestion de son agressivité, et elle a rapidement généralisé les acquis dans sa vie personnelle et professionnelle. Ses éducateurs rapportent la présence de formules de politesse, et des discussions plus apaisées avec la hiérarchie.

A.E a également évolué, elle engage plus d'échanges malgré sa timidité. Elle a d'ailleurs obtenu un poste à plus haute responsabilité au sein de l'ESAT qui nécessite davantage d'interactions sociales avec des personnes extérieures.

Enfin, L.L s'est également améliorée puisqu'elle est moins directe dans ses échanges et les éducateurs relèvent des améliorations sur la gestion de ses émotions. Cependant, il a été difficile de les contrôler au cours des ateliers, particulièrement pour la dernière séance où la gestion de la tristesse n'a pas été optimale en contexte réel. En effet, son impulsivité est encore marquée que ce soit au cours des ateliers, dans sa vie personnelle ou encore dans sa vie professionnelle.

3.3 Mise en lien avec les recherches antérieures et validation des hypothèses

Au vu des résultats subjectifs obtenus, les ateliers d'entraînement aux habiletés sociales ont un impact positif chez chaque participant. Cette amélioration s'observe, à travers les questionnaires, par une baisse de l'anxiété sociale mais ne se répercute pas toujours sur la vie quotidienne sur une période inférieure à 6 mois.

Les ateliers ont objectivé de manière qualitative et quantitative, une amélioration de l'anxiété sociale chez tous les participants.

Étant donné que les troubles anxieux sont très répandus chez les déficients intellectuels, il est intéressant d'observer une diminution de l'anxiété dernière chez tous les participants qui ont suivi les ateliers.

Les personnes déficientes intellectuelles basculent d'un cercle vicieux comme nous l'avons présenté dans la partie théorique, à un cercle vertueux : leur anxiété sociale décroît, ils ont donc plus d'interactions avec le monde extérieur. Ils possèdent moins de difficultés dans la vie quotidienne, et ils sont mieux insérés dans la société.

C'est pourquoi l'anxiété sociale et l'autonomie dans la vie quotidienne sont intrinsèquement liées : si l'anxiété sociale baisse, la vie quotidienne s'améliore pour les raisons évoquées précédemment.

Les résultats de l'échelle de Liebowitz sont donc en accord avec différentes études scientifiques mettant en avant une diminution significative de l'anxiété sociale grâce aux ateliers d'habiletés sociales. Cependant, cette méthode de rééducation n'est pour l'instant reconnue que pour un trouble du spectre autistique selon la haute autorité de santé (HAS). (Fallourd et al., 2017)

Les données brutes de la Vineland ne montrent pas de réelle amélioration sur l'autonomie dans la vie quotidienne pour la majorité des participants. Il est d'ailleurs plus complexe d'observer des améliorations chez une personne déficiente intellectuelle légère que moyenne ou sévère ce qui pourrait expliquer les faibles améliorations.

Nous avons également recueilli les avis des éducateurs qui entourent chaque participant afin d'avoir un regard plus qualitatif. Tous, ont remarqué de manière plus ou moins importante, des progrès au niveau des échanges : cela s'est parfois traduit par une baisse de l'agressivité, des tournures de politesse plus employées, des personnes plus avenantes et ouvertes aux rencontres. Certains participants ont même été promus à des postes qui nécessitent plus d'échanges avec des personnes extérieures.

Grâce à différentes méthodes d'apprentissages exposées dans la partie théorique et reprises dans les ateliers (phénomène d'habituation, apprentissage implicite et

explicite), les participants ont acquis une plus grande liberté quant à l'expression de leurs voix, de leurs envies et de leurs émotions.

Enfin, nous avons privilégié la thérapie de groupe. Les protocoles d'habiletés sociales préconisent ce type de prise en charge afin de réaliser des activités en contexte, par exemple les jeux de rôle, et qui apportent un aspect plus écologique.

Afin d'établir un protocole adapté aux participants, nous nous sommes inspirés de nombreux ouvrages de références : des entraînements avec des enfants, des patients avec un trouble du spectre autistique, des adultes avec un trouble psychiatrique, etc. Nous avons donc pris en compte les intérêts des séances de groupe, mais nous avons été confrontés aux limites de cette méthode. En effet, la généralisation des exercices dans la vie quotidienne n'a parfois pas été réalisée, soit parce que la situation ne s'est pas présentée, soit parce que les participants ont oublié. De ce fait, nous avons intégré les éducateurs ainsi que les moniteurs qui encadrent chaque participant pour un investissement plus global, et un retour cohérent entre ce que rapportent les participants et ce qui est observé dans la vie quotidienne.

Cependant, nous n'avons pas observé de meilleures capacités d'habiletés sociales chez les participants externes. Les personnes extérieures à l'ESAT vivent souvent accompagnées, et ont tendance à s'appuyer sur une tierce personne (le/la conjoint(e)) pour contourner des situations sociales problématiques, notamment les appels téléphoniques. A travers les questionnaires, nous remarquons que les participants ont plus tendance à se sous-évaluer : ils n'ont pas conscience de leurs forces, de leurs capacités, et les manifestations psychologiques ou physiologiques de l'anxiété sociale sont plus marquées. Cela peut s'expliquer par une meilleure conscience de leurs difficultés au quotidien du fait de leur âge plus avancé (entre 35 et 43 ans) que les groupes d'internes, et donc du nombre plus élevé d'expériences vécues de façon négative.

Nos hypothèses sont donc partiellement validées : Le travail sur les habiletés sociales a un impact positif sur les participants. En revanche, nous n'observons pas de meilleures capacités sociales, que ce soit au niveau des émotions, du contexte situationnel ou d'une anxiété sociale moindre, chez le groupe d'externes en comparaison des résultats des deux groupes d'internes.

Nous avons émis l'hypothèse d'une anxiété moins marquée dans les échanges, du fait de leur plus grande autonomie dans la vie quotidienne. Finalement, nous avons observé à travers l'échelle de Liebowitz que l'anxiété était plus grande pour le groupe d'externes, car les participants sont plus conscients de leurs difficultés. Les déficients intellectuels légers sont plus touchés par l'anxiété sociale que la population sans déficience intellectuelle comme nous l'avons exposé dans la partie théorique. L'anxiété sociale touche donc autant les personnes internes (personnes qui vivent dans l'ESAT dans des foyers d'hébergement) que les personnes externes (personnes qui vivent hors de l'ESAT).

3.4 Limites et perspectives

3.4.1 Biais et limites

La première limite concerne les outils d'évaluation. En effet, compte tenu des circonstances dues à la crise sanitaire, nous n'avons pas pu obtenir les étalonnages de la Vineland II. Nous avons donc axé les résultats sur une analyse qualitative. Il manque des données quantitatives. De plus, les deux questionnaires en T0 et en T1 n'ont pas été remplis par les mêmes personnes, ce qui a engendré des écarts entre les deux temps, et constitue un biais majeur dans ce mémoire.

Nous nous sommes appuyés sur une échelle d'anxiété validée scientifiquement, l'échelle de Liebowitz. Cependant, nous l'avons remplie de manière subjective ce qui ne nous donne pas des résultats fiables. Les participants aux ateliers ont répondu eux-mêmes au questionnaire au cours d'un entretien, et la question de la compréhension verbale s'est posée.

Nous avons également trouvé un biais concernant la population. En effet, nous avons constitué trois groupes : groupe 1 et groupe 2 composés de participants en internat, et le groupe 3 qui est externe. Nous avons donc pu comparer les différents résultats des internes, cependant nous n'avons pas de comparaison possible pour les externes. Nous avons donc réalisé des corrélations intragroupes, mais pas intergroupes. Un groupe supplémentaire aurait donc permis d'avoir davantage de résultats pertinents.

Une deuxième limite que nous avons constatée concerne le niveau cognitif des participants : la majorité des participants étaient non-lecteurs, ce qui a considérablement limité les possibilités de supports au cours des ateliers. Nous sommes donc passés par des activités qui ne mobilisaient pas la lecture, tels que des enregistrements vocaux ou des outils numériques de type dictée vocale, afin de ne pas les mettre en échec.

Par ailleurs, étant donné les difficultés mnésiques spécifiques aux déficients intellectuels évoquées dans la partie théorique, liées à des limitations cognitives qui ne leur permettent pas d'accéder à la lecture, il a été plus difficile de fixer les apprentissages des habiletés vues en ateliers.

Enfin, le dernier biais majeur de ce mémoire demeure la temporalité. En effet, les ateliers se sont déroulés sur 10 séances, soit dix semaines. Or, les ouvrages d'entraînement aux habiletés sociales considèrent que c'est un minimum. Les études sont généralement menées sur une vingtaine de séances, soit plus du double. Cependant, il y avait une réelle demande de la part des participants, il aurait été plus judicieux d'augmenter le nombre de séances et ainsi mieux généraliser les apprentissages.

3.4.2 Perspectives

Comme nous l'avons mentionné dans la discussion, il existe plusieurs biais et limites dans ce mémoire, et il serait donc intéressant de refaire l'étude en les prenant en compte, et de les corriger si cela est possible.

Dans un premier temps, une évaluation quantitative étalonnée permettrait de comparer les résultats qualitatifs, ainsi qu'apporter une validité externe au mémoire. Il serait donc possible de réutiliser la Vineland II. Une seconde possibilité serait d'utiliser une autre évaluation.

Pour cela, il serait possible d'utiliser le Social Interaction Schedule (SIS), le test d'évaluation de l'interaction sociale en français. Ce test recueille des informations quantitatives subjectives et qualitatives, mais il demeure complet et en adéquation avec le domaine des habiletés sociales.

Le deuxième objectif majeur serait de réaliser les ateliers sur une plus longue période, afin d'automatiser des comportements et ainsi observer davantage de répercussion sur la vie quotidienne.

De plus, les activités choisies étaient adaptées à tous les groupes afin de s'adapter au niveau cognitif de chacun, mais il serait possible d'utiliser davantage de supports visuels sans passer par la lecture afin de varier les exercices, mais aussi de mieux fixer les apprentissages avec plus d'exemples, notamment des vidéos ou des photos. Différentes méthodes sont exposées par l'INSERM ou l'ASHA qui seraient exploitables pour l'avenir.

En outre, nous avons exposé dans la partie « biais et limites » l'aspect non équitable des groupes. Il serait donc possible, si le temps et l'organisation le permettent, d'ajouter un groupe d'externes afin d'effectuer davantage de corrélations entre les groupes soit 2 groupes d'externes ainsi que 2 groupes d'internes.

Nous n'avons pas pu nous appuyer sur les résultats de la Vineland II pour affirmer ou infirmer notre hypothèse opérationnelle concernant les compétences des groupes d'internes contre celui d'externes. Pourtant, au niveau qualitatif, nous avons pu observer des différences notamment sur la conscience du trouble. Il serait donc intéressant d'approfondir cette perspective pour apporter des résultats fiables quantitativement, et ainsi répondre à ce questionnement.

De plus, nous n'avons pas pu le mettre en place cette année, mais il serait intéressant de pousser la situation écologique et de proposer de se rendre dans différents commerces de proximité pour échanger avec un vendeur par exemple. Cela nous permettrait d'évaluer les habiletés sociales en conditions réelles et mettre les participants en situations concrètes.

Nous avons donc proposé une suite à une étudiante en M1, afin de poursuivre le projet. L'objectif principal sera donc plus axé sur des objectifs spécifiques des habiletés sociales qu'elle pourra définir par la suite avec les différents professionnels de l'ESAT, mais aussi en fonction de la demande des participants.

3.5 Liens avec l'orthophonie

3.5.1 D'un point de vue personnel

Ce mémoire clinique, nous a permis de réaliser des ateliers dans des conditions réelles. L'orthophonie recouvre un large champ de compétences, dont celui de la pragmatique. En effet, nous pouvons être amenés à exploiter ce domaine au cours de notre pratique, comme dans le cas de la déficience intellectuelle. L'orthophoniste pourra être amenée à organiser des ateliers thérapeutiques, que ce soit au sein d'une structure ou d'un cabinet indépendant.

Pour mener ces ateliers, j'ai véritablement créé un lien et une relation de confiance avec chaque participant pour permettre le bon déroulé des séances. La création de ce protocole d'entraînement aux habiletés sociales pourra être un support dans ma future pratique.

Mais en plus de cela, en tant que médiateur, j'ai aidé les participants à créer des liens entre eux. En effet, les ateliers se faisaient en groupe et il a parfois fallu apaiser des tensions mais aussi gérer des moments d'angoisses ou de grandes tristesses qui étaient partagés entre tous. La relation thérapeutique n'est pas la même quand on s'adresse à un groupe, car il est nécessaire de s'adapter à la thymie de chacun.

J'ai également réalisé, notamment grâce à mon maître de mémoire psychologue et aux éducateurs qui ont porté ce projet, le caractère indispensable de la pluridisciplinarité. L'orthophonie est à l'intersection de différentes disciplines comme la psychologie ou la sociologie, et c'est ce qui nous permet des prises en charge variées que ce soit au niveau de la pathologie ou de l'âge des patients.

De plus, j'ai appris à construire un projet dans son ensemble, en partant de la conception, en passant par la réalisation pour finir à la rédaction. Toutes les étapes ont été essentielles et m'ont permis de réaliser l'importance de chaque information pour mettre en place un projet cohérent et utile.

3.5.2 D'un point de vue professionnel

Comme nous l'avons dit précédemment, Les adultes déficients intellectuels ne sont pas souvent pris en charge, que ce soit sur le plan médical, paramédical, social ou pédagogique. La population adulte est souvent laissée pour compte que ce soit dans leur vie personnelle ou professionnelle : Ils interagissent moins avec le monde extérieur et leurs connexions neuronales sont moins mobilisées de fait du manque d'expériences vécues. (Côté et al., 2016).

Nous voulions véritablement axer ce mémoire sur cette population afin de leur permettre de multiplier leurs interactions en réduisant leur stress mais également afin de prouver les bienfaits d'une prise en charge orthophonique, même tardive.

De plus, les ateliers de groupes sont souvent mis de côté dans la vie professionnelle. Les orthophonistes n'en réalisent que peu, contrairement aux psychologues ou aux éducateurs. Nous voulions donner des outils, simples et efficaces, afin de permettre la mise en place simple dans les structures et les cabinets libéraux.

CONCLUSION

Au travers des ateliers d'entraînement aux habiletés sociales, on observe une baisse de l'anxiété sociale chez tous les adultes déficients intellectuels légers, quel que soit l'âge, ou le degré d'autonomie. Ils ressentent moins de stress face à de nombreuses situations communes du quotidien. Cependant, ils ont toujours des difficultés pour affronter ces échanges de manière volontaire.

Ces résultats sont prometteurs pour la suite. En effet, la poursuite du projet, notamment sur une période plus longue, pourrait permettre d'encore meilleurs résultats. Il serait intéressant de corrélérer des résultats objectifs des habiletés sociales sur la vie quotidienne avec ceux que nous avons observés de manière qualitative, soit une nette amélioration des échanges sociaux, et donc une meilleure qualité de vie.

Ce protocole montre à bien des effets qu'il est pertinent de travailler les habiletés sociales à travers les groupes, puisque cela permet un enrichissement sur le plan des connaissances, mais aussi sur le plan humain.

Nous avons voulu nous appuyer sur des données récentes, puisque les recherches sur le handicap croissent de plus en plus et intéressent même le cinéma. Cependant, les adultes sont peu représentés malgré une réelle demande de leur part, que ce soit pour les prises en charge médicales, paramédicales ou sociales. Nous encourageons les recherches sur le domaine des habiletés sociales et du bien-être personnel chez les adultes déficients intellectuels, une population attachante et pleine de ressources.

BIBLIOGRAPHIE

- Action Sociale. (2011). Foyer d'hébergement pour adultes handicapés.
Disponible sur <https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/adultes-handicapes/foyer-hebergement-adultes-handicapes-252.html>
- American Speech Language Hearing. (2016). Intellectual Disability.
Disponible sur <https://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Intellectual-Disability/>
- ARS. (2018). Structures pour personnes handicapées.
Disponible sur <http://www.normandie.ars.sante.fr/structures-pour-personnes-handicapees>
- Baghdadli, A., Brisot-Dubois, J. (2011). *Entraînement aux habiletés sociales, guide pour les intervenants*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Bernicot, J. (2005). Le développement pragmatique chez l'enfant. Dans : Piérart, B. (dir.), *Le langage de l'enfant, comment l'évaluer ?* (p.145-159). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Bouchand, J. (2013). L'intégration sociale et professionnelle des personnes avec déficience intellectuelle : la place centrale des compétences adaptatives. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 63(3), 167-184.
Doi :10.3917/nras.063.0167
- Bousquet, M., De Laurière, L. (2006). Alphabétisation vers l'Emploi.
Disponible sur <https://www.reseau-alpha.org/malette-du-formateur/outils/20da6-alphabetisation-vers-l-emploi>
- Bricout, L., Chaperon, A-F. (2015). *L'affirmation de soi pour les enfants et les adolescents*. Paris : Dunod.
- Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E. et al. (2011). Handicap. Dans *Dictionnaire d'orthophonie* (3^e éd.). Isbergues : Ortho Edition.
- Büchel, F.-P., Paour, J.-L. (2005). Déficience intellectuelle : déficits et remédiation cognitive. *Enfance*, 57(3), 227-240.
- Camart, N., André, C., Trybou, V. et al. (2006). Évaluation des effets à court terme d'une thérapie cognitivo- comportementale de groupe dans la phobie sociale : résultats auprès de soixante patients. *L'Encéphale*, 32 (6) 1011-1018.
Doi : 10.1016/S0013-7006(06)76281-9

- Côté, V., Couture, C., Lippé, S. (2016). Fonctionnement de l'enfant qui présente une déficience intellectuelle et pistes d'interventions. *Revue québécoise de psychologie*, 37 (2), 121–140.
Doi :10.7202/1040040ar
- Douaire, J. (2008). *Étude descriptive des habiletés sociales déployées lors de sessions de clavardage chez des jeunes : le cas de la tribu des scientifiques* (Thèse de doctorant de psychologie). Université du Québec, Montréal.
- Emerson, E. et Hatton, C. (2007). Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 191, 493-499. Doi :10.1192/bjp.bp.107.038729
- Fallourd, N., Madieu, E. (2017). *Animer des groupes d'entraînement aux habiletés sociales, Enfants et adolescents avec troubles relationnels*. Malakoff : Dunod.
- Faytout, M., Swendsen, J. (2009). Phobie sociale et vie quotidienne. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 19(3), 88-92.
Doi:10.1016/j.jtcc.2009.08.004
- Le réseau Gesat (2006) ESAT, Arcaux de Bois-Himont. Disponible sur <https://www.reseau-gesat.com/Gesat/Seine-Maritime-76/Bois-Himont-30229/esat-arcaux-de-bois-himont-gie-norm-handi-e1533/>
- Graziani, P. (2003). *Anxiété et troubles anxieux*. Paris : Nathan.
- Grice, H.-P. (1979). Logique et conversation. *Communications*, 30(1), 57-72.
Doi :10.3406/comm.1979.1446
- Hamel, G., Dionne, C. (2007). La transition de l'école à la vie active des personnes Présentant une déficience intellectuelle. *Éducation et francophonie*, 35(1), 23-36.
- Haute Autorité de Santé. (2007). Affections psychiatriques de longue durée, troubles anxieux graves. Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf
- Inserm. (2016). *Déficiences intellectuelles*. Montrouge : EDP Sciences.
- Juhel, J.-C. (2012). *La personne ayant une déficience intellectuelle : découvrir, comprendre, intervenir*. Lyon : Chronique sociale.
- Leclair Arvisais L. (s.d). *Élaboration d'un programme d'habiletés sociales. Quelques réflexions*. Disponible sur https://educationspecialisee.ca/wpcontent/uploads/2018/02/3D3c_ElabHabSo c_Interv.pdf
- Liberman, R.P., DeRisi, W.J., Mueser, K.T. (2005). *Entraînement aux habiletés*

- sociales pour les patients psychiatriques. Paris : Retz.
- Liratni, M., Blanchet, C. (2013). Les groupes d'habiletés sociales : un outil aux frontières de l'éducation et de la psychothérapie. *Revue Sésame Autisme* (185), 11-13.
- Pelissolo, A. (2016) Anxiété sociale et phobie sociale. *EMC Psychiatrie*, 13(4).
Doi :10.1016/S0246-1072(16)69634-7
- Pragmatique. (s.d.). Dans *Dictionnaire de français Larousse*. Disponible sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pragmatique/63224?q=pragmatique#62516>
- Senécal, P., Paquet, A., Rivard, M. (2011). Évaluation et traitement de l'anxiété chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 21(3), 103-108.
Doi : 10.1016/j.jtcc.2011.07.006
- Sparrow S.-S., Domenic, V., Cicchetti, D.V., Balla, D.A. (2015). Vineland-II : échelles de comportement adaptatif Vineland, seconde édition, adaptation française. Paris : ECPA, les Éditions du centre de psychologie appliquée.
- Trybou, V. (2018) *Comprendre et traiter l'anxiété sociale*. Malakoff : Dunod.
- Tignol, J. (2014). Phobie sociale (trouble anxiété sociale). Dans : Boulenger, J.-P., Lépine, J.-P. (dir.), *Les troubles anxieux*. (p.155-178). Cachan : Lavoisier.
- Yao, S.-N., Note, I., Fanget, F. et al. (1999). L'anxiété sociale chez les phobiques sociaux : validation de l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (version française). *L'Encéphale* 25(5), 429-435.

ANNEXES

Annexe n°1 : Protocole d'entraînement aux habiletés sociales réalisé

Ateliers d'entraînement aux habiletés sociales

Protocole des séances

Le protocole s'appuie sur les ouvrages cités dans la partie pratique et référencés dans la bibliographie. (Baghdadli et al., 2011, Bousquet et al., 2006 ; Fallourd et al., 2017 ; Leclair Arvisais, s.d ; Liberman et al., 2005)

Séance 1 :

Présentation des ateliers et rencontre avec les participants

- Présentation de l'animateur.
- Présentation des participants.
- Présentation du déroulé des séances : date, temps, objectifs.
- Définition habiletés pragmatiques.

Séance 2 :

Travailler autour des habiletés interpersonnelles

- **Apprendre à se présenter**
- **Manipuler les codes sociaux (politesse)**

Temps d'accueil

- 1) **Se présenter : partie théorique**

C'EST QUOI ?

- Se présenter = ce qui nous définit.
- Donner des informations sur soi nécessaires pour tisser des liens avec autrui.

POURQUOI ?

- Se présenter est souvent le premier échange, il permet de débiter l'interaction. Il représente donc un acte important.
- Savoir se présenter = manière de se connaître.
- Cela représente une image que l'on renvoie aux autres.

COMMENT ?

Tour de table pour que les participants proposent des idées.

- Prénom
- Age
- Ville d'origine
- Profession
- Parcours

→ Présentation personnelle

→ Présentation professionnelle (avec des gens qu'on ne connaît pas), on donne moins d'informations.

BUT : donner des informations claires et précises.

Si c'est une présentation personnelle (relation amicale, hors sphère professionnelle) on peut étoffer davantage :

- Ce qu'on aime
- Ce qu'on n'aime pas
- Défaut / qualité

On peut éventuellement rechercher une qualité commune avec son interlocuteur.
(Fallourd et al., 2017)

2) Se présenter : Partie pratique

Présentation en binôme

Demander aux participants de se mettre en binôme pour se présenter l'un à l'autre pendant 10 minutes. Ils apprennent à se connaître en se posant des questions. Chaque participant présente ensuite son binôme devant le groupe.

Lorsque tous les apprenants se sont présentés, on peut lancer une discussion autour du thème de la présentation :

- *Y a-t-il différentes façons de se présenter ?*
- *Dans quelles situations se présente-t-on ?*
- *Pourquoi faut-il savoir se présenter de manière adaptée ?*

(Fallourd et al., 2017)

3) Les codes sociaux / normes sociales : partie théorique

C'EST QUOI ?

Définition : règles de conduite dans une société, un groupe.

= *signe de bonnes notions sociales, s'adapter à son interlocuteur (connaissance ou inconnu), l'attitude générale que l'on doit avoir dans les gestes comme serrer la main, la politesse « merci », bonjour », « s'il vous plaît »*

...

COMMENT ?

1. Apprendre le code de sa langue pour s'intégrer socialement et faire partie du groupe,
2. Connaître les différents registres de langue (le registre soutenu, le registre courant, le registre familier)
3. Appliquer les règles de politesse dans toutes circonstances,
4. Contrôler son corps dans la société pour être adapté.

POURQUOI ?

Cela sert à faire partie d'un groupe.

4) Codes sociaux : partie pratique

Dans quels cas utilise-t-on le « tu » et le « vous » ?

Pourquoi est-ce important de vouvoyer certaines personnes ?

Exemple à commenter : « tu » OU « vous » ? Pourquoi ?

- Comment vous adressez-vous au médecin ?
- « tu » ou le « vous » avec les collègues de travail ?
- Vous allez dîner chez un ami. Vous lui demandez ce que vous pouvez apporter.
- Vous allez au restaurant. Vous commandez le dessert de votre choix à la serveuse.
- Vous croisez un ami dans la rue, comment vous adressez-vous à lui ?
- Vous allez voir la direction de l'ESAT, utilisez-vous le tutoiement ou le vouvoiement ?
- Et avec votre voisin ?

Jeu de rôle

Vous devez appeler la/le secrétaire du médecin pour lui dire que vous serez en retard à votre rendez-vous. Présentez-vous.

Une personne joue le patient, une autre la secrétaire.

Intervertir tutoiement et vouvoiement

- Comment tu t'appelles ?
- Comment vas-tu ?
- Excuse-moi
- Tu peux recommencer s'il-te-plaît ?
- Peux-tu me dire comment se rendre à Yvetot ?
- Tu ne trouves pas qu'il fait chaud aujourd'hui ?
- Est-ce que tu as l'heure ?
- Peux-tu m'appeler ?

(Bousquet et al., 2006)

Topo général

Généralisation

- Rapporter une situation de tutoiement et de vouvoiement au cours de la semaine.
- Initier un échange et se présenter : raconter la situation au groupe la semaine suivante.

Séance 3 : habiletés personnelles

- **Émotions de bases, complexes et négatives**
- **Résolution de situations-problèmes à travers des mises en situation**

Temps d'accueil

Feedback de la séance précédente

Qu'en avez-vous pensé ?

1) Partie théorique : les émotions

QU'EST-CE QUE C'EST ?

Les émotions sont des réactions à un sentiment.

Par exemple : « je suis gênée parce que quelqu'un m'a fait un compliment, donc je rougis. »

QUI ?

TOUT LE MONDE ! on le voit chez nous et chez les autres.

POURQUOI ?

Ça nous donne des indices sur quelqu'un. Les émotions sont importantes à maîtriser pour être plus à l'aise dans toutes les situations de la vie quotidienne.

QUOI ?

→ Lister les différentes émotions avec chaque groupe

- Surprise
- Dégout
- Colère
- Peur
- Honte
- Stress
- Ennuie
- Gênée
- Manque

COMMENT ?

Ce qu'on regarde :

- Le corps
- Le regard
- L'expression du visage
- La voix

(Fallourd et al., 2017) (Baghdadli et al., 2011)

2) Partie pratique

Mime

Chaque participant doit mimer une émotion et la faire deviner aux autres.

Situation à commenter

Chaque participant explique aux autres une situation qu'il a vécue (événement marquant ou non). L'objectif est de définir l'émotion ressenti pour soi et/ou celui qui mime. Une fois qu'on a donné ses réponses, les participants doivent expliquer pourquoi.

Les histoires dirigées

L'animateur lit les situations (ci-dessous). D'abord, les participants doivent donner le ressenti des personnes dans cette situation. Puis, ils doivent :

- Sélectionner une des réponses données
- Trouver la réaction la plus adaptée à la situation en verbalisant ses émotions.

<p>Trouve la réaction la plus adaptée :</p> <p>Un ami t'a prêté quelque chose pendant les vacances et tu l'as un peu abîmé. Au moment de lui rendre...</p> <p>a. Tu es désolé et tu proposes d'en racheter un autre</p> <p>b. Tu ne dis rien</p> <p>c. Tu ne lui rends pas</p>	<p>Bastien traverse la rue et au milieu du passage clouté le bonhomme devient rouge...</p> <p>a. Il court le plus vite possible</p> <p>b. Il s'arrête et attend que le bonhomme devienne vert</p> <p>c. Il finit de traverser</p>
--	---

<p>J'ai fait tomber des outils de travail devant le moniteur sans faire exprès. Le moniteur me dit « Bravo, c'est du joli ! » cela veut dire...</p>	<p>Sabrina rentre à la maison. Elle est allée chez le coiffeur. Louis, un ami ne trouve pas sa coupe très jolie. Que fait-il ?</p>
<p>Quelqu'un vient vous voir. Vous ne le connaissez pas spécialement. Il ne se présente pas, et demande sèchement du beurre. Que fais-tu ?</p>	<p>Lors d'un dîner pour lequel vous êtes invité, la personne qui reçoit vous dit « surtout ne m'aide pas ! » Qu'est-ce que cela veut dire ? que fais-tu ?</p>
<p>Pour Noël, un membre de ta famille t'offre un CD que tu n'aimes pas. Que fais-tu ?</p>	<p>Au travail, tout le monde se moque d'un collègue et l'embête. Il se met à pleurer. Que fais-tu ?</p>
<p>Tu es à la cantine, et même si tu as déjà pris un dessert tu as encore faim. La personne à côté de toi part en laissant une partie de sa glace. Que fais-tu ?</p>	<p>Le bus est rempli. Pierre est content car il vient de trouver une place assise. A l'arrêt suivant, une vieille dame monte dans le bus. Que pense Pierre ?</p>
<p>Ce matin un collègue est malade. Il ne peut pas aller travailler. Qui préviens-tu ? comment le dis-tu ?</p>	<p>Quelqu'un juste devant toi se fait mal. Il a mal. Qu'est-ce que tu lui dis et qu'est-ce que tu fais ?</p>

QUE DIS-TU ? QUE FAIS-TU ?

- Aller chez le coiffeur et expliquer ce que l'on veut.
- Vous avez mal au ventre.
- Demander de l'aide au téléphone.
- Demander la permission d'aller aux toilettes.

Topo général

Généralisation

- Expliquer au groupe une situation qui nous a provoqué une émotion.
- Rapporter une situation-problème vécue au cours de la semaine.

Séance 4 : Habiletés à s'affirmer : Résolution de problèmes et affirmation de soi

- **Faire une demande**
- **Répondre à une demande**

Temps d'accueil

Feedback de la séance précédente

1) Partie théorique : la demande

QUOI ?

Le fait de vouloir quelque chose de quelqu'un.

QUI ?

TOUT LE MONDE ! nécessaire pour tout le monde.

POURQUOI ?

Permet de montrer à l'autre qu'on s'affirme suffisamment affirmer pour exprimer ses désirs tout en lui laissant la possibilité de décider. De plus dans beaucoup de situations on a besoin de l'accord de l'autre.

COMMENT ?

Comment faire une demande ?
1) Je dois savoir ce que je veux demander et pourquoi
2) Je dois demander quelque chose de réalisable
3) Je sais que ma demande peut être refusée et je dois l'accepter
4) Je formule ma demande en formulant des phrases simples par « je »
5) J'utilise une formule de politesse et une communication adaptée (regard...)

(Baghdadli et al., 2011)

- Éviter de généraliser (mots avec « toujours », « jamais »),
- Identifier le problème (« on tarde à me rendre quelque chose »)
- Décrire le problème sans accuser la personne,
- Exprimer ses émotions (« si tu me rendais mon livre cela me ferait plaisir »),
- Proposer une solution (« tu pourrais me rendre ce livre la semaine prochaine »)

2) Partie pratique

Exposition en situation dirigée

On donne la situation, et on désigne le décideur. Chaque participant doit donner la réponse la plus appropriée selon lui. Le décideur dit à l'animateur la réponse qui lui a paru la plus complète et pourquoi.

- J'ai prêté quelque chose à un ami qui tarde à me le rendre, comment lui dire et lui demander de me le rendre.
- Demander quelque chose au moniteur.
- Demander à un ami : qu'on se voie, une recette, des œufs, un objet.

- Demander à un supérieur : « qu'est-ce que je peux faire maintenant », demander ce qu'on fait après la tâche accomplie.
- Demander à un membre de la famille : des choses qu'on ne sait pas faire, par exemple de l'aide pour faire la cuisine, demander si ça va.
- Demander un rendez-vous.

Topo général

Généralisation

- Effectuer une demande dans le domaine professionnel.
- Effectuer une demande dans le domaine personnel.

Séance 5 : Habiletés à s'affirmer

- **Faire un refus**
- **Répondre à un refus**

Temps d'accueil

Feedback de la séance précédente

Quiz après vacances

Se présenter : tour de table de ce qu'on peut dire quand ce n'est pas une présentation professionnelle.

Si c'est une présentation professionnelle, on donne plus ou moins d'informations ?

Donnez le plus de formules de politesse. Quand doit-on les dire ?

Utilisation du « tu » ou du « vous » ? : parents, médecin, moniteur, ami, directeur, commerçant.

Donner et imiter le plus d'émotions.

Qu'est-ce qu'on regarde ?

Comment fait-on une demande ? Donnez un exemple.

6) Partie théorique

QUOI ?

Refuser : c'est le contraire d'accepter. On peut refuser verbalement, par écrit (un mail, lettre par exemple) ou d'un simple geste. Refuser, c'est dire non. C'est une manière de s'affirmer lorsque l'on n'a pas envie de faire quelque chose. C'est ne pas avoir peur de contrarier l'autre.

Donner des exemples de refus (refuser de voir quelqu'un, de rendre service, de faire quelque chose, de manger quelque chose...)

QUI ?

TOUT LE MONDE !

POURQUOI ?

..... On n'aime pas refuser ?

- Cela va entraîner des conflits
- Pour dire non il faut se justifier
- Il ne sera pas content
- Si je refuse une fois on ne me demandera plus rien
- C'est impoli de ne pas dire pourquoi on refuse
- Il faut une bonne raison pour refuser
- Refuser c'est rejeter la personne qui demande
- On devrait deviner que je veux dire non
- Refuser c'est être méchant

COMMENT ?

Comment faire un refus ?
1) Je dois savoir ce que je veux refuser et pourquoi
2) Je formule mon refus par une phrase simple qui commence par « je »
3) J'utilise une formule de politesse

4) Je ne suis pas obligée de me justifier
5) Je peux proposer un compromis (une autre solution, reporter la proposition)

(Baghdadli et al., 2011)

Attention ! il faut s'assurer que :

- L'autre écoute bien
- Réfléchir avant de formuler sa réponse
- Rester sur sa position
- Toujours terminer positivement

7) Partie pratique

Rôle inversé

C'est l'animateur qui refuse pour donner une sorte d'exemple.

Refuser d'aller au cinéma, de manger un aliment, de rendre un service...

Topo général

Généralisation

- Effectuer un refus dans le domaine professionnel.
- Effectuer un refus dans le domaine personnel.

Séance 6 : Habiletés à s'affirmer

- **Faire une critique, un reproche**

Temps d'accueil

Feedback de la séance précédente

1) Partie théorique

QUOI ?

Exprimer un désagrément commis par autrui avec des conséquences pour soi : quelqu'un a fait quelque chose qui ne nous a pas plu. L'objectif n'est pas de blesser l'autre (ce n'est pas un jugement ou une insulte).

POURQUOI ?

- Améliorer une situation problème
- Exprimer ses émotions négatives face à un comportement qui nous dérange
- Chercher un résoudre un désaccord
- Aider à améliorer un comportement

COMMENT ?

Avoir un objectif : savoir ce que l'on veut reprocher
S'exprimer de manière claire et concise sans tourner autour du pot
S'impliquer en utilisant « je »
Empathie : prendre en compte l'autre « je sais que ça ne va pas te plaire »
Insister en restant respectueux
Proposer un compromis si besoin
Terminer positivement quoi qu'il arrive

(Baghdadli et al., 2011)

2) Partie pratique

Jeu de rôle

Faire une critique de manière adaptée tout en contrôlant ses émotions.

Exemples : à la piscine, dans leur lieu de résidence (quand ils vivent en communauté), à la cantine, auprès d'autres des résidents, auprès d'un moniteur, au téléphone.

Demander à chaque groupe de trouver des situations par eux-mêmes, étayer les exemples si besoin :

Groupe 1 : à la piscine, ceux qui font du bruit au sein du foyer d'hébergement.

Groupe 2 : foot (critiquer la manière de jouer), les gens qui ne terminent pas leur tâche dans le domaine professionnel, ceux qui font du bruit au sein du foyer d'hébergement.

Groupe 3 : désaccord lors d'une réception, reproche envers un supérieur, critique sur la tenue de travail qui n'est pas forcément adaptée.

Topo général

Généralisation

- Effectuer un reproche ou une critique dans la semaine.
- S'enregistrer ou le noter pour le présenter à la séance 6.

Séance 7 : Habiletés à s'affirmer

- **Recevoir une critique**

Temps d'accueil

Feedback de la séance précédente

Tour de table pour exposer l'exercice réalisé.

L'animateur présente son travail en premier : il leur demande de choisir le meilleur reproche :

Exemple :

Pendant un exposé présenté à la classe, un camarade m'a coupé la parole, je suis allée le voir après :

« Je sais que ce que je vais te dire ne va pas te plaire, mais je n'ai pas aimé que tu me coupes la parole. Ça m'a rendu triste, j'aimerais bien que cela ne se reproduise plus. »

1) Partie théorique

QUOI ? POURQUOI ?

Remarque négative :

Elle peut être justifiée (on peut s'expliquer), injustifiée (provoque de la colère parce qu'elle est injuste mais il est possible de se défendre) ou floue (provoque des interprétations et on est souvent agressif, on culpabilise).

Les réponses habituelles face aux reproches/critiques :

- Passivité : ne rien dire par peur de ne pas gérer ses émotions.
- Agressivité : liée à la frustration ou à la déception de ne pas être parfait.
- Attitude passive-agressive : ne rien répondre sur le moment mais accumuler une rancœur qui s'exprimera tôt ou tard sous forme de représailles (« cocotte-minute »).

COMMENT ?

Réagir à une critique justifiée (soit le reproche) :

RESTER CALME ! (Respiration, phrase réconfortante)

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

Réagir à une critique injustifiée

Exemple : « tu ne fais jamais ce que je te demande »

- Faire préciser la critique surtout si elle est trop générale
- Constater le désaccord et dire qu'on trouve la critique injustifiée
- Faire partager ses émotions « ce que tu me dis me rend triste »
- Reconnaître l'émotion de l'autre
- Expliquer pourquoi on n'est pas d'accord

- Modifier/maintenir son comportement

(Fallourd et al., 2017)

2) Partie pratique

Donner des exemples de reproches ou critiques.

Jeu de rôle

Tu as été absent la semaine dernière...

Réagir à une critique :

- « Tu n'as pas fait la tâche que je t'avais demandé aujourd'hui ».
- « Tu es souvent en retard en ce moment »
- « Ton comportement n'est pas très adapté aujourd'hui »

Topo général

Généralisation

- Trouver une situation vécue où l'on nous a fait une critique. Expliquer la situation et exprimer ses émotions.

Séance 8 : Habiletés interpersonnelles

- **Répondre à un compliment**
- **Faire un compliment**

Temps d'accueil

Feedback de la séance précédente

1) Partie théorique

QUOI ?

Définition : expression d'amitié, de politesse.

Lister les compliments avec les participants.

POURQUOI ?

Je demande des exemples de compliments reçus récemment et donner des critiques. Les critiques vont être beaucoup plus fournies. Cela permet de prendre conscience que la communication met naturellement beaucoup plus l'accent sur les critiques que sur les compliments.

Qu'avez-vous ressenti ? As-tu envie de faire des efforts après ?

→ Mettre l'accent sur une communication positive car cela procure un sentiment agréable, une valorisation, du bonheur, des sourires.

COMMENT ?

Comment et quand le dire :

- Expression personnelle
- Émotions : permet de rendre le message plus chaleureux
- Direct, spécifique, concis
- Sincérité
- Tout de suite
- Positif

Comment répondre :

- Merci + petit sourire → attitude neutre et polie. On l'utilise quand on n'est pas trop à l'aise ou quand on veut mettre une distance émotionnelle (par exemple un supérieur).
- Merci + sourire + expression d'une émotion positive « merci ça me fait plaisir je suis contente » quand la distance émotionnelle est moins grande (par exemple une connaissance, un moniteur).
- Merci + sourire + émotion positive + information personnelle quand la distance émotionnelle est absente (par exemple avec un ami, un membre de la famille).

Sur quoi porte les compliments ?

- Qualité
- Physique
- Situation

(Baghdadli et al., 2011)

2) Partie pratique

Les réactions face aux compliments : tour de table

- Nier le compliment,
- Le tourner en dérision,
- Le renvoyer à l'autre,
- Faire comme si on ne l'avait pas entendu,
- Minimiser.

Jeu de rôle

Jeu des compliments : l'objectif est de faire un compliment à un participant et ce dernier décide lequel est le mieux selon lui. Puis, il argumente son choix.

Topo général

Généralisation

- Faire un compliment à quelqu'un. Il faut penser à ce qu'on a correctement dit, mais également les éléments qu'on a pu oublier lors de l'échange. Ce travail sert d'autocritique.
- Demander un travail pour la semaine prochaine (séance 9): préparer un exposé sur le sujet de leur choix.

Séance 9 : Habiletés personnelles

- **Exposés : règles conversationnelles**
- **Écoute active**
- **Initier, maintenir et clôturer une conversation téléphonique**

Temps d'accueil

Feedback de la séance précédente

1) Partie théorique

QUOI ?

Le fait d'écouter c'est être attentif à un bruit, un son, un discours.

POURQUOI ?

Cela permet d'avoir des informations concernant le monde, les autres.

COMMENT ?

Tenir une posture, un regard et focaliser son attention sur ce qui est dit.

2) Partie pratique

Exposé

Présenter un exposé sur un sujet préparé (un film, une activité, son travail...). Le but est de poser des questions ouvertes à la fin de l'exposé. Chacun doit trouver une question dont la réponse n'est pas « oui », « non » ou « je ne sais pas » afin de maintenir la conversation.

Quel est l'intérêt de cette activité ?

Cela permet d'oser parler en public de façon claire puis s'entraîner à démarrer et maintenir une conversation. Il est important de montrer de l'intérêt à autrui pour échanger. De plus, cette activité travaille à la fois l'écoute active et le maintien de la conversation.

(Baghdadli et al., 2011) (Fallourd et al., 2017)

Sujets des exposés :

GROUPE 1	GROUPE 2	GROUPE 3
<u>J.G</u> : sortie à Rouen <u>J.L</u> : sortie à la patinoire d'Yvetot <u>C.L</u> : la musique, et particulièrement sa participation à la fanfare d'Yvetot avec son père. <u>C.D</u> : décoration de plantes <u>F.O</u> : absent	<u>M.V</u> : absente <u>D.L</u> : projet pêche <u>D.F</u> : le bowling <u>N.D</u> : sa relation avec sa copine, et particulièrement sa future demande en mariage	<u>J.M</u> : goûter du vendredi après sa journée de travail. <u>C.G</u> : série « plus belle la vie ». <u>L.L</u> : la couture <u>A.E</u> : la cuisine

Topo général

Généralisation

- Maintenir un échange dans la vie courante : il est possible de commencer avec des amis ou proches puis d'essayer avec des personnes plus éloignées (collègues, moniteur...)
- Chercher un point positif et un point négatif sur les ateliers.

Séance 10 : dernière séance

Temps d'accueil

Feedback de la séance précédente

Petit-déjeuner commun

- Débriefing à travers un tour de table :
- Exposition des points positifs.
- Exposition des points négatifs.
- Points à améliorer.
- Évènement marquant des ateliers.

Annexe n°2 : Fiche récapitulative des séances fournie aux participants

QUAND ?	QUOI ?	POURQUOI ?	COMMENT ?
1	RENCONTRE		
2	Présentation Politesse	Communiquer avec les autres	Présentation à 2 Situation avec le « tu » et le « vous » Jeux de rôle
3	Émotions	Se connaître	Mime Situation à commenter Deviner quelle est la meilleure réaction
4	Comment faire une demande Répondre à une demande	Apprendre à s'affirmer	Jeux de rôle
5	Faire un refus Répondre à un refus	Apprendre à s'affirmer	Quiz après vacances Jeux de rôle
6	Faire une critique	Apprendre à s'affirmer	Jeux de rôle
7	Recevoir une critique	Apprendre à s'affirmer	Jeux de rôles
8	Répondre à un compliment Faire un compliment	Communiquer avec les autres	Jeux de rôle
9	Écoute active Commencer et continuer une conversation	Se connaître	Présenter un sujet choisi : exposé
10	PETIT DEJEUNER		

Annexe 3 : Fiche récapitulative des séances pour les autres professionnels de l'ESAT

<i>Séance</i>	<i>Habilités travaillées</i>	<i>Objectif de la séance</i>	<i>Partie théorique</i>	<i>Partie pratique</i>
1	Présentation des ateliers et rencontre avec les participants	Entretien motivationnel et présentation du groupe et des personnes	<i>Définition, Présentation du déroulement</i>	
2	Travailler autour des habiletés interpersonnelles + habiletés de communication	Apprendre à se présenter, manipuler les codes sociaux (politesse)	<i>Quoi ? Pourquoi ? Comment ?</i>	<i>Présentation en binôme, exemple de situations à commenter, jeux de rôle</i>
3	Habilités personnelles + habiletés de communication	Émotions de bases, complexes et négatives Résolution de situations-problèmes à travers des mises en situation	<i>Quoi ? Pourquoi ? Comment ?</i>	<i>Mime, situations à commenter, histoires dirigées</i>
4	Habilités à s'affirmer + habiletés de communication	Comment faire/répondre à une demande	<i>Quoi ? Pourquoi ? Comment ?</i>	<i>Exposition en situation dirigée</i>
5	Habilités à s'affirmer + habiletés de communication	Comment faire/répondre à un refus	<i>Quoi ? Pourquoi ? Comment ?</i>	<i>Jeux de rôle inversés (avec l'animateur)</i>

6	Habiletés à s'affirmer + habiletés de communication	Faire une critique	<i>Quoi ? Pourquoi ? Comment ?</i>	<i>Jeux de rôle dans les situations quotidiennes</i>
7	Habiletés à s'affirmer + habiletés de communication	Recevoir une critique	<i>Quoi ? Pourquoi ? Comment ?</i>	<i>Jeux de rôle</i>
8	Habiletés interpersonnelles + habiletés de communication	Répondre/faire un compliment	<i>Quoi ? Pourquoi ? Comment ?</i>	<i>Jeux de rôles</i>
9	Habiletés personnelles + habiletés de communication	Écoute active, initier et maintenir une conversation	<i>Quoi ? Pourquoi ? Comment ?</i>	<i>Présentation personnelle d'un sujet de leur choix : exposé</i>
10	Fin des ateliers : topo des ateliers + petit-déjeuner commun	Résumé des 9 séances précédentes	<i>Conclusion</i>	<i>Débriefing, retour sur les ateliers</i>



Normandie Université

Intérêts d'ateliers de groupe basés sur les habiletés sociales chez des adultes déficients intellectuels légers au sein d'un ESAT.

Présenté et soutenu par
Olivia CARON

Résumé

Ce mémoire s'intéresse à l'impact d'ateliers de groupes d'habiletés sociales sur l'anxiété sociale chez des adultes déficients intellectuels légers au sein d'un ESAT. Nous avons constitué trois groupes, deux groupes d'internes et un groupe d'externes, composés de quatre à cinq participants. Nous avons évalué chaque participant avant et après le protocole à l'aide de l'échelle de Liebowitz ainsi que de la Vineland II. Les ateliers se sont déroulés sur dix séances entre fin septembre et fin janvier. Chaque séance durait une heure hebdomadaire pour chaque groupe. Nos questionnaires ont mis en avant des progressions certes, mais nous avons été confrontés à certaines limites, notamment matérielles et temporelles. Cependant, nous avons pu objectiver une baisse de l'anxiété sociale chez tous les participants, et des interactions sociales plus adaptées grâce aux ateliers d'habiletés sociales. Les participants appréhendent moins de situations quotidiennes, mais nous n'avons pas pu évaluer les répercussions sur la vie quotidienne de manière quantitative. Au niveau qualitatif, les participants ont acquis, et mis en pratique les connaissances dispensés au cours des ateliers dans leur vie personnelle et professionnelle.

Mots clés :

Déficience intellectuelle légère, adulte déficient intellectuel, anxiété sociale, habiletés sociales, groupe thérapeutique.

Interests of group workshops based on social skills in adults with mild intellectual disabilities in an ESAT.

Summary

This dissertation examines the impact of social skills group workshops on social anxiety in adults with mild intellectual disabilities in a ESAT. We formed three groups, two internal and one external group, consisting of four to five participants. All of the participants have then been assessed pre and post protocol using the Liebowitz scale as well as the Vineland II. The workshops were conducted over ten sessions between late September and late January. Each session lasted one hour per week for each group. Our questionnaires showed some progress, but we were confronted with certain limitations, mostly material and temporal. However, we were able to report a decrease in social anxiety in all of the participants, and more social interactions thanks to the social skills workshops. Participants are less apprehensive about everyday situations, but we were not able to assess the impact on daily life in a quantitative way. On the qualitative level, participants applied the knowledge they acquired during the workshops in their personal and professional lives.

Key words:

Mild intellectual disability, mentally impaired adult, social anxiety, social skills, therapeutic group.

Mémoire dirigé par Nadja, LE STRAT



UFR Santé



Département
d'orthophonie