

Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie Clinique

Thème

**La résilience et la dynamique familiale
chez les parents ayant un enfant autiste**

Réalisé par :

Mlle BOUZARARI Thiziri

Mlle GOUIRI Narymane

Dirigé par :

Dr GACI Khelifa

2019-2020

La résilience et la dynamique familiale chez les parents ayant un enfant autiste

Remerciements

Avant tous, on tient à remercier « ALLAH » le tout puissant de nous avoir donné la force, la patience, la volonté et surtout du courage pour mener à terme ce modeste travail.

Nous tenons à remercier Monsieur GACI Khelifa qui nous a permis de bénéficier de son encadrement et de nous avoir conseillés judicieusement et pour sa disponibilité, ainsi que son écoute et son encouragement qu'il nous a apporté tout au long de notre travail. Qu'il trouve dans ce travail un hommage vivant à sa haute personnalité ainsi que les membres de jury pour l'évaluation.

Nos remerciements s'adressent également à l'ensemble du personnel de l'association « Espérance » pour son aide, sa confiance et son autorité bienveillante.

Enfin nous remercions tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail.

Merci à tous

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

À la source qui déborde, la personne devant laquelle tous les mots de l'univers sont incapables d'exprimer mon amour et mon affection pour elle, à l'être qui m'est le plus cher,

« A ma douce mère. »

À la personne de qui je tire la patience et le courage, j'ai pris la persévérance, celle qui m'a planté l'art de la réussite, à l'âme de mon père « Allah irahmou ».

À tous mes frères et sœurs qui m'ont accordé leur soutien.

À tous mes amis ; Kenza, Tassadit, et Dalila

Et mon cher Abdel Ali.

À tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce modeste travail.

À toute la famille Bouzarari et Alkama.

À ma chère binôme Narymane ainsi qu'à toute sa famille.

Thiziri

Dédicaces

C'est avec un énorme plaisir, et une immense joie que je dédie le fruit de ce travail de fin de cycle en particulier :

À mes chères parents qui ont toujours été là pour moi, et qui m'ont donné un magnifique modèle de labeur et de persévérance, je leurs dois un grand merci et je leurs éprouve un sentiment de gratitude et d'amour, merci pour votre soutien ainsi que votre encouragement durant toute ma vie.

À mon cher frère Salim que j'adore énormément.

À mes deux chères sœurs Asma et Amina que j'aime trop, j'en profite pour leurs souhaiter que de la réussite dans leurs études.

À ma chère famille ainsi que ma belle-famille pour l'amour et le respect qu'ils m'ont toujours accordé, ainsi qu'à leur inconditionnel soutien, leurs encouragements et leur confiance.

À mon cher fiancé Nabil que je tiens à le remercier pour l'apport moral et intellectuel, et d'avoir supporté mes humeurs et de m'avoir aidée sur tous les plans tout ou long de l'élaboration de ce modeste travail.

À toute la famille GOUIRI et LAKHDARI

À ma chère binôme Thiziri ainsi qu'à toute sa famille.

Narymane

Liste des abréviations

Abréviations	Significations
ABA	Applied Behavior Analysis
CIM-10	Classification internationale de la santé-10.
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5, (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Menteaux).
FAT	Family Apperception Test.
L'ANDEA	Agence Nationale Pour le Développement de L'évaluation Médicale.
L'OMS	L'organisation Mondiale de la Santé.
TEACCH	Treatment and Education of Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children.
TED	Trouble Envahissant du Développement.
TSA	Trouble de Spectre de L'autisme.

Liste des tableaux

Numéro	Titre	P
Tableau 01	Les facteurs de protection de la résilience familiale.	87

Table des matières

Remerciements

Dédicaces

Liste des abréviations

Liste des tableaux

Table des matières

Introduction -----01

Partie théorique

Chapitre I : L'autisme

Préambule -----06

1. L'aperçu historique de l'autisme -----06

2. Définitions de l'autisme -----07

2.1. Selon L'OMS -----09

2.2. Selon la CIM 10 et DSM 5-----09

2.3. Définition officielle de l'autisme par L'ANDEM-----09

2.4. Discussions des définitions -----10

3. Epidémiologie -----10

4. Description clinique -----11

4.1. Troubles de la relation -----11

4.2. Troubles de la communication-----12

4.3. Comportements, activités et intérêts répétitifs et/ou restreints -----13

4.4. D'autres signes -----13

4.4.1. Retard de développement -----13

4.4.2. Problèmes psychomoteurs-----14

4.4.3. Problèmes sensoriels -----15

4.4.4. Troubles émotionnels -----16

4.4.5. Troubles de sommeil-----16

4.4.6. Troubles d'alimentation -----17

4.4.7. Problèmes dans l'acquisition de la propreté -----	17
5. Les facteurs de risque de l'autisme -----	18
5.1. Les facteurs neurobiologiques et génétiques -----	19
5.2. Les facteurs cognitifs -----	19
5.3. Les facteurs environnementaux -----	20
5.3.1. Les facteurs anti-conventionnels -----	20
5.3.2. Les facteurs anténatals -----	20
5.3.3. Les facteurs prénatals-----	21
5.3.4. Les facteurs postnatals -----	21
6. Diagnostic de l'autisme -----	21
7. L'évaluation de l'autisme -----	22
7.1. L'évaluation clinique -----	22
7.2. L'examen médical -----	23
7.3. Le bilan psychomoteur -----	24
7.4. L'évaluation psychologique -----	24
7.5. L'évaluation du langage -----	25
8. Diagnostic différentiel-----	26
9. L'autisme et sa prise en charge-----	27
9.1. La prise en charge médicamenteuse (psychotropes)-----	27
9.2. Les prises en charge psychothérapeutique -----	28
9.2.1. La prise en charge analytique -----	28
9.2.2. La prise en charge éducative -----	29
9.2.2.1. Le programme de Shopler (TECCH) -----	29
9.2.2.2. L'ABA ou l'analyse appliqué du comportement -----	30
9.3. La prise en charge institutionnelle a référence psychanalytique-----	31
10. La prise en charge institutionnelle en Algérie -----	32
Synthèse -----	33

Chapitre II : La famille, ces caractéristiques et la dynamique familiale

Préambule-----	35
I. La famille -----	35
1. Définitions de la famille -----	35
1.1. Définition étymologique de la famille-----	35
1.2. Définition biologique -----	36
1.3. En sciences sociales-----	36
1.4. En sociologie -----	36
1.5. En psychologie -----	37
1.6. Selon l'approche systémique -----	38
2. Les types de la famille-----	39
2.1. La famille nucléaire-----	39
2.2. La famille multi générationnelle -----	39
2.3. La famille communautaire -----	40
3. La famille algérienne et ces caractéristiques -----	40
4. Le couple parentale et ces fonctions-----	43
5. Le fonctionnement familial -----	44
II. La dynamique familiale -----	46
1. Définitions de la dynamique familiale -----	46
2. Les types de la dynamique familiale -----	47
2.1. La Famille chaotique-----	47
2.2. La famille a transaction schizophrénique -----	47
2.3. La famille rigide -----	48
2.4. La famille enchevêtrée -----	48
2.5. La famille désengagée -----	49
2.6. La famille fonctionnelle -----	49

2.7.	La famille dysfonctionnelle	49
3.	Les approches théoriques de la dynamique familiale	50
3.1.	La dynamique familiale selon l'approche psychanalytique	50
3.2.	La dynamique familiale selon l'approche systémique	51
3.2.1.	La dynamique familiale selon l'approche contextuelle	53
3.2.1.1.	La notion de contexte	53
3.2.1.2.	L'éthique relationnelle comme un lien résilient	54
3.2.1.3.	La loyauté	56
3.2.1.4.	La parentification	58
3.2.1.5.	La légitimité	59
4.	La famille face à l'autisme	61
4.1.	L'annonce de diagnostique	61
4.2.	Les répercussions de l'autisme sur la santé mentale des parents	62
4.2.1.	Le stress	62
4.2.2.	L'angoisse	63
4.2.3.	L'agressivité	64
4.2.4.	Le sentiment de culpabilité	65
4.3.	Qualité de vie de la fratrie	65
4.4.	Etre parent d'un enfant autiste	67
4.4.1.	Crainte pour l'avenir	67
4.5.	L'adaptation de la famille à l'autisme de l'enfant	68
	Synthèse	70

Chapitre III : La résilience et l'éthique relationnelle

	Préambule	72
1.	Origine de concept de résilience	72
2.	Définitions de la résilience	73
3.	Le profil de la personne résiliente	74

4. Processus d'évaluation de la résilience-----	75
5. Vulnérabilité et facteurs de risque -----	76
5.1. Le concept de vulnérabilité -----	76
5.1.1. Définition de la vulnérabilité-----	76
5.1.2. Les types de la vulnérabilité-----	77
5.1.3. Approche clinico-pathologique et vulnérabilité -----	77
5.2. Les facteurs de risque -----	79
5.2.1. Les facteurs centrés sur l'enfant -----	79
5.2.2. Les facteurs liés à la configuration familiale-----	79
5.2.3. Les facteurs sociaux-environnementaux-----	79
6. Traumatisme et résilience familiale-----	80
6.1. L'annonce de diagnostic-----	81
6.2. Les difficultés au sein du couple -----	82
6.3. Les relations familles et fratries -----	82
6.4. Les difficultés relevant de l'acceptation de TSA -----	83
7. Critères de résilience des familles -----	84
8. Point de vue systémique sur la résilience -----	88
9. L'éthique relationnelle comme facteur résilient dans une famille -----	88
10. Accompagnement de la résilience avec les familles -----	91
Synthèse -----	92

Problématique

Problématique et hypothèses -----	95
Opérationnalisation des concepts clés -----	103

Partie pratique

Chapitre IV : Méthodologie de la recherche

Préambule-----	107
----------------	-----

1. La pré-enquête-----	107
2. Méthode de recherche -----	110
2.1. La méthode clinique -----	110
2.2. L'étude de cas -----	111
3. Le groupe d'étude et ces caractéristiques -----	112
3.1. Critères d'inclusion de groupe d'étude-----	112
4. Présentation de lieu de recherche -----	112
5. Les outils de la recherche -----	113
5.1. L'entretien clinique -----	113
5.2. L'entretien clinique de recherche -----	114
5.3. L'entretien semi-directif-----	115
5.4. Le FAT (Family Apperception Test) -----	116
6. L'attitude du clinician -----	125
Synthèse-----	126
Conclusion -----	128
Références Bibliographiques-----	131
Annexes	

Introduction

Introduction

Attendre un enfant, c'est comme planifier un fabuleux voyage, c'est d'attendre un réel trésor qui peut devenir l'une des plus merveilleuses aventures qu'il soit donnée, mais cela n'est pas toujours une formidable aventure pour les parents, du moment où ils constatent que leur petit enfant souffre d'un des plus grave troubles de l'autisme, qui est l'un des troubles envahissants du développement les plus mystérieux et complexe du siècle. Jusqu'aujourd'hui, l'humanité s'interroge sur la nature de ce phénomène. Car l'étiopathogénie de cette maladie demeure inconnue, et ça préoccupe de nombreux chercheurs et de nombreuses disciplines.

L'autisme donc est devenu un problème central dans la pathologie des enfants, en raison du nombre d'enfants qui en souffrent, et du fait de la particularité de leur fonctionnement psychique et cognitif ainsi que leurs comportements.

L'arrivée d'un enfant, entre autre autiste est vécu comme un changement bouleversant le système familial vu les difficultés que rencontrent les parents, ainsi que toute la famille, « cette vérité ne peut que s'accompagner des modifications profondes pour toute la famille et d'abord pour chacun des parents ».

Vu les difficultés quotidiennes que provoque cette pathologie, et vu les troubles associés qui peuvent l'accompagner, les parents ayant un rôle primordial dans le développement de cet enfant autiste, ainsi que la famille, se retrouvent face à une lourde responsabilité, qui demande tout le temps plus de sacrifices pour répondre aux besoins complexes d'un enfant « différent », « inattendu » et l'accompagner durant son développement, et l'aider à être autonome.

Les parents auront à entamer un cheminement douloureux dans leur vie, qui demande une grande résilience de leur part, et de la famille en s'occupant d'un

enfant autiste, ayant un retard mental, qui demande des soins particuliers, et qui est rare où des enfants autistes arrivent à être autonomes.

La présence d'un enfant autiste au sein d'une famille suscite des perturbations de la dynamique familiale de cette dernière, qui est la question fondamentale de notre étude, et pour réaliser notre travail, on s'est référé à l'approche systémique contextuelle, pour comprendre le fonctionnement habituel des familles ayant un enfant autiste ainsi de décrire le vécu quotidien de leurs parents.

On aurait aimé se baser dans notre recherche sur la méthode clinique en nous appuyons sur l'étude de cas pour décrire le problème de notre sujet. L'objectif fondamental de notre étude porte sur les remaniements et le fonctionnement de la dynamique familiale et la capacité de leur résilience, ainsi que leur qualité de vie.

Notre thème de recherche portée sur « La résilience et la dynamique familiale chez les parents ayant un enfant autiste », on aurait voulu le réalisé auprès d'un groupe d'étude de quatre cas. Pour les moyens d'investigations, nous avons choisi d'utiliser l'entretien semi-directif et le test de la famille (FAT).

Pour traiter notre thématique de recherche, on a suivi le plan de travail suivant :

- La première partie est consacrée pour le cadre générale de la problématique qui contient des hypothèses, et la théorie qui se divise en trois chapitres :

Chapitre I : nous l'avons consacré à l'autisme, ses définitions, son épidémiologie et sa description clinique, notamment ces facteurs de risque, ainsi que son diagnostic et sa prise en charge.

Chapitre II : nous nous sommes intéressées à la dynamique familiale et son fonctionnement qui est structuré en deux parties fondamentales, dont la première partie est consacré pour la famille, ses définitions et ces types, les caractéristiques de la famille algérienne ainsi que le fonctionnement familiale, Et la deuxième partie qui est préservé pour la dynamique familiale, ces types et ces définitions, ainsi que ces approches.

Chapitre III : est consacré pour la résilience et l'éthique relationnelle, ces origines et ces définitions, les critères de la résilience d'une famille ainsi que l'éthique relationnelle comme facteur résilient dans une famille.

- La deuxième partie concerne la méthodologie suivie durant notre recherche:

Chapitre IV : concerne la méthodologie de la recherche : on a présenté notre pré-enquête, la méthode, la présentation de groupe d'études et ces caractéristiques, le lieu de stage ainsi que les outils et leurs analyses : le guide d'entretien et un test projectif le (FAT), qu'on aurait souhaité d'utiliser, suivi d'une conclusion, de la liste des références et des annexes.

Partie théorique

Chapitre I

L'autisme

Préambule

Autisme, Trouble envahissants du développement, trouble du spectre de l'autisme..., quelle que soit son appellation, cette pathologie est considérée comme la plus importante en pédopsychiatrie.

L'autisme est le trouble mentale de l'enfant le plus documenté. Des milliers de recherches et publications ont été réalisés depuis un peu plus d'un demi-siècle. Les auteurs se sont intéressés essentiellement aux causes de l'autisme, au tableau cliniques, aux échelles d'évaluation et la prise en charge.

En plus de cet intérêt en santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, ce trouble constitue un sujet d'actualité qui attire la préoccupation des medias, des associations ainsi que la population générale par ses caractéristiques cliniques qui se répercutent sur la vie sociale.

1. L'aperçu historique de l'autisme

Le mot autiste vient de la racine grecque autos qui signifie « soi-même ». Il a été employé pour la première fois en (1911) par le psychiatre suisse Eugen Bleuler, lorsqu'il a décrit les symptômes de patients schizophrènes repliés sur eux-mêmes. Par la suite, en (1943), Leo Kanner psychiatre américain d'origine allemand a réutilisé ce concept d'autisme pour caractériser le comportement de 11 enfants. Ces enfants présentaient un ensemble de symptômes particuliers que Kanner a regroupé en sept caractéristiques essentielles: la solitude, les obsessions pour des routines, une mémoire extraordinaire, l'écholalie, une sensibilité aux stimuli, une gamme d'intérêts limitée, une intelligence normale.

Dans les années 50-70 les conceptions psychanalytiques ont fortement marqué la psychiatrie française et la compréhension de l'autisme. L'autisme était alors relié aux « psychoses infantiles », terme employé dans les classifications officielles jusqu'en (1980). Par la suite d'autres courants de recherche théorique ont pris une importance croissante dans l'étude du développement normal et

pathologique de l'enfant : biologie, psychologie développementale, sciences cognitives... La compréhension des troubles autistiques a été fortement modifiée par ces contributions, et continue d'être enrichie par les recherches actuelles. En 1980 le concept de psychose infantile a été abandonné au plan international, en même temps qu'est apparu le terme de Trouble Envahissant du Développement (en 1975 dans la CIM 9) et en (1980) dans le DSM-III.

L'autisme est conçu actuellement comme un trouble neuro-développemental aux origines multifactorielles, notamment génétiques. Il existe actuellement une controverse pour savoir si l'autisme et les différents types de TED représentent un continuum, ou s'il s'agit d'entités différentes justifiant le terme de « spectre des troubles autistiques » (Autisme Spectrum Disorders) qui tend à devenir le plus utilisé. Il est intéressant de souligner que les premières personnes à avoir reçu le diagnostic d'autisme viennent tout juste d'atteindre le troisième âge.

Enfin même si les syndromes autistiques et schizophréniques ont des parentés sur le plan de certains mécanismes neuropsychologiques et peut être dans le mode de transmission, ces deux affections ne sont pas superposables. Ainsi bien qu'il soit parfois déficitaire d'isoler des signes très intriqués dans le développement (notamment à l'adolescence) et d'individualiser les tableaux cliniques, il est important malgré tout de ne pas mélanger des affections contrastées, notamment pour le traitement, les prises en charge et la validité des recherches. (Tardif, 2003, P.09).

2. Définitions de L'autisme

Le terme « autisme » vient des grecques autos qui signifie « soi-même » a pour origine l'impression donnée par d'être complètement replié sur lui-même.

L'autisme est défini comme trouble envahissant du développement par opposition aux autres troubles du développement qui touchent surtout un aspect

particulier du développement, les déficiences intellectuelles sont des troubles dans laquelle c'est la sphère du développement cognitif qui est le plus atteint.

Dans les troubles septiques du développement c'est selon le cas le langage (dysphasie de développement, retard de langage ou de parole), la motricité (dyslexie de développement) ou l'apprentissage scolaire (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie) qui peuvent être affectés. Regrouper sous l'appellation « trouble envahissant du développement ». (Bertand, 2008, P.30).

« L'autisme et les troubles qui lui sont apparentés constituent un ensemble de syndromes regroupés dans la classification internationale des maladies (CIM10) sous les termes de « trouble envahissants du développement » (TED). Les syndromes sont variés en ce qui concerne les manifestations cliniques, les déficiences associées, l'âge du début des troubles ou l'évolution. » Pour caractériser ces troubles, la circulaire reprend ce qu'on appelle « la triade autistique » qui définit les manifestations autistiques par « un déficit des interactions sociales, de la communication et des perturbations des intérêts et des activités qui entravent le développement de l'enfant et engendrent, sa vie durant, des handicaps sévères et lourds de conséquences pour lui-même et la vie familiale ». (Philip, 2003, PP .17-18).

D'après cette définition, on a saisi que l'autisme s'agit d'une sorte d'une polarisation de toute la vie mentale d'un sujet sur son monde intérieur, et perte de contacts avec le monde extérieur, dans ses formes moins caractérisées, des contacts sont encore possibles entre monde intérieur et monde extérieur, mais le malade souffre de ne pouvoir extérioriser sa sensibilité dans des expressions adéquates, et d'autre part, le monde extérieur le blesse constamment, et l'oblige à se barricader dans sa tour d'ivoire.

2.1. Selon L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé)

L'OMS définit l'autisme comme un trouble envahissant du développement (TED) caractérisé par un développement anormal ou déficient manifesté avant l'âge de trois ans avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivant : Interaction sociale réciproque, communication, comportement ou caractère restreint ou répétitif.

2.2. Selon la CIM 10 et DSM 5

Ces troubles se caractérisent par une altération globale des capacités de communication et des perturbations dans la relation avec les autres, des activités et des intérêts restreints et répétitifs avec les autres et souvent stéréotypés. En théorie, il n'existe pas de retard mental associé mais en réalité clinique le fonctionnement cognitif présente habituellement des particularités. Au plan psychologique les TSA se caractérisent par altération de l'organisation progressive de la personnalité avec la capacité d'adaptation à la réalité variable en fonction du niveau d'exigence sociale et du niveau d'angoisse de l'enfant. (Tardif & Gepner, 2003).

2.3. La Définition officielle de l'autisme par l'ANDEM (Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale)

Il a des difficultés à interagir avec les personnes et manifeste une déficience issue du rapport de l'A.N.D.E.M. sur l'autisme de novembre (1994) : « Le syndrome d'autisme est un trouble global et précoce du développement, apparaissant avant l'âge de trois ans, caractérisé par un fonctionnement déviant et /ou retardé dans chacun des trois domaines suivants : interactions sociales, communication verbale et non verbale, comportement. Il existe un retrait social (retrait autistique) caractéristique du syndrome –indifférence au monde (...). La communication verbale et non verbale est perturbée en quantité et en qualité (...), les comportements sont restreints, répétitifs, ritualisés, stéréotypés (...) de plus,

les autistes présentent souvent des peurs, troubles du sommeil ou de l'alimentation, des crises de colère et des comportements agressifs ». (Lelord, 1990, P.117).

2.4. Discussion des définitions

Le concept de l'autisme a subi beaucoup de remaniements à travers l'histoire (évolution synchronique) et entre les différentes classifications. Ces remaniements concernent non seulement le tableau clinique de ces troubles mais aussi les entités nosographiques pour lesquelles il peut appartenir ou qu'il peut contenir.

3. Épidémiologie

Les études épidémiologiques récentes affichent un taux de prévalence de 0,6 %, il y a trente ans, l'autisme était considéré comme une maladie rare avec un taux de prévalence d'environ 0,004, d'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un tel accroissement ne signifie pas que la maladie ait augmenté. (Rogé, 2004, P.39).

En effet, les chiffres établis antérieurement l'étaient sur la base d'une définition plus restreinte de l'autisme dit « de Kanner » or, depuis les années quatre-vingt-dix, les deux classifications internationales qui servent de références (DSM-IV et CIM 10) ont introduit de nouveaux syndromes ; le syndrome d'asperge, les troubles non spécifiés du développement, encore appelées « autisme atypique », le syndrome de Rett, Le X fragile.

Il faut aussi prendre en considération l'utilisation d'instruments cliniques performants dans le diagnostic de l'autisme ; ceci a fait croître la prévalence classiquement, on retrouve dans le syndrome autistique une prévalence de 4 à 5 enfants pour 10.000 naissances.

L'autisme de Kanner touche beaucoup plus des garçons que des filles : près de 4 garçons pour une fille, si l'on considère l'ensemble des troubles autistiques

et apparentés, les chiffres sont plus élevés, il existe une prévalence de 10 à 11 enfants pour 10.000 naissances. (Ould Taleb, 2019).

4. Description clinique

L'autisme, touche donc précocement toutes les fonctions d'adaptation, et il se caractérise par un ensemble de signes cliniques, présents dans les trois domaines essentiels, que sont donc l'interaction sociale, la communication, et les intérêts répétitifs et/ou restreins des comportements.

4.1. Troubles de la relation :

Ces perturbations, se traduisent par des comportements déviants, dont l'expression peut varier considérablement, d'un sujet à l'autre, chez les uns, c'est l'apparence d'une indifférence qui domine, parfois accompagnée d'un évitement du contact physique l'ignorance des autres personnes, le contact visuel réciproque, l'acquisition du sourire social dès les premières semaines ne sont pas observés, plus tard, on observe également un évitement du regard de l'autre, les fixations visuelles peuvent aussi comporter des balayages visuels inopérants.

La durée d'exploration, est très courte ce qui renforce une certaine incapacité, à traiter les informations d'ordre social et affectif, chez les autres ça peut être davantage des réactions excessives d'agrippement, même si les capacités de réception et d'expression sont à la base déficitaire, des cris et des pleurs sans raison apparente sont enregistrés. Un des traits dominants de cette inadéquation sociale s'avère être aussi l'absence des comportements, d'anticipation qui se met habituellement en place, dès le très jeune âge. d'ailleurs un des premiers signes, qui alarme les parents, lorsqu'ils constatent que leur enfant ne tend pas les bras lorsqu'ils s'apprêtent à le prendre, et qu'il n'ajuste pas sa posture une fois pris dans les bras, la faible compréhension des expressions des autres entraîne une difficulté à s'harmoniser avec eux, et à partager sur le plan émotionnel, l'enfant est donc isolé, ne recherchant pas le contact des autres, et particulièrement des

enfants de son âge, il ne parvient pas à développer de jeux sociaux avec les autres enfants, et ne s'adapte pas aux situations de groupe, lorsque l'intérêt social se développe, les modes d'entrée en communication sont maladroits, et l'enfant ne parvient pas à maintenir l'échange durablement, l'interaction sociale avec les adultes peut être meilleure dans la mesure où ceux-ci s'ajustent à l'enfant, et facilitent donc la situation pour lui. (Rogé, 2003, P.23).

4.2. Troubles de la communication :

Ce sont à la fois le langage et la communication non verbale qui sont très perturbés. Le langage expressif peut être absent. Lorsqu'il se développe, il est retardé et se caractérise par de nombreuses particularités : écholalie, inversion des pronoms (utilisation de « tu » à la place de « je »), incapacité à utiliser des termes abstraits, mots détournés de leur sens habituel. Dans les cas où le langage est bien développé, la voix a fréquemment une modulation anormale, avec un débit et un rythme particuliers. (Pascal Lenoir, 2007).

La communication peut être gênée aussi par une tendance au soliloque ou des incongruités. La syntaxe est souvent immature mais peut être correcte. Les mots concrets sont les premiers (ou les seuls) reconnus quel que soit le stock lexical ; et les conversations abstraites, l'humour, les mots dont la signification varie avec le contexte, ne sont pas accessibles à l'enfant.

Enfin quel que soit le niveau de langage, le sujet semble incapable d'entrer dans un échange à type de dialogue. Les modes de communication non verbales sont aussi limités, que ce soit pour comprendre autrui – mimiques, sourires, gestes ou pour aider à l'expression : désigner du doigt, dire au revoir, avoir des mouvements de joie, de surprise ou de peur.

Les expressions faciales sont pauvres, le sourire rare. Le partage avec autrui des activités ou intérêts est limité, l'enfant n'initie pas de gestes interactifs, n'imites pas ceux de l'adulte, l'instrumentalise en le considérant « pour une partie

de lui-même » : il prend sa main pour obtenir quelque chose, ou s'assie sur lui comme sur une chaise.

4.3. Comportements, activités et intérêts répétitifs et/ou restreints

La vie de famille est perturbée par les problèmes de comportement de l'enfant autiste, spécialement si l'enfant développe une attitude agressive ou s'automutile. Souvent une hyperactivité et des troubles du sommeil ou de l'alimentation aggravent les problèmes de comportement, tomber malade devient un luxe, se reposer est impossible, les parents sont submergés par la fatigue. Les relations familiales sont tendues, les frères et sœurs sont ou se sentent négligés de ce fait. La famille vit dans une situation de stress chronique qui mine l'endurance des parents et les conduits souvent au divorce, laissant à l'un d'entre eux, le plus souvent la mère, la charge d'élever seule ses enfants, avec tout ce que cela implique. Stéréotypies ; difficultés à exprimer des émotions et à comprendre celles des autres. (Juhel, 2003, P.48).

Les activités répétitives concernant le corps. On peut observer des balancements, des postures anormales ou des mouvements des mains ou des bras postures et mouvements complexes du corps peuvent se combiner surtout dans les formes sévères d'autisme. L'enfant peut par exemple poser la tête au sol et se balancer dans cette position, s'enrouler dans les pieds d'un meuble dans une posture que d'autre jugeraient inconfortable, se glisser dans un endroit où son corps sera comprimé. (Rogé, 2003, P.25).

4.4. D'autres signes

4.4.1. Retard de développement

Dans l'enfance, et avant que l'ensemble des troubles n'ait été identifié et rattaché au tableau d'autisme, des problèmes non spécifiques sont fréquemment relevés. Le retard de développement psychomoteur, quoique non systématique se rencontre avec une fréquence non négligeable. On peut relever un décalage dans

l'acquisition du maintien de la tête, de la station assise et de la marche. L'éveil à l'environnement est tardif. Le retard dans la mise en place d'un langage fonctionnel est relativement constant. (Rogé, 2003, P.26).

4.4.2. Problèmes psychomoteurs

Des signes tels que l'hypertonie ou l'hypotonie, des anomalies discrètes sur le plan postural, et des problèmes de coordination peuvent déjà être décelés précocement. Les troubles se situent dans le domaine de la motricité globale comme dans celui de la motricité fine et les perturbations touchent à la fois la motricité instrumentale qui permet l'adaptation à l'environnement, et la motricité de relation qui participe à la communication par les gestes et les postures. (Rogé, 1991, P.27).

Au niveau de la motricité globale, que le rythme de développement ait été affecté au départ ou non, le maintien et les déplacements présentent ensuite des particularités. Les mouvements peuvent être pauvres, ralentis ou différés dans leur exécution avec en particulier des difficultés de démarrage du geste. Les problèmes d'initiative sont également fréquents, l'enfant ne produisant pas un geste dans le contexte où il serait adapté alors qu'il peut très bien le réaliser par ailleurs.

Des postures particulières peuvent être observées comme par exemple la tête inclinée sur l'épaule. Dans les déplacements sont notées des anomalies comme le positionnement des bras en flexion ou en extension, les mouvements d'accompagnement de la marche étant inexistant ou se produisant à contretemps. La marche sur la pointe des pieds qui peut être observée dans le développement normal, subsiste à un stade où elle devrait avoir disparu. (Rogé, 1991).

Des mouvements stéréotypés peuvent interférer avec le mouvement et rythmer les déplacements. On enregistre parfois une aisance paradoxale à ce niveau, l'enfant étant alors capable d'adopter des postures à la limite de la rupture

d'équilibre, d'escalader des obstacles et de manifester des compétences qui se situent largement au-dessus de son âge.

Dans le domaine de la motricité fine, les problèmes de coordination peuvent entraver la manipulation précise des objets. La latéralité s'établit tardivement. Elle se définit plus souvent à gauche ou reste indéterminée et les deux mains ont du mal à se coordonner dans une activité complémentaire. La négligence d'une main est fréquemment observée. De manière paradoxale, certains sujets sont par contre capables de réaliser des manipulations fines d'une rare précision.

Les mimiques faciales sont pauvres et peu ajustées au contexte social. On observe ainsi des crispations, des mouvements parasites, des expressions faciales sans rapport apparent avec la situation, ou d'une intensité anormale. (Rogé, 1991)

4.4.3. Problèmes sensoriels

Il est très important de porter une grande attention à l'environnement sensoriel des personnes avec autisme et tout particulièrement à celui des enfants, car, à l'instar des grandes personnes, ils n'ont pas encore de réelles possibilités de l'adapter à leur convenance. Outre le caractère désagréable, voire douloureux d'une sur stimulation sensorielle, quelle qu'en soit la nature, les capacités cognitives se trouvent considérablement réduites au cours de celle-ci, comme si la plus grande partie de l'énergie psychique était absorbée par cette sur stimulation, entre autres dans les essais de maîtrise, d'ailleurs pas toujours couronnée de succès, des réponses émotionnelles déclenchées par cette excitation. (Caucal, 2013, P.141).

Il existe chez l'enfant autiste des particularités sensorielles qui peuvent concerner un ou plusieurs canaux. Les modalités concernées sont variables selon les enfants. Ces particularités se manifestent par des seuils de réponse différents par rapport à la norme. Ainsi, le seuil de réponse peut être plus faible que la norme pour une modalité sensorielle, on parle alors d'hypersensibilité.

A contrario, le seuil de réponse d'un autre canal sensoriel peut être plus élevé et on parle dans ce cas d'hypo sensibilité. Ces signes sont souvent très marqués avant l'âge de 6ans. L'enfant autiste réagit anormalement aux perceptions sensorielles et ceci est objectivé par son comportement. La réaction peut être excessive (hyper réaction) ou atténuée (hypo réaction) et se produire pour tous les organes des sens. (Ritvo & Laxer, 1983, P.48).

4.4.5. Troubles émotionnels

Le lien émotionnel peut passer par certains aspects visuels ou sonores. L'enfant commence à montrer une émotion au moment de la séparation d'avec l'objet, l'enfant peut manifester une angoisse de ré-perte d'enveloppe. Comme s'il y avait arrachement, lorsque l'enfant quitte le corps de l'adulte, on peut remarquer une alternance de jubilation et de crainte dans les retrouvailles du regard.

Les émotions apparaissent avec des crises de colère ; de pleurs ; de joie appropriée set apparaissent avec possibilités d'échanges tendres. Le matériel va pouvoir être utilisé comme tiers dans la relation à l'enfant. La séparation va commencer à être acceptée sans angoisse. (Soularol, 2003, PP.106-142).

L'ensemble de ces signes conduit à classer aujourd'hui l'autisme parmi les troubles envahissants du développement. Ainsi pour qu'il y ait mise en place des remédiassions et des prises en charge thérapeutiques efficaces et spécifiques aux problèmes de l'autisme il faut reconnaître précisément les déficits et les capacités et caractérisé la nature de ces déficits et leurs mécanismes. (Bruno, 1998, P.34).

4.4.6. Troubles de sommeil

Les troubles du sommeil sont pratiquement la règle. L'enfant reste éveillé longuement ou se réveille dans la nuit. Le comportement est alors variable d'un sujet à l'autre. Les périodes d'insomnie peuvent être accompagnées d'une détresse que rien ne peut consoler. L'enfant peut aussi rester les yeux ouverts de longues

heures sans se manifester. Il est alors passif ou présente des stéréotypies telles que des balancements accompagnés ou non de croup manie (il se tape la tête) et de vocalisations elles aussi répétitives. Il se lève parfois pour se livrer à des manipulations stéréotypées d'objet ou simplement déambuler. (Rogé, 2003, P.27).

4.4.7. Troubles d'alimentation

Les problèmes d'alimentation chez les personnes atteintes d'autisme ont jusqu'à présent, expliqués sous l'angle sensoriel, plus précisément du point de vue de l'hypersensibilité sensorielle. D'une part parce que nous n'avons pas encore expliqué pourquoi une personne a des problèmes d'alimentation. D'autre part parce que trop peu de conseils ont été présentés jusqu'à maintenant. La partie suivante essaie d'y remédier en expliquant comment la théorie sur la cécité contextuelle chez les personnes atteintes d'autisme les personnes atteintes d'autisme n'ont donc plus aucune garantie que ce qu'elles mangent soit comestible si justement ces détails spécifiques venaient à changer. Les enfants autistes présentent d'importantes particularités sensorielles, qui vont gêner le bon déroulement du repas. Ils peuvent notamment être sensibles à la lumière, aux bruits, à certaines textures ou certaines odeurs. Ces spécificités ont des répercussions sur leur alimentation, qui est souvent très sélective. (Prudhon, 2012, PP. 91- 104).

4.4.8. Problèmes dans l'acquisition de la propreté

L'acquisition de la propreté est généralement problématique. Des cas d'apprentissage instantanés et brutaux se rencontrent. L'enfant dans ce cas devient propre du jour au lendemain, ce qui contraste curieusement avec d'autres domaines dans lesquels son développement est retardé. Mais dans la majorité des cas, le contrôle est difficile à établir, et ceci, pour différentes raisons. Il existe

fréquemment des troubles du transit avec diarrhée ou constipation rebelle. (Chossy, 2003, PP.26-27).

Ces anomalies peuvent être renforcées par des habitudes alimentaires peu adaptées. L'enfant peut aussi être indifférent à l'égard des signaux en provenance de son propre corps, soit qu'il ne les perçoive pas, soit qu'il n'en intègre pas le sens. L'éventualité de selles douloureuses est également à envisager, surtout dans le contexte d'une constipation, et lorsque l'enfant présente par ailleurs les signes d'une hypersensibilité au niveau des muqueuses. Enfin, des peurs spécifiques liées aux toilettes, des rituels ou des intérêts stéréotypés comme le fait de tirer la chasse d'eau parasitent parfois fortement l'apprentissage de la propreté. (Chossy, 2003, P.28).

5. Les facteurs de risques de l'autisme :

Jusqu'à ce jour l'autisme reste encore une énigme sur le plan étiologique, les chercheurs en épidémiologie en génétique et en neurologie ont permis de mettre en évidence des facteurs de risque mais ces derniers ne signifient pas les causes car cela désigne un agent qui entraîne systématiquement un effet prédictible on peut distinguer deux facteurs de risques. Les facteurs endogènes qui sont les facteurs génétiques et les facteurs exogènes ou facteurs environnementaux.

5.1. Les facteurs neurobiologiques et génétiques

C'est un dysfonctionnement neurologique provoqué par une atteinte biochimique affectant les neurotransmetteurs. Les messages que les sens transmettent au cerveau sont mal reçus ou mal interprétés. Des prédispositions génétiques ainsi que, probablement, des processus biologiques intervenants sont avant, soit pendant, soit après la naissance sont susceptibles de gêner le développement du cerveau. Il est en résulte une appréciation confuse de la vie et de l'environnement. (Boulekras, 2009, P.15).

Les premiers arguments pouvant avec une quasi-certitude que les facteurs génétiques étaient en cause dans l'autisme ont été donnés grâce aux études épidémiologiques anglo-saxonnes dans les années 70-80, portant sur les jumeaux monozygotes (vrais jumeaux qui ont en commun la totalité de leur patrimoine génétique) faux jumeaux, qui n'ont en commun que 50% de leur patrimoine génétique, comme les frères et les sœurs d'une fratrie). Ces études ont en effet montré que, pour les vrais jumeaux lorsque l'un des enfants est atteint d'autisme, l'autre a un risque d'au moins 70% d'être lui aussi atteint d'autisme ou de trouble apparentés.

De même, les études familiales montrent que une famille où il y a un enfant d'autisme, le risque pour les frères et les sœurs (apparentés au premier degré) d'être aussi atteints d'autisme ou de trouble autistique est d'environ 4%. (Tardif, 2003, P.59).

5.2. Les facteurs cognitifs

On se rend compte de plus en plus que la personne autiste souffre d'un mélange d'anomalies. Face à cet assortiment ; de déséquilibre sensoriel, trouble de l'attention, problèmes de saisie et d'intégration de l'information. Plusieurs hypothèses concernant le traitement de l'information chez les personnes autistes ont été formulées. Les travaux d'Hermeline et Connors en (1970) ont montré que les performances dans le domaine du rappel d'une information verbale ne sont pas améliorées chez les autistes par l'organisation des mots. Les données sont stockées sous forme brute et qu'elles ne font pas l'objet d'une organisation en fonction du sens.

Il semblerait que les personnes atteintes d'autisme aient un déficit au niveau des fonctions exécutives, de la cohérence centrale ainsi que de la théorie de l'esprit. Selon le pédopsychiatre Andrew Meltezoff de l'université de Washington, il existe un défaut central chez la personne avec autisme ; leur

incapacité à se représenter ce que les autres pensent. On estime que vers l'âge de 4ans les enfants d'une manière générale, réalisent que les autres personnes ont leurs propres désirs, et pensent autrement qu'eux. Ce qui leur permet de réagir aux différentes situations sociales qu'ils traversent. Par contre, les enfants autistes pensent que tout le monde pense comme eux. Ils ne savent pas que leurs parents, leurs frères et sœur, camarades...pensent et voient les choses autrement qu'eux. (Rogé, 2004, P.40).

5.3. Les facteurs environnementaux :

Ici les facteurs environnementaux sont considérés au sens large, il s'agit de passer en revue les événements de l'environnement prénatal du fœtus de l'environnement postnatal du nourrisson qui ont pu contribuer à l'apparition d'un syndrome autistique. Ces facteurs environnementaux certains sont de nature organique, et certains sont de nature psychologique.

5.3.1. Les Facteurs anti-conventionnels

Les études en épidémiologie en permis de trouver parmi les mères d'enfants autistes, des femmes étant exposées dans le cadre de leurs professions à des agents chimiques toxiques avant la conception de l'enfant.(Tardif, 2003,P.61).

5.3.2. Les Facteurs anténatal

- La contamination de la mère par des agents infectieuse (virus rubéole ou cytomegalovirus) pendant la grossesse ;

- La survenue d'hémorragie utérines et de menas de fausse couche centrée sur le deuxième trimestre de la grossesse ;

- La dépression maternelle pendant la grossesse et après la naissance. (Ould Taleb, 2019, PP.52-53).

5.3.3. Les Facteurs prénatals

- L'état de la souffrance de nouveau-nés ayant entraîné une mise en couveuse.

- Une prématurité ou une post-maturité.

Ces deux facteurs semblent plus fréquents dans les antécédents d'un enfant autiste. (Ould Taleb, 2019, PP.52-53).

5.3.4. Les Facteurs postnatals

Une infection postnatale par des virus de l'herpès de la rougeole ou des oreillons semble impliquée dans certains cas d'autisme, d'autre part une carence environnementale majeure sur les plans éducatifs et affectifs que certains enfants subissent. (Ould Taleb, 2019, PP.52-53).

6. Diagnostic de l'autisme

Il est important de détecter rapidement l'autisme chez l'enfant. Grâce au diagnostic précoce, les parents comprennent plus tôt pourquoi leur enfant présente un comportement si inhabituel et peuvent réagir plus vite et d'autant plus efficacement à la situation. Établir le diagnostic demande sensibilité, jugement et intuition. Il n'y a pas de tests spécifiques pour l'autisme ; il n'y a pas de symptômes particuliers (rien n'est pathognomonique). Il n'est pas de symptôme absolu soit pour confirmer, soit pour infirmer le diagnostic. (Laxer, 1983, P.39).

Le retard à l'établissement du diagnostic est généralement attribué à une sensibilisation insuffisante des praticiens aux symptômes très précoces de l'autisme et au fait que les examens de routine effectués durant les premières années de la vie évaluent à peu près uniquement le développement moteur, intellectuel et perceptif (qui peut apparaître normal dans l'autisme), mais n'apprécient pas les signes les plus fins, notamment ceux du registre de la communication.

Un nouveau-né comprend spontanément ce que sa mère exprime quand elle lui sourit, lui tend les bras et le câlin. Le message de tendresse est immédiatement reçu par l'enfant, par contre un bébé autiste ne manifeste aucun intérêt pour son environnement, ne cherche pas le regard. On remarque au cours des trois premiers mois, trouble alimentaire le bébé autiste ne tète pas bien, s'alimente difficilement. On observe aussi des troubles de sommeil, des insomnies au cours desquelles il est agité, il garde les yeux ouverts, ne bouge pas ne dort pas. Des troubles psychomoteurs très précoces ont été observés chez l'enfant autiste il peut rester dans son lit pendant longs moments, a regardé les objets qui l'entourent, mais sans saisir son ours en peluche pour jouer, ni aucun des objets que les enfants aiment habituellement à jouer. (Juhel, 2003, P.41).

Il est rare de nos jours de découvrir un autisme dans sa forme complète (retrait autistique, recherche d'immuabilité, stéréotypies, absence de langage), telle que Kanner l'avait décrite. Les progrès de la recherche clinique ont en effet conduit à repérer certains signes précoces, durant les deux premières années de vie, susceptible d'orienter le diagnostic. La précocité du diagnostic permet en effet de mettre en place rapidement une prise en charge thérapeutique qui influencera la qualité de l'évolution.

7. L'évaluation de l'autisme

7.1. L'évaluation clinique

Le bilan clinique repose en premier sur l'ensemble des renseignements recueillis sur l'histoire de l'affection. Un bilan clinique au moyen d'instruments cliniques quantitatifs qui regroupent la plupart des comportements observés chez l'enfant autiste. (Lelord, 1991, P.99).

Ceci permet d'orienter le diagnostic vers l'une des quatre grandes catégories de trouble envahissant du développement (TED):

- L'autisme infantile, dont le diagnostic repose sur les critères suivants.

- apparition des troubles avant l'âge de 3 ans.
- altération qualitative des interactions sociales.
- altération qualitative de la communication et du langage - comportements, intérêts et activités restreints, stéréotypés et répétitifs.
- L'autisme atypique, qui diffère de la forme précédente par sa survenue plus tardive (après 3 ans).
- Le syndrome de Rett touche essentiellement les filles. Après un développement normal, il se manifeste par une phase de régression rapide avant l'âge de 3 ans. Perte de coordination manuelle, perte de la station debout, cerveau qui arrête de grossir.
- Le syndrome d'Asperger, se caractérise par des comportements stéréotypés et des anomalies dans l'interaction sociale. En revanche le développement cognitif et le langage sont d'un bon niveau.

7.2. L'examen médical

L'intérêt des examens propres à la pédiatrie, la neurologie, et la neurophysiologie va croissant. On s'attarde sur l'exploration des incidents liés à la grossesse, à l'accouchement ; ainsi qu'aux affections métaboliques, infectieuses, génétiques... Pour contribuer à la connaissance et à la compréhension de l'autisme, des disciplines qui se sont longtemps ignorées ; telles que la pédiatrie, la neurologie, la psychologie, la psychiatrie, l'imagerie fonctionnelle... se sont rapprochées grâce à l'avancée de la recherche scientifique dans les domaines biologique, génétique et la percée des neurosciences. Les examens propres à ces disciplines ont donné à l'autisme une dimension multidisciplinaire. (Lelord, 1991. P 59).

Le bilan doit être soigneux et réalisé par un spécialiste en pédiatrie, ORL, neurologie... Il recherchera notamment :

- l'existence d'une anomalie neurologique.
 - un déficit sensoriel (surdité, troubles visuels).
 - l'existence d'une épilepsie.
 - des anomalies liées aux affections métaboliques, infectieuses, génétiques
- Ce premier bilan orientera les examens complémentaires. Toutefois, certains examens complémentaires sont maintenant devenus quasi systématiques. C'est ainsi que le bilan ORL avec audiogramme, le bilan ophtalmo, l'EEG de veille et de sommeil, un bilan de base biologique sont facilement réalisés. Dans un deuxième temps, d'autres examens pourront être faits selon les cas : IRM cérébrale, imagerie fonctionnelle....

7.3. Le bilan psychomoteur

Il est également important à réaliser de manière précise, car il nous renseigne en particulier sur la manière dont l'enfant investit son corps. Par exemple, il peut révéler la méconnaissance, de la part de l'enfant, de certaines parties de son corps, comme les parties qu'il ne peut pas voir par l'absence de représentation mentale de celles-ci. L'évaluation portera sur : - le développement des acquisitions posturales et motrices - le comportement psychomoteur, notamment dans le domaine de la communication (Échelle d'évaluation du comportement psychomoteur). (Sauvage, 1991, P.162).

7.4. L'évaluation psychologique

L'évaluation du niveau de développement de l'enfant afin de préciser les capacités intellectuelles, perceptives, motrices, et linguistiques de l'enfant. Il existe des épreuves d'intelligence non verbale et verbale, de développement du langage, de la communication, de la mémoire visuelle auditive, et l'organisation spatiale temporelle ce constat est essentiel pour le diagnostic différentiel, le suivi et l'élaboration de programmes thérapeutiques et éducatifs. Dans le cadre de

l'examen psychologique, le psychologue dispose d'échelles d'observation permettant de décrire finement une symptomatologie comportementale dans les domaines variés tels que le mode de contact avec son entourage, l'utilisation des objets...On rajoute aux tests psychométriques classiques un nouveau test construit par SCHOPLER et REICHLER en (1980), la psycho éducationnelle profil (PEP). (Sauvage, 1991, P.162).

Cet instrument d'évaluation assez particulier est préconisé dans un programme éducatif d'enfants autistes. Le PEP introduit de façon judicieuse la notion d'« émergence », lorsque l'enfant ébauche une réponse positive à la consigne sans la réaliser correctement ou complètement. Les profils résultant du test vont permettre d'adapter les activités proposées à l'enfant et de cibler spécifiquement les domaines dans lesquels l'enfant a les capacités de progression.

7.5. L'évaluation du langage

Environ un enfant autiste sur deux ne parle pas. Parmi ceux qui développent un langage, il intervient tardivement et rare s'il présente un bon niveau. La méthode d'évaluation est en étroite relation avec le problème posé et les buts recherchés.

L'examineur doit savoir que l'enfant ne comprend pas toujours lorsqu'on l'interpelle en lui demandant verbalement ou avec le geste de réaliser une tâche. Il ne peut pas associer deux modalités ; regarder et écouter en même temps. Les méthodes employées font une large place à l'observation du comportement et du langage spontané.

Et à travers la production et les réponses de l'enfant produites par la manipulation d'objets et les jeux structurés. La vidéo est utile pour le recueil des signes qui échappent à l'observation directe. Les moyens psychométriques sont utilisés lorsque le niveau de développement de l'enfant le permet, avec des tests adaptés aux enfants autistes. (Rondal, 1989, P.320).

8. Diagnostic différentiel

Le trouble autistique doit être différencié des autres troubles envahissant du développement (T.E.D), alors que ce trouble touche beaucoup plus les garçons. Les troubles du développement du langage, de type réceptif, l'enfant utilise génialement le contact visuel et essaye souvent de communiquer d'une façon adéquate, au moyen de gestes, tandis que dans l'autisme infantile, il y a un manque total de réponse. (Ritvo, 1983, P.136).

Le trouble autistique diffère des troubles dés intégratifs de l'enfance, car ce dernier représente un mode de régression développementale bien particulier, faisant suite à un développement normal ayant duré au moins deux ans. (Massan, 1996, P.83).

Parmi les causes possibles de l'autisme, un virus et/ou d'autres traumatismes peuvent se combiner avec une vulnérabilité génétiquement prédéterminée. Un exemple connu est celui de la poliomyélite qui, pendant longtemps, a été considérée comme une maladie héréditaire avant la découverte des virus. Après cette découverte, on a trouvé que, si la population dans son ensemble était exposée au virus, seuls étaient atteints ceux qui avaient un manque de résistance génétiquement déterminé. Une situation semblable (une résistance atténuée) pourrait exister chez certaines familles qui, ainsi, auraient des enfants autistes. Par conséquent, l'enfant génétiquement vulnérable aurait un cerveau lésé par un virus ou un manque d'oxygène pendant la grossesse, ou tout autre traumatisme, et deviendrait autiste, tandis que ses frères et sœurs, non vulnérables sur le plan génétique résisteraient à de tels traumatismes. On explore actuellement cette hypothèse qui paraît intéressante, en étudiant les facteurs sanguins des familles comptant deux ou plusieurs enfants autistes avec, en même temps, un autre enfant normal. (Gloria, 1983, P.34).

9. L'autisme et sa prise en charge

L'autisme est un trouble envahissant du développement qui implique dans la plupart des situations un accompagnement éducatif institutionnel ou à domicile, de ce fait, une description des principaux types de prise en charge me semble incontournable.

9.1. La prise en charge médicamenteuse (psychotropes) :

Vu l'inexistence d'une pharmacologie spécifique à l'autisme avec une efficacité curative du trouble autistique, les médicaments ont été toujours considérés pour l'autisme comme un traitement secondaire, un traitement d'appoint avec des objectifs symptomatiques, un effet principalement recherché a été la diminution des comportements gênants telle que l'agitation l'agressivité, l'automutilation chez ces enfants on utilisant les neuroleptiques dites classiques ou traditionnelles, agissant essentiellement par une action sédatrice. (Piolat,1998).

Dans le traitement proposé aux autistes il y a un double objectif réduire des comportements gênants quand ils existent et réhabiliter des fonctions déficitaires. Malheureusement ces médicaments le plus souvent entravent un effet secondaire comme baisser les troubles du comportement et diminuer la vigilance et risquer d'entraîner une sédation des fonctions cognitives ou de communication. A côté des médicaments neuroleptiques traditionnels, il existe de nouveaux produits antipsychotiques qui semblent avoir de bons effets sur le plan clinique sans présenter des inconvénients majeurs des produits classiques comme (la Risperidone). De même certains produits sont en cours d'expérimentation pour viser à améliorer des cibles particulières (hyperactivité, auto agressivité, agitation...).

Alors, il est bon à retenir qu'il n'existe pas un traitement médicamenteux propre à l'autisme, et sans doute il n'y en aura pas à cause la diversité des autistes et la complexité de ce trouble énigmatique. Il est donc très important d'évaluer

sur quelles cibles comportementales ou quelles fonctions on veut intervenir avant de toute prescription, sans oublier de prendre en compte la gravité de trouble chez l'enfant. (Tardif, 2003, P.103).

9.2. Les prises en charges psychothérapeutiques :

9.2.1. La prise en charge analytique :

Il s'agit d'un cadre bien précis (en dehors du lieu de vie), aider ces personnes à relier entre elles les expériences vécues et la fantasmagorie s'y rattachant et qui les paralyse parfois. Il s'agit aussi de les aider à mieux intégrer leur corps de manière à leur permettre de sortir de leurs perceptions erronées afin qu'émerge la reconnaissance de l'autre et la pensée pragmatique ou symbolique. (Ould Taleb, 2019, P.188).

Il s'agit enfin de les amener à une prise de conscience de soi et par voie de conséquence de l'autre et des différences émotionnelles qui les habitent. Lorsqu'un psychothérapeute accueille une personne autiste, il est clair qu'il va se situer d'une certaine façon hors du champ traditionnel de la psychanalyse. Le plus souvent, il sera confronté à une absence ou à une grande pauvreté de langage, à une pensée et à des mécanismes associatifs défaillants. Par ailleurs dans le cadre de ces psychothérapies, sa neutralité bienveillante sera hors de propos. Il lui faudra au contraire savoir intervenir de façon très dynamique pour que « les choses bougent ».

Elle fait intégralement partie du soin, mais elle suppose d'être pratiquée par une personne tout particulièrement formée aux dysfonctionnements psychiques et cognitifs des personnes autistes. Pour ces personnes tellement fermées à la compréhension de leur environnement, il ne doit y avoir aucune confusion possible entre les différentes modalités de soins qui leur sont offertes. A chacun sa compétence et sa spécialité. (Amy, 2009, P. 54).

9.2.2. La prise en charge éducative :

La prise en charge éducative est un ensemble de méthode et de stratégies d'enseignement adaptées aux enfants et adolescents autistes afin de leur permettre un accès au savoir. En effet, le but recherché par cette approche n'est pas d'enseigner un programme scolaire au sens habituel du terme, même si certains autistes peuvent le suivre en partie ou en totalité, mais le but est bien plus de leur donner des outils pour mener une vie aussi indépendante que possible, pouvoir s'occuper seul de façon constructive, et participer à la vie de leur entourage avec des moyens de communication et d'intégration socialement adaptés. Dans les prise en charge éducatives, la part sacrée aux activités ciblant le développement cognitif et celle visant d'avantage le développement socio-affectif, sensoriel, ou psychomoteur. Il existe souvent des ajustements nécessaires l'or des prises en charge, entre les concepts de base et leur application en fonction de l'environnement de l'enfant, du pays, de la culture. On peut dire que le prototype des prises en charges éducatives de l'autisme est basé sur l'approche TEACCH développé les années 65-70 (Schopler et al, 1988), axé sur l'éducation et la rééducation des personnes autistes à partir d'évaluation de leur niveau de développement et de fonctionnement. Elle insiste sur le travail de structuration de l'environnement pour créer des repères, sur l'importance de la visualisation des indices pertinents pour mieux les sélectionner et les traiter, sur l'individualisation des programmes pour chacun (PEI : programme éducatif individualisés), sur la collaboration des parents au projet de leur enfants, sur l'approche positive de l'enfant(ne pas le mettre en échec, partir de ses compétences, renforcer les capacités en émergence, favoriser les réussites et les renforcements qui en résulte), sur l'approche globale de l'enfant. (Tardif, 2003.P 114).

9.2.2.1. Le programme de Schopler (TECCH) :

Le programme de TECCH a été conçu et dirigé par Schopler, puis Mesibov aux Etats Unis dans les années 1960 et diffusé en Europe. L'acronyme anglais

signifie Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children, c'est-à-dire, Traitement et Education des enfants autiste dans sa vie quotidienne : -l'hétérogénéité de ses capacités cognitives : déficit des performances sociales et verbales et meilleur développement de certains domaines : mémoire, orientation spatiales, coordination Visio-motrice. (Tabti, 2019, P.172)

Le programme s'articule autour de grands principes destinés à faciliter la compréhension de l'enfant indispensable à tout apprentissage et plusieurs systèmes alternatifs à la communication verbale sont utilisés, les gestes simples et la manipulation motrice pour une communication concrète, les images pour représenter un objet, une personne ou une tâche, elles exploitent la bonne mémoire visuelle, des autistes. (Schopler et al, 2007).

Les objets les plus concrets, les plus à même de suggérer l'usage attendu. L'accès à la perception de l'espace et du temps (chronologie, durée des actions) est favorisé par certaines règles :

- séances dans les mêmes lieux, à la même heure.
- Fin de l'activité associée à un jeu apprécié, à un jouet favori. (Schopler et al, 2007.).

9.2.2.2. L'ABA (Applied Behavior Analysis) ou l'Analyse Appliquée du Comportement :

L'ABA repose sur le modèle du comportement opérant de Skinner. Elle est considérée comme l'une des méthodes d'intervention les plus efficaces pour traiter les troubles du comportement, qui sont très souvent présents dans l'autisme. L'ABA, approche éducative et comportementale, a été créée par Ivar Lovaas aux États-Unis dans les années (1960). Elle consiste en une analyse du comportement et en une intervention intensive visant l'obtention d'une meilleure intégration sociale par l'augmentation et le renforcement des comportements jugés adaptés,

et la diminution des comportements estimés inadéquats. L'ABA utilise donc des stratégies éducatives permettant la réduction des comportements problématiques interférant dans l'apprentissage de l'enfant. (Doehring, 2001).

C'est en (1987) que Lovaas décrit sa première étude fondée sur son programme ABA. Plusieurs reconnaissent l'importance d'une intervention précoce chez les enfants autistes. L'étude de Lovaas suggère que les enfants autistes âgés de moins de trois ans qui suivent une thérapie comportementale intensive de quarante heures par semaine et ce durant deux ans ou plus, font des progrès remarquable. (Lenoir et al, 2007, P.210).

9.3. La Prise en charge institutionnelles à référence psychanalytique :

L'objectif de ces prises en charge institutionnelles est de favoriser chez les enfants avec autisme la relation à autrui et à eux-mêmes en leur donnant les moyens de construire des capacités de représentation et qui vise à l'aider à « réinvestir positivement son activité mentale ». La prise en charge proposée est pluridisciplinaire et assurée par un dispositif relativement complexe impliquant les secteurs sanitaire, médico-social et scolaire. La diversité de ces structures nécessite un fonctionnement « en réseau » visant à assurer à long terme la cohérence et la continuité des services. Cependant, il n'existe pas de consensus dans le choix des outils de soins et d'éducation spécialisée.

Les psychothérapies institutionnelles proprement dites, sont des pratiques moins courantes, qui nécessitent des conditions précises d'organisation et de fonctionnement. Elles ont pour principe que chaque membre de l'équipe soignante participe à une action psychothérapique. Ceci implique une analyse des phénomènes de transfert et de contretransfert de l'ensemble des professionnels en relation avec un enfant. (Haute Autorité de Santé (HAS), 2010, P.98).

10. La prise en charge institutionnelle en Algérie :

Malgré que le concept d'autisme existe au monde depuis sa découverte par Kanner (1943), il demeure inconnu et encore flou dans le langage des algériens, et n'est réellement abordé dans les médias que ces dernières années, vu l'ampleur du phénomène qui devient un vrai problème de santé et de la société. Ce n'est que sous la pression de certains spécialistes et d'associations de parents d'enfants autistes qu'on a commencées à en parler.

En Algérie, la prise en charge est actuellement très insuffisante et les parents vivent un véritable calvaire du fait de l'absence de structure adaptée à la prise en charge scolaire, éducatif, sociale, et thérapeutique de leurs enfants. Le professeur Mouloud Ould Taleb qui est chef de service de la clinique de pédopsychiatrie de Kouba à Alger, annonce qu'il existe des millions d'enfants, adolescent et adultes autiste en Algérie. Pour leur prise en charge, il y a seulement trois centres à travers le territoire national. Le plus important est celui géré par le professeur Ould Taleb, il y en a un autre à Chéraga et un troisième à Blida. (Ould Taleb, 2019).

Les malades qui viennent, parcourent parfois des grandes de distances pour une simple consultation chez une pédopsychiatrie. Et souvent, lorsqu'on diagnostique la maladie chez l'enfant on ne lui trouve pas de place au niveau de ces trois centres complètement saturé. « Il y a des malade inscrits sur les listes d'attente depuis près de deux ans. Leur trouver une place deviennent pratiquement impossible ». Le professeur affirme aussi qu'il n'existe aucun centre pour les polyhandicapés pour une prise en charge à long terme indispensable pour assurer leur intégration dans l'environnement social. (Ould Taleb, 2019).

Le professeur évoque également la défaillance du système scolaire en la matière. Contrairement à d'autres pays plus avancés, le professeur précise qu'il n'y a pas des écoles spécialisées pouvant accueillir les enfants autistes pour les

instruire. L'autisme nécessite une prise en charge « institutionnelle » précoce à long terme. (Ould Taleb, 2019).

Synthèse

Au terme de cette présentation théorique sur les troubles envahissants du développement, nous pouvons dire que ces troubles présentent un point qui les rassemble et qui est fait d'un noyau autistique marqué par des troubles du développement, de la communication et des interactions sociales, associés aux comportements stéréotypés et intérêts restreints.

Le trouble du spectre autistique reste un handicap qui est subjugué de nos jours, il demeure ainsi un des plus grands problèmes scientifiques à l'heure actuelle. Il est défini comme un trouble envahissant de développement qui apparaît dès la première année de vie, avec des premières manifestations, qui se transforment en des symptômes clairs vers l'âge de deux ou trois ans, et parfois beaucoup plus tard.

Ce trouble autistique envahit le quotidien de l'enfant et celui de tous les membres de sa famille, notamment les parents, et cela peut changer les habitudes et la dynamique de sa famille.

Dans le chapitre suivant, nous allons aborder les caractéristiques de la famille, ainsi que leur dynamique familiale.

Chapitre II

La famille, ses caractéristiques et la Dynamique Familiale

Préambule

La famille est la pierre angulaire de nos vies. Elle est le ciment, les fondations qui nous portent tout au long de notre croissance, et le pilier sur lequel repose le développement de l'individu. Elle contribue à l'acquisition des normes et des valeurs qui permettent à l'individu de vivre en société.

Une famille apporte tellement de choses, comme le soutien, l'amour, les soins, l'accompagnement, l'éducation et l'attention. C'est ce qui nous permet de ne pas nous sentir seul lorsque nous traversons des épreuves difficiles ou même lorsque nous voulons partager des événements heureux.

En effet, avoir un enfant autiste peut causer un important changement bouleversant pour toute la famille. Ceux-ci doivent apprendre à s'adapter à un enfant différent. Bien que, cette événement pousse les parents à la remise en question sur le fonctionnement familial, car cet enfant autiste qui est considéré comme différent des autres enfants va impacter la vie de ses parents ainsi que celle de sa fratrie et de ses proches.

A cet effet, nous allons aborder dans ce présent chapitre la dynamique familiale, où nous allons premièrement parler sur la famille ses définitions et ses types ainsi que ses caractéristiques, Deuxièmement, nous allons faire revivre la dynamique selon ses différentes approches théoriques notamment l'approche psychanalytique, systémique et contextuelle, enfin nous allons aborder la famille face à ce trouble et son impact sur cette dynamique.

I. La famille

1. Définitions de la famille

1.1 Définition étymologique de la famille

« Le mot famille, vient du latin classique « familia », dérivé du formulus (serviteur). La « famil » romaine et étymologiquement l'ensemble des « famili »,

Chapitre II ————— La famille, ses caractéristiques et la Dynamique Familiale

esclave attachés à la maison du maître, puis tous ceux qui vivent sous le même toit, maître et serviteurs, et qui règne l'autorité du pater familias, le chef de famille. Enfin « familia » s'applique à la parenté et en latin médiéval (VIII siècle) désigne un ménage de serfs ». (Albernhe.K & Albernhe.T, 2014, P. 141).

1.2. Définition biologique :

La définition de la famille biologiquement peut être considérée comme la définition la plus simple, c'est « les liens de sang ». Ce lien de sang peut définir une famille par rapport à la parentalité, filiation. Autrement dit, le fondement biologique que la parenté étant la consanguinité. Cette définition n'est pas globale, elle ignore les enfants adoptés, et aux enfants issus de « mère porteuses », ainsi aux enfants qui sont issus de l'accouchement sous X. dans ce cas la maman qui abandonne son enfant et son bébé deviennent anonyme définitivement ».

(Albernhe.K & Albernhe.T, 2014).

1.3. En sciences sociales

Dans les sciences sociales *la famille est « un phénomène universel », répandu chez les humains depuis des millénaires, bien avant sa consécration moderne et religieuse en occident par le christianisme. Il n'a jamais existé un « âge- diabolique ou paradisiaque- de la promiscuité » ; la famille prend son origine dans le mariage. Le mariage religieux en France date à peine XII siècle, auparavant un contrat privé civil suffisait ».* (Vallon, 2006, P. 155).

1.4. En sociologie

Durkheim définit la famille comme « *une sorte de société complète dont l'action s'étend aussi bien sur notre activité économique que sur notre activité religieuse, politique, scientifique. Tout ce que nous faisons d'un peu important, même en dehors de la maison y fait écho et y provoque des réactions appropriées* ». (Boutefnouchet, 1982, P.5).

En sociologie, la famille se définit comme suite : « *la famille est une unité sociale variée à assurer, dans la plupart des sociétés, la socialisation primaire des individus. La famille est bien sur un objet privilégié pour la sociologie : c'est dans la famille, dès la prime enfance que se transforment des valeurs et des normes, des compétences linguistiques et cognitives des attitudes et des techniques du corps, la famille est toujours au cours du processus de reproduction sociale* ». (Lebaron, 2009, P. 61).

Selon le dictionnaire sociologique Larousse : « *la définition la plus courante de la famille est, groupe caractérisé par la résidence commune et la coopération d'adultes des deux sexes et des enfants qu'ils ont engendrés ou adaptés. Explicite très peu l'extrême diversité de ses formes historiques et semble évacuer certaines variations familiales importante* ». (Boudon et al, 2005, P. 79).

1.5. En psychologie

De nombreuses définitions de la famille ont été données, la plus simple est celle de dictionnaire en psychologie : « *la famille est un groupe d'individus unis par des liens transe générationnels indépendants quant aux éléments fondamentaux de la vie* ». (Doran & Paron, 2011, P. 295).

Une autre définition qui est plus culturelle : « *la famille est une institution sociale fondée sur la sexualité et les tendances maternelles, dont la forme varie selon les cultures (monogamique, polyandrique)* ». (Sillamy, 2003, P. 110).

On guise de conclusion et à partir de toutes les définitions qu'on a abordé, on peut définir la famille de différentes point de vue. Une famille est par exemple, une communauté de personnes réunies par des liens de parenté. Elle est doué d'une personnalité juridique, d'un nom, d'un domicile et d'un patrimoine commun, et créer entre ses membres une obligation de solidarité morale et matérielle, censée les protéger et favoriser leur développement social, physique et affectif.

1.6. Selon l'approche systémique

Selon cette approche, tous les membres de la famille font partie d'un système dont sont en interaction et l'un influe sur l'autre. La famille est considérée comme une institution hiérarchique dont les interactions s'articulent et se base sur quatre notions : les liens conjugaux, les liens de filiation, les liens de fratrie et les liens de parenté. (Josien, 1991).

De nombreux auteurs systématiseurs ont donné des définitions pour le terme « famille » : commençant par **Minuchin** en (1974), il considère la famille comme un système social, une unité vivante, qui possède un passé, un présent et un futur, et elle a des règles particulières et relativement stables de fonctionnement. La famille est indivisée en sous-systèmes familiaux avec les frontières intergénérationnelles et individuelles bien définies. Les membres de chaque système sont définis à leurs tours par rapport à leurs générations et leurs rôles dans la famille. Ces sous-systèmes sont interdépendants et jouent un rôle important dans le développement de l'enfant. La famille est considérée comme un système ouvert, l'environnement et la famille s'influencent mutuellement. (Cité par Djo, 2014).

Pour **Minuchin**, la famille est également considérée comme l'empreinte de l'identité individuelle, qui favorise le développement d'un sentiment d'appartenance et d'un sentiment d'être séparé. C'est-à-dire, la famille est une unité sociale qui fait face à une série de tâches de développement qui consiste d'abord de l'adaptation mutuelle de jeune couple de plusieurs petites habitudes de vie quotidienne, ensuite, le couple doit accomplir la tâche de se séparer de sa famille. Et puis à la naissance du premier enfant, les fonctions du couple doivent se différencier afin de répondre aux demandes de soin du bébé. Enfin, les enfants vont grandir, puis deviennent adultes, les parents deviennent des grands-parents. (Minuchin, 1979).

Un autre auteur qui a défini la famille, est **Jackson**, pour lui la famille est comme un système homéostatique, qui veut dire, que le système familial se trouve tout le temps en équilibre grâce à des phénomènes de feedback négatif. (Cité par Djo, 2014).

Et Selon **Holman**, « *la famille peut être vue comme un petit système social, composé d'individus liés entre eux et partageant une forte affection les uns envers les autres ainsi que des biens communs... Ainsi, la famille est abordée comme un système dynamique, constitué d'un ensemble d'éléments directement ou indirectement reliés à la façon d'un réseau. Chaque élément est lié à l'autre de façon plus ou moins stable au cours d'une période de temps définie* ». (Cité par Pautz & Petipas, 2013, P. 17).

2. Les types de la famille

On distingue trois types de famille qui sont : la famille nucléaire, la famille multi générationnelle et la famille communautaire.

2.1. Le famille nucléaire

Elle est constituée par l'assemblage du père, la mère et les enfants non mariés. La famille nucléaire monogame ou mari et femme vivent tout leur vie une union stable et sacrée et elle est présente dans de nombreuses sociétés à tout l'époque, nous dit j-f Dortier « toutefois ce type de famille ne définit pas la famille nucléaire, elle n'est qu'une possible déclinaison, il est multiples exemple ou l'un des parents biologique n'est pas l'éducateur de son enfant et parfois les deux ; eux même étant alors généralement les éducateurs d'enfants d'autres parents biologique ». (Dortier, 2002, P. 49).

2.2. La famille multi générationnelle

Leur mode de fonctionnement centralise le pouvoir autour du père ou de la mère, on parlera de famille patriarcale ou de famille matriarcale. Appelées aussi

Chapitre II ————— La famille, ses caractéristiques et la Dynamique Familiale

familles souches ou la famille maison, sont unies à la verticale en ce sens qu'elles correspondent à un assemblage pluri générationnelle : parents + enfants + petits enfants. Selon que leur mode de fonctionnement centralise le pouvoir autour d'un père ou d'une mère, on parlera de famille patriarcale ou de famille matriarcale. (Albernhe.K & Albernhe.T 2004).

2.3 La famille communautaire

C'est un système familial ou type d'organisation domestique décrit en anthropologie historique de la famille, et défini par la cohabitation d'au moins deux générations dans le même foyer, et par des coutumes d'héritage partagé de façon égalitaire. Il s'agit souvent d'un système familial patrilinéaire, ou le partage égalitaire de l'héritage concerne principalement les fils, et ou les fils après leur mariage continuent de résider conjointement avec leurs épouses et enfants au domicile de leurs parents. (Albernhe.K & Albernhe.T, 2004).

3. La famille algérienne et ces caractéristiques :

La famille se constitue selon l'auteur de deux types de familles « famille simple » et « famille composée ».

La famille simple correspond à la famille réduite, conjugale, rassemblement le père, la mère, et les enfants non mariée.

La famille composée est la famille étendue rassemblement autour de père, la mère, les ascendants, les descendants, y compris les couples et leurs enfants, les collatéraux, de la même manière éventuellement d'autres parents consanguins ou non. (Boutefnouchet, 1982, P. 148).

La famille algérienne a connu deux grandes périodes au cours de son évolution on trouve la famille traditionnelle multi générationnelle qui dominé avant l'indépendance, il n'était question que de grande famille vivant ce qu'on appelait « aayla ».

Chapitre II ————— La famille, ses caractéristiques et la Dynamique Familiale

Comme **Boutefnouchet** la déjà dit « là où il y a une grande famille, il y a une grande maison. La réciproque n'étant pas toujours vraie, la grande famille transplantée d'une région rurale vers un centre ou village semi-urbain, ou vers la ville même, connaît bien des avatars en matière de logements ». (Boutefnouchet, 1982).

Et durant la deuxième période qui se situe après l'indépendance, nous allons constater un changement et une évolution notable au sein des familles algériennes. De famille élargie regroupant le père patriarcale, elle est devenue une famille nucléaire regroupant les parents et les enfants. (Boutefnouchet, 1982, P.38).

La famille algérienne est une grande famille, ou famille étendue, où plusieurs familles conjugales vivent ensemble sous le même toit, la « grande maison » chez les sédentaires, et la « grande tente », chez les nomades, et on compte 20 à 60 personnes et même plus vivante en commun.

La famille algérienne est une famille du type patriarcale, dans laquelle le père ou l'aïeul est le chef de spirituel du groupe familial et dans laquelle il organise la gestion patrimoine commun, il a un statut particulier qui lui permet de maintenir, souvent par une discipline stricte, la cohésion du groupe domestique.

La famille algérienne est une famille agnatique, la descendance y est masculine, la généalogie de son père ; l'héritage se transmet en ligne parentèle, du père au fils aîné en principe, afin de sauvegarder l'indivision du patrimoine.

La famille algérienne est une famille indivise, à savoir que le père a sa « charge » ses fils (les filles quittent le domicile au mariage), les enfants issus de ses fils, et les enfants issus de ses fils : les descendants ne se quittent pas la grande maison, et forment autant de cellules qu'il y a de couples conjugaux avec leurs progénitures. (Boutefnouchet, 1982, P. 38).

Pour **Boutefnouchet**, la famille « illustre dans un micro-organisme, toute la dynamique et la statique sociale. Elle reflète le monde religieux, le monde

Chapitre II ————— La famille, ses caractéristiques et la Dynamique Familiale

économique, le monde politique, les traditions, les us et les coutumes de la société globale dans laquelle elle s'intègre et évolue toutes transformations importantes dans la société globale, se lira dans la structure familiale », en tant que cellule de base, elle remplit un certain nombre de fonction dont on parle que quatre fonctions fondamentales. (Boutefnouchet, 1979).

La première est une fonction de conservation. Elle sert à « canaliser et à discipliner la sexualité en vue de la procréation, assurant ainsi la pérennité de l'espèce », donc il est question d'une fonction de contrôle et d'orientation de la pureté de sa lignée.

La deuxième est d'ordre économique, elle a trait à la satisfaction des besoins biologiques de ses membres « en leur procurant le maximum de bien-être physique » à savoir, soins, alimentation....

La troisième est psychologique, « elle cherche à satisfaire le besoin fondamental de sécurité affective ressenti par les membres du groupe, et à créer autour d'eux, un climat psychologique propice à leur épanouissement ». Cette dernière fonction relève de l'affectif tel que le besoin d'amour, de sécurité, réconfort, présence....

La quatrième est de nature socio culturelle, « elle concerne la socialisation de l'individu en lui imposant des conduites à tenir, en lui transmettant ses mœurs ses rites, et ses traditions » elle le répare à vivre en société et en harmonie avec sa culture, en lui apprenant son code morale et social.

Aujourd'hui, la société algérienne a évolué vers plus de mixité, à commencer par l'école qui est obligatoire pour les deux sexes, et au sein de laquelle les garçons et les filles sont contraints à occuper le même espace et à recevoir la même instruction. De même que la vie familiale a beaucoup changé : l'apparition de la famille conjugale, la diminution de la taille de la famille, le changement de statut de la femme...etc, font que la famille base d'avantage sur

l'individu que sur le groupe ; que les rôles de ses membres se multiplient, se chevauchent et que la part d'indétermination dans l'éducation augmente, laissant sûrement la place à des nouvelles stratégies, à des nouveaux styles d'adaptation pour pouvoir élever l'enfant dans ce nouveau contexte.

Une telle perspective de changement donne à la préoccupation de l'éducation au sein de la famille une place centrale et nouvelle. C'est à partir de là qu'est née l'idée d'étudier le processus éducatif mis en œuvre actuellement par les parents algériens, d'essayer de voir ce qu'il en est des différences et des évolutions, et d'analyser les répercussions de ces changements sur les pratiques éducatives des parents de point de vue des parents comme de celui des enfants. (Boutefnouchet, 1979).

4. Le couple parental et ces fonctions

Les deux parents vont donner un peu d'eux-mêmes, non pas pour constituer le couple conjugal mais pour constituer le couple parental. Cette fois-ci, il est question de faire équipe pour le bien commun qu'est la famille. Il s'agit alors de trouver des compromis quant à l'éducation des enfants, de prendre le temps de discuter pour prendre des décisions communes concernant les enfants... Dans le couple parental, il faut tenir compte également des enfants et de comment chacun des deux parents se retrouvent dans les rôles parentaux. Il s'agit de devenir père et mère d'un enfant, non seulement sur le plan physique, mais aussi psychique. (Delion, 2008).

On distingue deux fonctions différentes qui constituent la parentalité, la maternalité et la paternalité.

La maternalité d'un sujet est définie par Stoléru comme : « l'ensemble organisé des représentations mentales, des affects, des désirs et des comportements en relation avec son enfant, que celui-ci soit à l'état de projet, attendu au cours de la grossesse ou déjà né ». C'est cet ensemble qui régira la vie

psychique de la mère ainsi que celle du père exerçant peu ou prou la fonction maternelle.

En ce qui concerne **la paternité**, on peut transposer symétriquement la définition pour attribuer au père l'ensemble organisé déjà cité en relation avec son enfant, avec une part de la fonction paternelle pouvant être assumée par la mère. A noter que ces aspects complémentaires des fonctions maternelles et paternelles s'appuient sur les recherches de Freud à propos de la bisexualité psychique. Cela permet entre autres de comprendre comment une mère seule peut assumer une parentalité partagée pour son ou ses enfants, et cela sans forcément manquer à ses devoirs de protection et d'éducation, ni leur transmettre une quelconque pathologie. (Delion, 2008).

5. Le fonctionnement familial

Les relations entre les membres de la famille s'établissent de manière symétrique, basées sur l'égalité pour le père et la mère, ou de manière complémentaire, fondées alors sur la différence, telles les relations entre parents et enfant. Une communication anormale peut être à l'origine de manifestations pathologiques. C'est par exemple l'autoritarisme d'un père qui muselle toute possibilité de dialogue dans la famille, contraignant son épouse ou ses enfants au mutisme, à la dépression ou provoquant, à l'inverse, des réactions d'une extrême violence vis-à-vis des autres ou d'eux-mêmes. (Angel & Schilte, 2005, P. 281).

Les émotions qui envahissent une famille, sa manière de penser, ses valeurs et ses conduites créent un climat de vie sécurisant ou angoissant. Schématiquement, il existe deux types de familles :

Les familles fonctionnelles favorisent le développement de chacun en lui permettant une autonomie suffisante tout en lui offrant un soutien rassurant. Ces familles affrontent vaillamment les crises de l'existence et leurs conséquences.

Chacun des membres de groupe familial cherche alors une ou plusieurs solutions pour résoudre les problèmes, rassure celui qui est en difficulté et lui manifeste affection et soutien. Les parents comme les enfants s'expriment ouvertement, témoignant de leurs émotions, de leur amour, de leur tendresse ou de leur colère. Tous manient l'humour avec spontanéité. Ces familles n'exigent pas de solutions immédiates à leurs problèmes, même s'ils sont graves. Surtout, elles connaissent l'art de la négociation afin de mieux supporter les inévitables tensions. Dans ces familles, l'objectif principal des parents est de permettre à leur enfant de quitter le nid familial dès que celui-ci a acquis une maturité suffisante. Après son départ, ni le père ni surtout la mère ne ressentent douloureusement le syndrome du « nid vide » : sentiment que la vie a perdu de son sens, impression soudaine de ne plus être utile. (Angel & Schilte, 2005).

Selon l'approche systémique, une famille compétente ou fonctionnelle s'acquitte de ses tâches de façon satisfaisante. C'est un système ouvert en interaction avec le milieu, elle remplit deux tâches : des tâches externes de socialisation ou de transmission de la culture et des tâches internes de protection et de réponse aux besoins de ses membres. (Minuchin, 1979).

Les familles qui peuvent être qualifiées de **dysfonctionnelles** sont celles qui ne réussissent pas à exprimer clairement leurs émotions et présentent une organisation instable, voire chaotique. Les échanges au sein du groupe familial sont marqués par la rigidité. Ces familles ne parviennent pas à gérer leurs difficultés, ne tolèrent aucune frustration, voudraient résoudre les problèmes dès qu'ils apparaissent. Bref, elles ne supportent pas les difficultés d'origine interne ou extérieure à la famille. Entre les parents et les enfants, des liens affectifs existent, mais ils sont vécus comme contraignants, étouffants, invalidants au point de se transformer en carcan. Face à l'adversité, les familles dysfonctionnelles ont tendance à se replier sur elles-mêmes, considérant les autres et le monde extérieur comme une menace. (Talon & Laurier, 2007).

La famille parfaite est une utopie, toutes les familles connaissent des problèmes et des difficultés de communication. Pourtant, la manière dont chacune perçoit la vie a des conséquences sur les personnes qui la composent, favorisant ou non son autonomie, contribuant ou non à son épanouissement, lui donnant ou non la capacité de créer à son tour une nouvelle famille dont le développement sera harmonieux avec des interactions efficaces et fonctionnelles. (Angel & Schilte, 2005, P. 283).

II. La dynamique familiale

1. Définitions de la dynamique familiale

La psychologie dynamique étudie les processus psychiques dans leur évolution. En parlant de la vie mentale ; « dynamique » est ce qui possède par modifications incessantes selon une finalité ; ce qui se développe, tel que l'imagination, la joie, et la pensée dynamique. « La psychologie et la sociologie du nouvel organicisme doivent faire appel (...) à un principe authentiquement créateur, à un inconscient dynamique et à une société ouverte ». (Vuillemin, 1949, P. 79).

La dynamique familiale est définie en philosophie comme étant : « *un effort plus scientifique a été fait depuis lors, à la recherche des composantes raciales du psychisme, il n'est devenu fructueux que lorsqu'on a abandonné la méthode statistique inventoriante, pour une conception dynamique du portrait raciale* ». (Mounier, 1946, P.185).

En psychanalyse, la dynamique « *qualifie un point de vue qui envisage les phénomènes psychiques, comme résultant de la composition de forces exerçant une certaine poussée, celle-ci étant en dernier ressort d'origine pulsionnelle* ». (Laplanche & Pantalès, 1996, P.123).

En psychologie la dynamique est une branche qui étudie les forces qui s'exercent sur l'être humain et leurs conséquences dans l'organisation de la

personnalité, elle envisage l'homme dans son champ psychologique, agissant et réagissant, soumis aux tensions intérieures et extérieures, dans son réseau de relation humaines. Elle fait appel aux données de la psychologie sociale et de la psychanalyse pour comprendre les comportements et les motivations des individus. (Sillamy, 2003, P.88).

Donc, la dynamique familiale est un fonctionnement quotidien de chaque famille, qui englobe plusieurs activités tel que les loisirs et les tâches quotidiennes, c'est-à-dire les échanges et les interactions entre ses membres et leurs modes de vie.

2. Les types de la dynamique familiale

La dynamique familiale possède plusieurs types qui se sont classés selon les caractéristiques de chaque famille, de ce fait nous allons présenter les types suivants :

2.1. Famille chaotique :

Ce type de famille a une structure qui est marquée par l'appauvrissement des rôles et des fonctions qui sont mal définis ou qui changent, c'est une famille où le sentiment d'appartenance au groupe familial est très faible, de même la conscience collective du temps, concernant les troubles psychotiques sont ici de rôle. (Benoit, Malarewicz et al, 1988).

2.2. Famille à transaction schizophrénique :

Le terme transaction a été utilisé par les systématiciens pour désigner l'interaction, en effet la transaction est en relation avec le processus interactionnel, dans un contexte historique et relationnel, en revanche, l'interactionnel s'occupe de l'interaction entre les personnes. (Olson, 1970).

En (1975), Palazzoli a étudié le couple et les familles à transaction schizophrénique, dans ce type les modalités de la communication sont

particulière, inséparable des modalités communicationnelles observables dans ce groupe naturel ou elle apparaît. Les paternes de dysfonctionnement de la communication dans la schizophrénie, ont été mis en évidence par Bateson (1956), ce qui insiste sur la composante essentiellement paradoxale de la communication au sein de la famille d'un schizophrène. (Cité par Decobert, 1998).

Cependant, la difficulté de la situation n'est pas du uniquement aux familles à transaction schizophrénique, mais aussi les peines appartient aux familles ayant un membre autiste, qui souffrent quasiment au choc de diagnostic prononcer et a l'adaptation qui s'ensuit, ainsi aux conséquences liée à ce trouble ,ou il s'agit d'une situation inconnu ou méconnu qui les met en position du militarisme ou d'isolement vécu dans la détresse et la honte, jusqu'au réaménagement totale du fonctionnement familiale en commençant par, la gestion du quotidien, la relation du couple et la dynamique familiale.

2.3. Famille rigide :

La famille dite rigide, c'est une famille qui perd tout ou seulement une partie de ses capacités d'adaptation face au changement , soit d'origine interne ou externe, selon Andolfi et ses collaborateurs , que le système devient rigide quand il va y'avoir une accumulation de fonctions ou bien l'incapacité de modifier ces fonctions pendant le temps présent sur les besoins de différenciation de ses membres. (Benoit & Malarewicz, 1988).

2.4. Famille enchevêtrée :

Dans ce type, le mouvement relationnel est centripète avec un mythe d'unité familiale qui tolère peu de différence, cette famille se caractérise pat la rigidité de ses rôles et la possibilité que les symptômes soient similaires, à type souvent psychosomatique. Les violences éventuellement sexuelles s'expriment à

l'intérieur u groupe familial, et les frontières entre les parents et les enfants simultanément sont mal définies. (Cité par Mac Arthur, 2009).

2.5. Famille désengagée :

Ce modèle s'oppose à celui de la famille enchevêtrée dans la perspective propre à Minuchin, cette famille tend à expulser ses membres vers la vie sociale, sans les fixer ans un modèle bien défini d'adaptation, les rôles parentaux sont instables malgré la présence d'une rigidité apparente et les enfants sont affectivement autonomisés malgré leurs maturité. Un des enfants dans le groupe familial, fixe souvent l'attention des parents et des intervenants sociaux, ça peut être également de famille multi-assistées, sous-organisées ou chaotiques. (Cité par Mac Arthur, 2009).

2.6. Famille fonctionnelle :

La famille fonctionnelle est une famille dont les membres agissent ensembles pour améliorer leurs relations lorsqu'ils traversent des difficultés dans la vie.

Selon l'approche systémique, une famille compétente ou fonctionnelle s'acquitte de ses taches de façon satisfaisante. C'est un système ouvert en interaction avec le milieu, elle remplit deux taches : des taches externes de socialisation ou de transmission de la culture et des taches internes de protection et de réponse aux besoins de ses membres. (Minuchin, 1979).

2.7. Famille dysfonctionnelle :

La famille dysfonctionnelle peut être définie comme étant un système familial relativement stressant, voir mal sein, elle n'assume pas la fonction de permettre à chacun de développer une identité propre, une autonomie normale et de développer des relations saines à l'intérieure et à l'extérieur. (Talon & Laurier, 2007).

3. Les approches théoriques de la dynamique familiale

La diversité du champ théorique et des travaux en psychologie des familles fait apparaître l'intérêt porté par ce domaine, et afin d'illustrer, nous avons choisi deux approches théoriques qui sont l'approche psychanalytique, et l'approche systémique sur laquelle nous avons concentrés car c'est l'approche que nous avons appuyé dans notre travail de recherche.

3.1. La dynamique familiale selon l'approche psychanalytique

Freud tente de comprendre les liens qui unissent le groupe et l'individu, la famille est un group et ce groupe familiale est régit par les lois de différences entre générations et de l'interdit de l'inceste. (Jacket, 2009).

Chez Freud, la structure familiale avec sa contrainte à l'identification des enfants en eux, serait prototype du groupe considéré comme une somme d'individus qui ont mis « un seul et même objet à la place de leur idéal du moi, et se sont par conséquent dans leur moi identifié les uns aux autres ». (Caillot & Decherf, 1989, P.30).

L'appareil psychique familiale est une création interactionnelle, c'est une création de la famille. La relation entre les membres agit comme une espèce d'alchimie entre les différents psychismes. C'est un espace transitionnel ou chaque membre de la famille a le sentiment d'abandon, d'être contenu par les autres et de ne jamais se sentir seul. Cet appareil psychique familial est fait de la partie la plus instinctive des individus et il va tellement de soi qu'on ne le voit pas, sauf quand la famille est en crise. Il ne se réfléchit pas, c'est l'ensemble des liens, des relations qui vont de soi et il traverse les générations.

D'autre développement de la psychanalyse ont apporté des points de vue dynamiques sur le fonctionnement familial, qui ont contribué à éclairer la genèse de nombreux troubles psychopathologiques, sans pour autant céder au préjugé étiologique, tels que la notion de « névrose familial » proposé par Laforgue (1936)

et Leuba (1936). Celle d'interaction « fantasmatique » proposé par Cramer et Kreisler en 1981, celle enfin de « scénario narcissique » de la parentalité. (Houzel, 2003).

Par ailleurs, l'objectif de cette approche psychanalytique est primordiale afin de comprendre les notions d'appareil psychique familiale, et de transmission psychique qui va notamment nous permettre de mieux préciser l'articulation du fonctionnement psychique individuel et du fonctionnement psychique familiale dans l'accompagnement psychique des familles dans le cadre des institutions.

3.2. La dynamique familiale selon l'approche systémique

L'approche systémique de la famille constitue un cadre conceptuel dans le champ de la clinique et de la thérapie familiale, notamment depuis les travaux princeps de Bateson dans les années 1950 (Bateson, 1972,1979 : Minuchin, 1974), ce n'est qu'au cours des années (1980), sous l'impulsion notamment de Minuchin (1985), de Bronfenbrenner (1979,1986), et de Belsky (1981), que les travaux menés en psychologie du développement se sont peu à peu saisis de ce cadre pour l'étude du développement de l'enfant au sein de sa famille. Au-delà de l'étude des dyades parent-enfant, paradigme jusqu'alors majoritaire dans les recherches en psychologie du développement, ces travaux considèrent dorénavant l'ensemble des relations familiales (conjugale, Co parentale, parent(s)- enfant, fraterne, etc.), leur interdépendance, leurs effets sur le développement de l'enfant, mais aussi comment chacun de ces partenaires (père, mère, enfant(s)) contribue à la dynamique familiale.

Le contexte actuel de mutation de la famille, marqué notamment par l'évolution des rapports homme-femme, de la place de l'enfant au sein de la famille et plus largement au sein de la société, et le développement de configurations familiales diversifiées (monoparentale, recomposée,

Chapitre II ————— La famille, ses caractéristiques et la Dynamique Familiale

homoparentale, etc.), amène nécessairement une complexité des processus psychologiques et sociaux à l'œuvre au sein de ces interactions plurielles. (Malrieu, 1978).

L'approche systémique de la famille met en avant la complexité du réseau relationnel dans lequel se développe l'enfant, et l'importance des relations interpersonnelles dans et par lesquelles l'enfant se construit en tant que sujet.

Cependant, la tendance des études systémiques à proposer une typologie familiale centrée sur la pathologie d'un de ses membres a été rapidement écartée par la plupart des auteurs systémiciens du fait de son manque de spécificité et à cause du risque que cela comporte stigmatiser les familles et de déboucher sur un *a priori* étiologique. On y a substitué l'étude de fonctionnalité des familles, en décrivant un gradient qui va des familles les plus gravement dysfonctionnelles aux familles les plus fonctionnelles. Ce type d'étude s'appuie sur les notions ; d'homéostasie familiale, notion introduite dès (1957) par Jackson. Elle transpose à l'équilibre interne de la famille, le concept biologique d'équilibre du milieu intérieur défini par Claude Bernard. Le patient désigné de la famille n'est pas malade de sa seule personne, mais aussi d'un dysfonctionnement de sa famille, porteur des symptômes de la famille, il la protège par sa souffrance afin de maintenir sa cohésion, en assurer son homéostasie ; de triangle relationnel, notion introduite par Wekland en (1960) pour décrire les interactions au sein du triangle (père, mère, enfant), et plus généralement de style interactionnel (Beavers, 1982, 1983) qui décrit l'équilibre entre tendances centripètes (maintenir chacun des membres de groupe familial en son sein) et tendances centrifuges (pousser chacun des membres vers l'intérieur du groupe familial) ; de mythe familial. (Malrieu, 1978).

C'est la croyance montrée en des caractéristiques, des spécificités du groupe. Ces croyances concernent tous les niveaux de réalité de la famille ;

l'ensemble de ces croyances constitue « la personnalité » d'une famille, « le mythe d'une famille ». (Neuburger, 1995, P.12).

Toute famille fabrique son ou ses mythes dont elle a besoin pour construire son identité, il est considéré comme des fructueux en thérapie systémique, ce mythe familial est dû à l'enchevêtrement des histoires personnelles des membres de la famille. Onnis, définit ce qui appelle « mythe de couple » par trois composantes : « le mythe individuel de chacun des partenaires, qui en découle, de la complexité de ses propres expériences de la vie. L'histoire du couple en rapport avec les étapes évolutives, qu'il a réalisé, l'histoire de la famille d'origine de chacun des partenaires ». (Alberne.K & Alberne.T., 2004, P.159).

3.2.1. La dynamique familiale selon l'approche contextuelle

3.2.1.1. La notion de contexte

Dans la théorie de Nagy, le contexte se rapporte à l'ensemble des individus qui se trouvent dans un rapport d'attentes et d'obligations ou dont les actes ont un impact sur l'autre.

Le contexte est le lien organique entre le donné et le reçu qui tisse la trame de la confiance et de l'interdépendance humaine. Le contexte humain inclut aussi bien les relations actuelles d'une personne, que celles de son passé ou de son avenir. Il constitue la somme de toutes les comptabilités dans laquelle une personne est impliquée. Le critère dynamique qui caractérise le contexte est enraciné dans la prise en compte du légitime et non de la réciprocité du donné et du reçu. (Boszormenyi-Nagy, 1991).

Dans la perspective éthique et existentielle, le contexte représente un concept plus spécifique que la simple trame d'un environnement donné. Il

fonctionne comme une matrice de motivations, d'options et de droits. Il s'agit là d'une conception syncrétique et non limitée à la notion de système.

Pour Nagy, chaque individu est personnellement responsable des conséquences relationnelles de ses choix. C'est précisément cet aspect qui fait la différence entre la notion de contexte chez Nagy et une définition générale du contexte. La thérapie contextuelle n'évince pas les conséquences relationnelles des positions, des choix et des actions. (Boszormenyi-Nagy, 1991).

Les conséquences constituent un aspect important d'une relation. A long terme, celles-ci forment un lien plus significatif que les patterns transactionnels ou communicatifs. Elles peuvent emprunter une voie linéaire ou circulaire mais ne sont jamais des événements purement aléatoires.

Les conséquences matérielles et psychologiques sont plus aisément décelables que les conséquences éthiques. Par exemple, l'injustice relationnelle nuit à la capacité de l'enfant d'apprécier l'équité de ses relations ultérieures. (Boszormenyi-Nagy, 1991).

3.2.1.2. L'éthique relationnelle comme un lien résilient

L'éthique relationnelle constitue la pierre angulaire de l'approche contextuelle. Il s'agit de la justice des relations, de la balance de mérites acquis et de redevance, décrits par les notions de loyauté, de confiance et de légitimité. L'éthique n'est pas prise dans un sens moral ou de valeurs mais renvoie au sentiment d'avoir été traité de manière juste ou non (éthique de l'équité).

L'éthique relationnelle est présentée par Boszormenyi-Nagy comme « *une réalité basique de toute relation* », c'est la responsabilité d'une personne vis-à-vis d'une autre, c'est le fait de prendre l'autre en compte.

L'éthique relationnelle est « une morale basique », « une réalité humaine empirique ». Elle ne concerne que les relations de personnes qui endossent de l'âge conjointement, peuvent s'interpeller, se rendre ou attendre des comptes sur le long terme. Elle ne se propose pas comme une théorie générale des rapports au sein de la famille, qui se déclinerait en une combinatoire définie de possibilités d'échanges nommés à travers quelques catégories, comme la présente, par exemple, l'analyse transactionnelle. (Michard, 2005).

A proprement parler, l'éthique relationnelle ne se rencontre que dans les liens établis sur le long terme et à fort degré de proximité. Dans cette catégorie, il nous faut distinguer entre liens non choisis et liens choisis. Les liens non choisis, dont le commencement et le terme ne sont pas, à proprement parler, négociés concernent notamment les relations entre parents et enfants, entre frères et sœurs. A ce niveau, les protagonistes ne sont pas exactement logés à la même enseigne. Les parents ont l'initiative d'ouvrir la relation avec un enfant. Les frères et sœurs ont des relations imposées, non choisies. Dans les liens choisis, comme par exemple, dans notre culture, le couple, l'échange se constitue, il a un début et une fin éventuelle. La relation se noue dans divers domaines : fantasmes, sexualité, vie quotidienne, projets sociaux, argent, enfants, etc. l'éthique relationnelle surgit comme une dimension inévitable des relations longues ou les protagonistes ne sont pas substituables, ne sont pas interchangeables. Apparaît au sein du lien quelque chose comme une conscience primitive de droits pour l'un et pour l'autre partenaire, quelque chose qui fait que la relation « prend » et va différer de la simple rencontre. Il y a la une expérience fondatrice de la relation, qui se renouvelle en chacune d'entre elles et qui n'est pas transmise par la culture. Elle éclot, se renouvelle à chaque génération au sein des rapports familiaux. (Michard, 2005).

3.2.1.3. La Loyauté

La loyauté peut être définie comme la fidélité aux engagements puis au respect des règles de l'honneur et de la probité. Cette qualité morale se différencie du loyalisme qui se réduit à l'attachement à un régime ou à des institutions. La loyauté ne signifie ni conformité ni soumission. Elle est l'acceptation et le respect d'un contrat moral et de règles de transparence au sein d'un groupe.

Dans l'approche contextuelle, la loyauté est un lien résistant et profond, unissant entre eux les membres de famille au-delà de leurs conflits. La loyauté est le ciment éthique de système. (Michard, 2005).

La notion de loyauté se dégage en tant que pont entre l'individuel et le systémique. Tous les éléments du système sont impliqués dans l'existence d'une attente mutuelle. La loyauté est donc le « ciment éthique du système », la force structurante multi personnelle qui sous-tend le réseau familial. Elle se présente comme « la pression motivationnelle », la « force régulatrice », ou comme la « *détermination motivante* » pour les partenaires des relations étroites dans un groupe : « *sans une offre d'engagements profond de loyauté* » de la part de ses membres, le groupe ne peut exercer de pression motivationnelle sur les individus.

Si tout être humain a pour tâche d'acquitter ses obligations, de réclamer son dû, il ne faudrait pas en déduire que la loyauté est accessible spontanément au sujet. La loyauté est une réalité vécue de chaque sujet. Un individu, de son seul point de vue et hors de dialogue, est incapable structurellement de mesurer s'il est débiteur ou créancier par rapport à un partenaire. (Ducoumun-Nagy, 2007).

Pour les parents, il est impératif d'aider l'enfant à gérer ses loyautés, afin qu'il tente d'y répondre. Ils ont à le soutenir en acceptant des acomptes pour qu'il se relaxe de ses obligations, pour qu'il s'offre un supplément de liberté. Tout refus exagère la dette et peut rendre l'obligation enfantine interminable. Si l'enfant n'est pas secondé pour faire face à sa culpabilité, si la source sous-jacente des

obligations passées n'est pas parlée, l'enfant devenu adulte sera inlassablement en recherche d'un équilibre entre le passé et ses partenaires actuels adultes et enfants. Il est donc indispensable que l'enfant soit plus au net par rapport aux positions de comptes du patrimoine multi générationnel qui oriente sa vie. Il est donc primordial que les parents n'abandonnent pas un héritage avec testament inexploré.

La responsabilité parentale ne se déclare pas comptable. Elle se propose comme infinie et unilatérale. Elle se glorifie de ne pas endetter l'enfant, n'évoque jamais l'engagement parental. Il n'est pas rare d'entendre des parents nous dire : « *on fait tout pour lui, on ne lui demande rien, c'est pour la qu'on le fait, il faut qu'il pense à lui tard* ». Le refus de désigner l'enfant comme celui qui s'oblige en recevant marque la difficulté de gérer la dette envers les générations précédentes. Nagy insiste : un parent ne peut s'interroger pour trouver une réponse pratique à la question vivante : comment, à quel moment et d'où obtient-il le remboursement du paiement pour le crédit accumulé dans l'éducation de l'enfant ? (Michard, 2005).

Il y a une injustice envers l'enfant, à ne pas attendre de lui un dû, à ne pas lui demander de prendre son dû de loyauté. Il y a une injustice à ne formuler aucune attente visant un retour de l'enfant : injustice pour les parents, injustice pour l'enfant. La remarque est d'autant plus pertinente lorsque les parents pressentent que l'enfant n'est pas dans une situation lui permettant de saisir les contributions parentales ou n'a pas la compétence pour les saisir.

Gérer les loyautés, c'est mettre le curseur dans un juste milieu entre un non-dit autour de l'état du compte parental et un trop dire qui aliène l'enfant dans un excès de dettes impayables. Les comptes en reste de créanciers ou de débiteurs passés peuvent concerner l'enfant lui-même, la fratrie, la famille, ou encore la société, l'histoire. Il reste cependant que « *rien n'est plus significatif, pour*

déterminer la relation entre le parent et 'enfant, que le degré de justice attendue de la gratitude filiale ». (Michard, 2005).

3.2.1.4. La Parentification

La parentification s'appuie sur la loyauté, mais à l'inverse des conflits de loyauté qui plongent le sujet dans des calculs obligés d'égard et de disponibilité vis-à-vis de deux proches, elle nous focalise sur la relation duelle.

Si l'obligation de prendre soin de l'enfant engendré ne cède rien à la responsabilité et à la sollicitude de l'enfant face à la fragilité de l'auteur de ses jours, l'enfant n'est plus seulement un sujet sans défense, démuné en état de détresse, un être débordé par ses pulsions, un être avide, affamé. Il est aussi un sujet capable de soucis et d'actes dans une relation avec un parent, où la question de la justice est présente. L'injustice ou la souffrance subie par le parent sont des expériences précoces de la réalité de l'altérité pour l'enfant. (Ducoumun-Nagy, 2010).

La parentification est un moment, un risque essentiel de toute relation, elle sera de moins en moins considérée comme pathologique ou provoquant une relation dysfonctionnelle. Au fur et à mesure du développement de l'œuvre, elle deviendra une ressource majeure au cœur de la thérapie. Le processus de parentification mobilise la capacité de l'enfant à donner. Le parent rappelé à sa vulnérabilité devant l'évidence des contributions de l'enfant peut officiellement recevoir de celui qu'il croyait protéger d'une faiblesse. Il gagne, alors, une validation humaine en rendant grâce à son enfant, sans s'épuiser artificiellement dans des rôles parentaux plaqués.

La parentification ne concerne pas seulement les relations enfants-parents. Les relations de couple ou les relations amicales devraient aussi être décrites fructueusement à l'aide de cette notion.

Un parent peut établir une relation avec son enfant comme s'il était « *générationnellement son égal* » et non d'une génération différente. La parentification est toujours une attente d'une prescription de rôle : rôle de soignants, rôle de l'enfant sacrifié, rôle de bouc émissaire. Nous sommes encore sur le plan de la connexion des psychismes : « *l'objet interne* », « *l'attente inconsciente* » des parents ou l'un des parents font échouer les efforts de maturation de l'enfant qui est « *captif d'un rôle* ». La parentification est donc le résultat de mécanisme et d'une combinatoire d'articulations des psychismes évoluant selon les phases de la vie familiale. (Ducoumun-Nagy, 2012).

La parentification peut prendre plusieurs formes, et d'abord celle d'une utilisation abusive par un remboursement excessif. On donne à l'enfant au-delà de son besoin pour rembourser une dette qui lui est extérieure, on donne sans tenir compte du « besoin réaliste de l'enfant » et de son bon droit. A l'opposé de celui qui réclame trop, ce parent crée aussi une injustice : celle d'avoir trop reçu. « Meilleure est la famille, plus il est difficile de ne pas parentifié, non seulement il est inutile de rembourser mais il est aussi vain de donner à des parents qui ont tout ». (Michard, 2005).

3.2.1.5. La Légitimité

C'est une valeur éthique qui ne s'acquiert que dans le cadre d'une relation dont l'idée est la suivante : « je gagne quelque chose en donnant ». J'acquiers ainsi des mérites qui vont me donner de la légitimité.

Donner provoque une expérience que l'on cherche à renouveler. En effet, au-delà de l'éventuel retour direct (une reconnaissance, « un crédit »), on gagne de manière indirecte (une estime de soi).

« Donner, recevoir, rendre » engendrent de nouveaux appuis pour une identité réélaborée (« du carburant » pour de nouvelles actions).

La légitimité est la somme des mérites liée à la personne, un acte inscrit dans le grand livre des comptes. Le mérite s'accumule, s'inscrit dans le livre des comptes, au-delà de la créance qui, elle, est remboursable. Ils s'acquirent avec le temps dans la relation (donc un besoin d'un autre) et il reste dans la mémoire. C'est donc un geste singulier qui se marque, identifie celui qui le produit et il a des conséquences pour l'autre. (Michard, 2005).

Le mérite doit être reconnu et crédité (notion importante dans la thérapie). Par le crédit reçu par le proche, la personne existe face à celui-ci voire à d'autres. Elle acquiert un supplément et s'ancre dans une relation. Le donateur gagne en confiance et celui qui reconnaît obtient du mérite. Le mérite n'existe pas sans que quelqu'un ne puisse le reconnaître.

Lorsque l'on parle de légitimité, on parle d'un droit ; un droit d'avoir des droits. Ce droit appartient à la personne à une autre. La légitimité ne se transmet pas et ne se transfère pas d'une personne à une autre. C'est une valeur propre à la personne. (Boszormenyi-Nagy, 1991).

Il existe de formes de légitimités :

- **La légitimité constructive** : la personne acquiert des mérites qui vont la légitimer. Le mérite est obtenu au moment où la personne se préoccupe de quelqu'un, se montre attentif et disponible. Celle-ci gagne en prenant le risque de s'engager, de se préoccuper, de se soucier. Celui qui donne à la garantie de recevoir quelque chose en retour ; il reçoit dans le fait de donner.
- **La légitimité destructrice** : pour celui qui a subi une injustice, la légitimité peut prendre une figure de vengeance différée, d'une
- exigence à réclamer son dû. Un droit du passé qui se présente comme une vengeance suspendue. Le dommage causé a été un traumatisme mais il a modifié l'ordre des choses du donné et du reçu.

Chapitre II ————— La famille, ses caractéristiques et la Dynamique Familiale

La personne lésée est poussée à agir par son droit à bénéficier d'une compensation. La légitimité destructrice se rencontre notamment quand l'enfant n'a pas été suffisamment pris en compte en raison de négligence ou de maltraitance.

Il existe donc plusieurs bénéfices à s'appuyer sur la légitimité constructive (le retour du don qui pousse à gagner en donnant). La générosité provoque une accumulation de droits qui peuvent devenir destructeurs. L'excès de légitimité peut prendre un double aspect constructif ou destructif. (Boszormenyi-Nagy, 1991).

4. La famille face à l'autisme

Nous retraçons dans ce qui suit l'impact de trouble sur le vécu des parents et la fratrie, ainsi que le fonctionnement familial.

4.1. L'annonce de diagnostic

Les parents sont très souvent affectés par l'annonce d'un diagnostic d'autisme, comme pour tout autre handicap. Quel que soit l'âge de l'enfant au moment où le diagnostic est prononcé, ils peuvent vivre un sentiment d'échec : celui de ne pas avoir conçu un enfant « normal », ou en bonne santé.

Plusieurs se sentent responsables du handicap de leur enfant. Cependant, malgré la difficile situation à laquelle sont confrontés les parents, l'enfant a besoin d'être connu et accepté tel qu'il est pour bien se développer. Comprendre qu'il est permet aux parents de voir diminuer leur sentiment de culpabilité et de mieux faire face à la situation.

L'annonce d'un diagnostic d'autisme provoque un changement et un bouleversement dans la vie des parents, cette annonce est souvent vécue en premier lieu comme un choc et un traumatisme, qui est suivit par le stress, la culpabilité, la honte et le sentiment de dépression, et les parents sont appelés à jouer un rôle

primordial dans l'accompagnement et la prise en charge de leurs enfants. Plus les tâches parentales augmentent et deviennent plus difficile et plus lourdes, plus le risque d'épuisement est plus élevé, aussi c'est le cas quand l'enfant présente des troubles associés du comportement, pour cela il est très nécessaire et très important de prendre en charge les parents, et les accompagnés par des spécialistes et des professionnels. (Baghdadli et al, 2015).

On peut donc dire que, l'annonce de le handicap pour les parents est une situation très douloureuse, cette annonce est toujours vécue comme un traumatisme parce qu'ils ont du mal à faire face au diagnostic de leur enfant, et encore que cette maladie reste comme un état inconnu qui peut développer par la suite des sentiments négatifs et une détresse psychologique.

4.2. Les répercussions de l'autisme sur la santé mentale des parents

4.2.1. le stress

Selon plusieurs études, l'annonce de diagnostic de l'autisme provoque souvent un stress parental chez ses familles. Le niveau de stress des parents d'enfants autistes se révèle nettement supérieur à celui des autres parents d'enfants de même âge. Les difficultés vécues par les parents d'enfants autistes ne se limitent pas au choc du diagnostic et à l'adaptation qui s'en suit mais bien elles se prolongent considérablement vu les diverses tâches parentales liées au trouble de leurs enfant, surtout celles de la mère, se révéleront passablement plus lourdes que celles des parents épargnés par ce genre de problèmes. Ces mères sont en effet appelées à tenir les rôles divers auxquels rien ne les a préparées, ce qui constitue des risques d'épuisement quand leur enfant présente un handicap lourd ou des difficultés de comportement.

Le niveau de stress des parents d'enfants autistes se relèvent nettement supérieur à celui des autres parents d'enfants du même âge, ce stress revêt différentes intensités en fonction des pressions extra et intrafamiliales auxquelles

ces familles seront soumises, et de leur perception de la situation particulière dans laquelle elles se trouvent. (Gardou, 2002).

En psychologie, le stress renvoie aux « multiples difficultés auxquelles l'individu a du mal à faire face (...) et les moyens dont il dispose pour gérer ses problèmes » (Graziani & Swendsen, 2005, P. 10).

Ce stress tient surtout à la lourdeur des soins quotidiens requis par le jeune enfant, lesquels exigent beaucoup plus de temps et d'énergie que ne le demande une existence familiale épargnée par cette problématique : les soins de base que nécessitent les enfants autistes se prolongent bien au-delà de la période estimée « normal », la surcharge quotidienne de travail et de soins accroît la fatigue, entraîne de l'irritabilité, la dépression, ce qui limite la disponibilité des parents pour les autres enfants et leurs propre couple. (Fisman & Steele, 1996).

D'autre part, le stress parental peut se trouver intensifié par des difficultés de communication ; de ne pas comprendre et décoder correctement les besoins exprimés par l'enfant.

Finalement, des comportements excessifs tels que l'agressivité, l'automutilation ou les agissements stéréotypés augmentent le stress des familles d'autant plus que ces comportements ne sont pas sans effets sur l'entourage qui dans de nombreux cas risque de marginaliser la famille. (Carole & Catherine, 2009).

4.2.2. L'angoisse

un autre impact d'avoir un enfant autiste dans la famille est l'angoisse, cette extrême inquiétude qui est définie selon le dictionnaire de psychologie comme
*« une sensation pénible de malaise profond , déterminé par l'impression diffuse
« d'un danger vague, imminent , devant lequel on reste désarmé et impuissant ».*

(Sillamy, 2003, P. 22).

Cette angoisse si elle n'est pas repérée, elle peut conduire à une prissimivité des parents, qui mène à une aggravation de la situation de l'enfant, et son handicap en le contrariant, ce qui peut être aboutir à la mise en place d'une pathologie de la personnalité de l'enfant de type « pathologie limite ». Dans quelques cas, l'enfant peut être dans une situation anxieuse avec ses parents, pour cela il est très important de travailler avec la pédopsychiatrie, quand cette composante apparait au premier plan, dans d'autres cas, le handicap de l'enfant peut réactiver aussi des angoisses de mort chez les parents. Parfois, leurs enfants leur semblent « rapt » par la technicité médicale, les laissant dépossédés de leurs rôles de parents, tout ça mène aussi à « en vouloir » de façon souvent masquée, très souvent inconsciente à l'enfant à cause de toute ses blessures. (Epelbaum, 2003).

4.2.3. L'agressivité

Les parents anxieux peuvent devenir rapidement agressifs. Cette agressivité est souvent dirigée vers le médecin et l'équipe soignante. Cependant, elle s'adresse également à l'enfant, si éloigné de l'enfant imaginaire, de l'enfant parfait dont les parents ont rêvé. Cet enfant les soumet en effet au regard négatif des autres, qui parfois dans la rue renvoient aux parents leur incapacité parentale.

Enfin, cette agressivité est également due à l'impression ressentie par beaucoup de parents d'être en échec face à leurs propres parents. En effet, devenir parent reste l'étape ultime de résolution du conflit œdipien et lorsqu'un enfant naît, handicapé, c'est un peu comme si ses parents avaient l'impression de ne pas être à la hauteur des leurs. Pour peu que les grands parents n'aient pas une position rassurante, sécurisante, pour leurs propres enfants, les chasés se passent alors très mal, et les parents, blessés par leur enfant handicapé resettent souvent de façon inconsciente vis-à-vis de lui une grande agressivité. (Epelbaum, 2003, P.65).

4.2.4. Le sentiment de culpabilité

La souffrance de l'enfant autiste isolé dans sa bulle et seul au monde est insupportable et fait souvent projeter la culpabilité sur un bouc émissaire dont les parents ont été les premiers désignés pour la subir. (Pascal et al, 2007, P. 255).

La présence de l'agressivité provoque aussi la culpabilité. Les parents ne supportant pas leurs événements agressifs vis-à-vis d'un enfant « déjà blessé ». Par ailleurs, cette culpabilité peut également être liée à la maladie elle-même (maladie génétique, accident provoqué par un parent). Tout parent se sent responsable voire coupable de la maladie ou de handicap de son enfant, car un enfant est un être foncièrement vulnérable et innocent. Les reproches qu'un parent peut se faire sont nombreux : insuffisance de soins, transmission de mauvais gènes, enfant non désiré, culpabilisation. Cette culpabilité naturelle peut être accentuée dans l'autisme car l'enfant renvoie peu d'affects et ne peut déculpabiliser ses parents. Les explications scientifiques restent encore incomplètes sur les causes. (Epelbaum, 2003, P.65).

On constate que l'apport de l'environnement est très important et apprécier. Entre le soutien social qui contribue à la diminution du stress chez les parents ayant un enfant autistique, à l'opposé à un soutien social faible qui est un prédicteur de dépression et d'anxiété, notamment chez les mamans, ou le soutien informel (la famille, les amis) aurait plus d'influence sur la diminution du stress, d'angoisse, d'agressivité notamment le sentiment de culpabilité, que le soutien formel (professionnels).

4.3 Qualité de vie de la fratrie

L'autisme est un sujet dont on entend de plus en plus parler au niveau de l'enfant lui-même mais très peu en ce qui concerne la réalité des frères et sœurs qui vivent avec un enfant ayant ce diagnostic. Il y a donc lieu de se questionner sur ce que peut vivre la fratrie dans une famille où existe un enfant autiste.

Chapitre II ————— La famille, ses caractéristiques et la Dynamique Familiale

La qualité des relations au sein de la fratrie est déterminée par le niveau du stress conjugal. Si les parents ne manifestent pas beaucoup de difficultés dans leur relation de couple, les frères auront des comportements positifs, de compréhension et d'encouragement envers leur frère ayant le trouble, et l'inverse reste valable plus le stress est élevé au sein de la vie du couple, plus les enfants présentent des comportements négatifs ; d'agressivité et d'évitement. On ne peut négliger l'impact de soutien social qui diminue le stress chez les parents, et influe aussi sur la fratrie. Par contre quand le couple reçoit peu de soutien social, les relations au sein de la fratrie se détériore nettement, et auront des comportements négatifs envers leurs frères. (Magali et al, 2008).

Avoir un frère ou une sœur avec autisme peut induire des sentiments totalement différent ; des sentiments de profonde tristesse, tristesse dû au manque de relation à l'autre, à ce non réciprocité qu'on observe chez les enfants avec autisme, tristesse face aux incapacités de ce frère, au fait qu'il est peut-être malheureux, des sentiments de joie lors de moments de complicité, de partage de plaisir qui sont essentiellement des jeux physiques (jeux de chatouille, course poursuite, jeux dans le bain,...). Tandis que « l'envahissement » par le trouble est l'impossibilité d'y faire face : plus personne, ici, ne trouve le courage d'investir dans la vie. Entre les deux, se situent des adaptations plus ou moins réussies. Dans cette zone intermédiaire, les frères et sœurs peuvent témoigner de capacités de résilience, mais aussi d'éléments plus préoccupants (honte et culpabilité, sentiment d'être délaissé), découlant de cet envahissement par l'autisme. Ils peuvent également évoluer lentement d'un extrême à l'autre. (Magali et al, 2008, P.40).

On peut souligner que le vécu de la fratrie a longtemps été ignoré. Les émotions, les sentiments, les images, les représentations et leurs mouvances, transmises par l'expression verbale et non-verbale, peuvent être liés directement aux troubles mais aussi aux changements ; aux remaniements et à l'organisation

familiale qui en résulte, et que leurs réactions seront très diverses, s'orientent vers des comportements de résilience ou de réparation ou alors vers des attitudes plus pathologiques.

4.4. Etre parent d'un enfant autiste

Lorsqu'un enfant présente un problème de développement dans le spectre de l'autisme, le risque pour ses parents de développer une détresse psychologique s'accroît passablement. La « crise situationnelle grave » que suscite l'annonce du diagnostic explique en partie la détresse parentale dans tous les cas d'incapacité infantile. S'ajouteront à cette crise situationnelle l'adaptation à la différence, et l'insécurité en regard de l'avenir de l'enfant. Cependant, les études démontrent avec une grande constance que les mères d'enfants autistes vivent des taux de stress et de détresse beaucoup plus élevés que les parents dont les enfants présentent des incapacités telles que la trisomie 21 ou la paralysie cérébrale. (Sénéchal, Catherine des rivières-Pigeon, 2009).

Selon les observations, les parents d'enfants autistes présentent un risque particulièrement élevé d'isolement social, de désordre marital et de séparation. Leur avancement professionnel est plus difficile ; ils vivent plus d'anxiété et ils ont une perception plus négative de leurs compétences parentales.

Au-delà, du fait d'être parents d'un enfant dont les capacités sont réduites, les conséquences de l'une ou de l'autre incapacité affectent gravement l'état de santé psychologique des parents. Entre autres, les problèmes liés au sommeil et à l'alimentation, particulièrement fréquents chez les enfants autistes, constituent une source importante de stress et d'épuisement parentaux.

4.4.1 crainte pour l'avenir

Souvent les parents sont inquiets et angoissés quant à l'avenir de leur enfant, ce qui altère la qualité de vie en famille. Ils se demandent souvent, après

leur disposition qui va s'occuper de lui. Une inquiétude qui les met en position d'un présent sur à supporter et d'un avenir qui fait peur.

La maman modifie toute sa vie, après le diagnostic pour le consacrer à l'éducation de son enfant, tout passe au second plan, sa vie personnelle et sa vie professionnelle sont envahies par des préoccupations de l'enfant et de son avenir. Par contre, on remarque que la vie des pères est moins affectée que celle des mères. Leur situation professionnelle n'a pas changé, en plus ils doivent préserver leur travail pour subvenir aux besoins de la famille liés à l'éducation et aux soins de l'enfant. Les parents pensent à assurer dans le futur, une seule responsabilité qui est l'indépendance financière de leur enfant handicapé. (Sahraoui & Amrane, 2015).

4.5. L'adaptation de la famille a l'autisme de l'enfant

Afin de comprendre comment les familles d'enfants atteint d'un TSA parviennent à concilier les exigences et les particularités du handicap avec les besoin de la famille et de ses membres dans leur individualité, ainsi qu'avec les pressions du travail et de la société, il est important de mettre l'accent sur les études qui ont rapporté d'un nombre considérable de familles d'enfants présentant un trouble du développement arrivent à développer une vie familial saine et une perspective positive de celle-ci grâce à un bon fonctionnement interne et externe.

En effet, les parents de ces familles veulent le meilleur pour leurs enfants, ils font ce qu'ils peuvent pour que leur enfant se développe le plus normalement possible, ils consacrent ainsi beaucoup de temps et d'énergie pour lui prodiguer des soins, l'attention et le soutien dont il a besoin et pour qu'il s'intègre le mieux possible aux activités des enfants de son âge. L'horaire quotidienne de ces parents s'en trouve très chargé, et c'est souvent la course entre la maison, le travail et la visite des spécialistes , il n'est pas rare que l'un des deux parents , le plus souvent la mère soit obligée de sacrifié sa participation au monde de travail, pour

s'occuper de cet enfant qui requiert une attention soutenue que l'avance en âge ne réduit pas nécessairement.

Le développement d'un enfant qui présente un handicap, représente un défi particulier pour les familles. Malgré les difficultés et les défis majeurs auxquels font face ces familles, les parents rapportent que la relation qu'ils ont avec cet enfant qui a un rythme spécifique pour l'apprentissage, ou des comportements différents des autres enfants, comporte de nombreux aspects positifs.

De nombreuses familles d'enfants avec handicap peuvent s'ajuster à la situation par le biais d'une adaptation cognitive et de perceptions positives en cas de stress, d'incertitude, de conflit et de déséquilibre, et peuvent donc être considérées comme des familles « adaptables ».

En outre, pour qu'une famille puisse faire face à une situation difficile, elle doit posséder certaines qualités organisationnelles, telle que la flexibilité, la communication et la capacité à utiliser les ressources. (Fourcade, 2015).

En fin, la force psychologique d'une personne trouve souvent sa source dans le « tissu social ». Il faudrait donc fortement inciter les parents à être des membres actifs d'associations comme celles qui unissent les parents d'enfants atteints d'autisme et à intégrer des groupes de paroles spécifiquement mis en œuvre. En effet, il a été montré que de tels groupes encouragent le partage social des émotions qui conduit à deux effets bénéfiques. Par la communication de ses émotions et événements de vie à d'autres personnes ayant vécu la même chose, le partage social permet à toute personne de réduire la perception négative attachée aux événements ou situations sources. (Epelbaum, 2003, P.64).

On guise de conclusion et d'une manière générale, la présence d'un enfant autiste dans la famille impose à ses membres des tâches et des ajustements, ils vivent un stress non seulement additionnel mais aussi permanent. Ces situations

peuvent apporter néanmoins des possibilités de développement ou crée des obstacles à la vie familiale.

Synthèse :

Comme nous l'avons montré, au vu des différentes difficultés rencontrées par les parents des enfants autistes, il est bien conçu que le risque pour ses parents de développer une détresse psychologique s'accroît passablement à un important bouleversement dans la vie de ses parents. Une crise situationnelle grave qui explique en partie la détresse parentale dans tous les cas d'incapacité infantine, on ajoutant l'adaptation à la différence.

De ce fait, et d'une manière générale la conception de la dynamique familiale issu de cette étude vient rappeler que le cheminement entrepris par les familles est unique. Quel que soit l'état de cette dynamique qu'elle soit saine et fonctionnelle ou bien pathologique et dysfonctionnelle c'est pour cette raison qu'un intérêt particulier a été porté à mieux comprendre la nature profondément humaine de ce cheminement.

Enfin et malgré toutes les contraintes et les difficultés quotidienne liée aux parents ayant un enfant autiste, les parents arrive au fil du temps à surmonter et à s'adapter à se faire face aux différents changements grâce aux liens de l'éthique relationnelle qui est une réalité basique et un équilibre relationnelle de toute relation, ainsi qu'une responsabilité d'une personne vis-à-vis d'une autre, et le fait de prendre l'autre en compte qui est la clef des relations intimes et qui a pour objectif de restaurer la confiance et le dialogue entre les différents membres de la famille.

Il est donc possible d'évaluer les facteurs de protection et de risque d'une famille afin d'influencer la résilience de celle-ci.

Chapitre III

La Résilience et l'éthique relationnelle

Préambule

ca nous arrive parfois de vivre des situations de stress, ou d'adversité qui comportent le risque grave d'une issue négative, ainsi que des crises qui peuvent être considérées comme un bouleversement psychique face à des changements d'origine interne ou externe.

En psychologie, la résilience est une forme menée courante, en signification au vécu de l'individu et des groupes, qui ne peuvent être intériorisés normalement suite à des entraves suscitant des souffrances psychologiques intenses. Notamment, l'érection d'un malaise profond peut présenter un danger à la stabilité psychologique des personnes en souffrance. Néanmoins, certains de ces personnes peuvent se réclamer résistants à l'égard des situations et des conditions difficiles, auxquels ils doivent faire face quotidiennement. Tout cela nécessite la capacité de faire face à des situations et cela se résume dans le concept de résilience.

1. Origine du concept de résilience

La résilience est un terme français, issu du latin « *resilientia* » qui est habituellement employé en physique des matériaux pour désigner « la résistance du matériel aux chocs élevés et la capacité pour une structure d'absorber l'énergie cinétique du milieu de se rompre ». Dans le contexte de la métallurgie, la résilience désigne donc la qualité des matériaux qui tient à la fois de l'élasticité et de la fragilité et qui manifeste la capacité à retrouver leur état initial à la suite d'un choc ou d'une pression continue. (Anaut, 2005).

D'un point de vue *étymologique*, le terme résilience est composé du préfixe *re* qui signifie « mouvement en arrière » et de *salir* qui signifie « sauter ». En *physique*, la résilience signifie la capacité d'un matériau à résister à un choc, alors qu'en *écologie*, elle est la capacité d'un écosystème ou d'une espèce à récupérer un fonctionnement ou un développement normal après avoir subi un

traumatisme. Dans le domaine de *l'économie*, elle est la capacité à revenir sur la trajectoire de croissance après avoir encaissé un choc. Et en *informatique*, elle est la qualité d'un système qui lui permet de continuer à fonctionner correctement en dépit de défauts d'un ou de plusieurs éléments constitutifs. De point de vue **psychanalytique**, le terme signifie bien avancer, changer, se reconstruire après un traumatisme en intégrant dans son fonctionnement... Et du point de vue *psychologique*, la résilience individuelle désigne la capacité à réussir, à vivre, à se développer en dépit de l'adversité. (Anaut, 2005).

2. Définitions de la résilience

On dénombre plusieurs définitions qui peuvent être évoquées pour aborder le concept de résilience.

Selon Cyrulnik, la résilience est « *la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative* ». (Cyrulnik, 1999, P.10).

La résilience peut se définir comme « *la capacité de sortir vainqueur d'une épreuve qui aurait pu être traumatique, avec une force renouvelée. Elle implique l'adaptation face au danger, le développement normal en dépit des risques et le ressaisissement de soi après un traumatisme* ». (Anaut, 2005, P.7).

Cependant, le concept de résilience ne se réduit pas à une simple capacité de résistance qui pourrait véhiculer l'idée d'une rigidité, mais évoque davantage les propriétés de flexibilité et d'adaptation. Il ne s'agit donc pas de réduire ce phénomène à « l'invulnérabilité » qui correspondrait à une résistance au choc mais également signifierait « un état pouvant entraîner la paralysie du sujet : une carapace solide mais impénétrable et débouchant sur la rigidité », ce qui s'éloignerait totalement de la souplesse nécessaire à la résilience. (Anaut, 2015, P.45).

Ce concept de résilience lui-même se devise en trois (03) niveau :

Au premier lieu, *la résilience individuelle* d'où elle définit comme « la capacité d'une personne à faire face, à pouvoir se développer et à augmenter ses compétences dans une situation adverse ».

Au deuxième lieu, *la résilience familiale* qu'est « la capacité de développée un sein d'une famille, elle-même éprouvée, à soutenir et aider un ou plusieurs de ses membres victimes de circonstances difficiles, ou à construire une vie riche et épanouissante pour chacun de ses membres malgré un environnement difficile auquel l'ensemble est soumis, tout en autorisant chacun à se différencier ».

Au troisième lieu, *la résilience communautaire* est la capacité d'une communauté de continuer à vivre, fonctionner, se développer et s'épanouir après un traumatisme ou une catastrophe. En d'autre manière cette résilience est définit comme l'habileté d'une communauté à répondre à l'adversité et ce, en cherchant un meilleur niveau de fonctionnement. (Delage & Cyrulnik, 2010).

En guise de compréhension , on constatant à travers les différentes définitions de la résilience , que le concept de la résilience est la capacité d'un individu à résister psychiquement aux épreuves de la vie, à ne pas décourager, à ne pas laisser abattre et à rebondir, celui-ci prend acte du traumatisme qu'il a subi pour ne plus vivre dans la dépression et pour se reconstruire . Ainsi, ce processus de résilience s'appuie sur une bonne adaptation lorsque le sujet ne se laisse pas envahir par la maladie, par la détresse et mobilise des stratégies pour réguler ses émotions négatives, résoudre les problèmes que pose la maladie dans la gestion de sa vie familiale, sociale et professionnelle.

3. Le profil de la personne résiliente

L'individu résilient, quel que soit son âge, serait un sujet présentant les caractéristiques suivantes (Cyrulnik, 1999).

- Un quotient intellectuel élevé.
- Capable d'être autonome et efficace dans ses rapports à l'environnement.
- Ayant le sentiment de sa propre valeur.
- De bonnes capacités d'adaptation relationnelles et d'empathie.
- Capable d'anticiper et de planifier.
- Et ayant le sens de l'humour. (Anaut, 2005, P.51).

4. Processus d'évolution de la résilience

La résilience n'est pas un processus stable et acquis de manière permanente, ce n'est pas une qualité fixe de l'individu, elle peut être soumise à des variations conséquentes selon les circonstances de la vie et les contextes environnementaux et les étapes de la vie. La résilience est vue comme une construction, comme un processus évolutif. (Bessoles, 2001, P.49).

La perspective de concept de résilience comme un modèle évolutif permet de se rendre compte des capacités d'évolution des personnes ayant souffert, cela dit que la compétence repérée permet de sortir de l'impuissance apprise. A cet égard, Palmer(1997) a travaillé sur les enfants d'alcooliques, d'écrit quatre étapes pour permettre une meilleure analyse de situation, et qui sont :

La survie anémique : vivant dans un état de constant chaos, l'individu concentre toute son énergie sur sa survie et sa sécurité. Il ne fait pas très peu appel à ses ressources personnelles et ç celles de son entourage, et a des pensées et des comportements destructeurs.

La résilience régénératrice : dans cette phase, se développe des compétences et des stratégies d'adaptation constructives. La personne découvre des moyens plus efficaces de gérer les défis que lui pose l'existence et commence à faire appel à ses ressources personnelles et à celles de l'entourage. Cette amélioration est cependant incomplète, les périodes de stabilité étant entrecoupées de fréquentes crises.

La résilience adaptative : les périodes stables sont assez longues malgré quelques coupures. La personne porte un regard positif sur elle-même et éprouve un sentiment personnel d'unité. Elle sait bien utiliser ses ressources personnelles et celles de son environnement, ce qui lui permet d'évoluer.

La résilience florissante : la personne s'adapte bien aux réalités de l'existence et utilise pleinement son énergie. Elle éprouve un profond sentiment d'intégration personnelle et considère que la vie a du sens et qu'elle-même peut la maîtriser. (Palmer, 1997).

Le champ marquant le processus résilient chez un sujet renvoie donc à la mise en forme des potentiels relevant de différentes dimensions (internes et externes), dont on peut percevoir certaines intrapsychiques et relevant de la construction de la personnalité, mais également du domaine des relations psychoaffectives, des liens et étayages familiaux et extra-familiaux, incluant la prise en compte des aspects cognitifs et sociaux dans la mise en place de processus (Cité par Anaut, 2002, P.106).

5. Vulnérabilité et facteurs de risque

5.1. Le concept de vulnérabilité

Dans ce point, nous allons définir le terme de vulnérabilité et ces types, ainsi que l'approche clinico-pathologique.

5.1.1. Définition de la vulnérabilité

La vulnérabilité peut alors être définie en reprenant la terminologie initiale de Werner et Smith (1982) comme une certaine prédisposition d'un enfant à développer différentes formes de psychopathologie ou des troubles de comportements. Plus récemment, Bourguignon (2000) abonde de le même sens lorsqu'elle résume les caractéristiques de ce modèle de la vulnérabilité en disant « selon le modèle de la vulnérabilité, la survenue d'une situation physiquement dangereuses exige pour l'enfant une adaptation qui a souvent pour

prix des symptômes et des problèmes comportementaux, immédiats ou différés. L'évènement destructeur affecte le fonctionnement psychique, la structuration de la personnalité et laisse des traces durables au sens où elles modifient le rapport à la réalité, à soi-même et à autrui. » (Adamouibrahim et al, 2007).

5.1.2. Les types de vulnérabilité

Pour **De Leener (2002)**, et afin de comprendre le concept de vulnérabilité, il a arrivé à distinguer trois types qui entre en rapport à la subjectivité, à l'intersubjectivité et à la collectivité, dont on trouve :

a. La vulnérabilité subjective : correspond à un style ou un choix de vie vécu par une personne dans toute sa singularité. Dans ce cas il parle de « sa ou ma vulnérabilité ».

b. la vulnérabilité intersubjective : fait appel à l'objet du discussions entre les personne dans des cadres sociaux spécifique qu'il qualifie de « notre vulnérabilité »

c. la vulnérabilité collective : souligne le caractère fragile des ensembles sociaux et qui prend le contre-pied de la « vulnérabilité individuelle ou familiale ». (Adamouibrahim et al, 2007).

5.1.3. Approche clinico-pathologique et vulnérabilité

En pédopsychiatrie la démarche pathologique, selon la définition proposé par Danielle Marcelli (1996), concerne « l'étude des diverses situations qui apparaissent par leur existence et leur nature, à l'origine d'une perturbation spécifiques ou non chez l'enfant », Ainsi, l'approche clinico -pathologique trouve principalement sa place dans l'étude de développement de l'enfant considéré sous l'angle de la vulnérabilité psychique et des facteurs de risque, plus largement elle peut également qualifier la clinique des sujets adultes et des personnes âgées. (Cité par Anaut, 2015).

Du point de vue théorique cette approche est fondé sur la prise en compte des traumatismes psychiques et de troubles réactionnel dans la ligne de l'épistémologie psychanalytique freudienne et notamment de la théorie du noyau traumatique infantile sur lequel viendraient se démentir les expériences délétère ultérieures, Toute fois, certain psychanalystes, notamment influencés par le courant attachementiste. (Anaut, 2015).

Daniel Sterne (1989) et d'autre à la suite des travaux d'Anna Freud, postule que l'évolution psychique n'est pas à considérer comme une succession du période sensible, comme un faisceau de lignes de développement continu, Des lors l'origine d'un troubles peut se situer à n'importe quel âge, les lignes de développement décrites par Anna Freud du développement. (Guenich, 2011).

Dans cette conception théorique traumatisme psychique ne sont pas uniquement une réédition d'événement pathogènes précoce de l'enfance, ils peuvent subvenir à tout âge la vie psychique étant modélisée comme un travail d'auto-élaboration toujours renouvelé.

Michel Lemay (1999), a souligné que la plupart des conceptions théoriques en psychologie et psychopathologie insistent essentiellement sur la fragilité de petit être humain et non sur ces ressources et ces compétence. Avec lui nous pouvons regretter la tendance des cliniciens et chercheurs à observer et à décrire l'évolution des enfants éventuellement « en termes dramatiques, sous le registre d'une prétendue position autistique originaire ou de mécanismes archaïque s'apparentant à la psychose » cependant il précise également « combien est étroite la distance entre un symptôme, moment fécond dans l'évolution et un symptôme signe d'alarme d'une organisation psychopathologique ». « Il y aurait donc symptôme et symptôme. (Cité par Anaut, 2015).

L'approche clinico- pathologiquetemporaine consiste à analyser les déterminants internes et externes de la vulnérabilité des sujets. Elle suppose de

s'intéresser aux processus intrapsychiques, mais aussi aux évènements ou contextes pathogènes, qui comprennent les aspects relationnels et affectifs familiaux ou socio-environnementaux. Il s'agit de repérer et de tenter de comprendre les éléments de fragilité (internes et externes), afin de proposer des modalités d'intervention visant à aider les sujets vulnérabilité a mené progressivement aux concepts de résilience et de bientraitance. (Anaut, 2015).

5.2. Les facteurs de risque

La notion de «risque» implique la probabilité de subir un dommage d'être exposé à une blessure. Les chercheurs en psychologie restent attachés à l'analyse des problèmes et à des perturbations des enfants, voire des psychopathologies ayant pour but la compréhension en leur attribuant un sens.

Les facteurs auxquels nous devrions tenir compte ici, sont bien ceux qui sont évoqués par Anaut (2005), dont on trouve :

5.2.1. Les facteurs centrés sur l'enfant : la prématurité, la souffrance néonatale, la pathologie somatique précoce (faible poids de naissance, atteintes cérébrales, handicaps...), les déficits cognitifs, les séparations maternelles précoces.

5.2.2. Les facteurs liés à la configuration familiale : la séparation parentale, la mésentente chronique, la violence, l'alcoolisme, la maladie chronique d'un parent (somatique ou psychique), le couple incomplet (mère célibataire), la mère adolescente et/ou immature, le décès d'un proche.

5.2.3. Les facteurs sociaux-environnementaux : la pauvreté et la faiblesse socio-économique, l'absence d'emploi, le logement surpeuplé, la situation de migrant, l'isolement relationnel, le placement de l'enfant...etc. (Anaut. 2005, P.24).

6. Traumatisme et résilience Familiale

Le concept de traumatisme selon Bertrand (1990), le conçoit comme « venant à la fois de l'extérieur et de l'intérieur ». Conception partagée aussi par Perron (2000) : « il y a traumatisme psychique quand un événement imprévu et brutale soulever chez le sujet un orage émotionnel qu'il est incapable de contenir et qui lui donne la sensation d'une catastrophe, Parfois en effet il s'agit d'un événement qui menace réellement la vie ; il peut s'agir d'un événement d'appartenance moins grave, mais qui donnent au sujet, sur le moment la même impression de catastrophe. ». (Cité par Lighezzolo et al, 2004, PP. 55-58).

Quand une famille est confrontée au traumatisme, plusieurs situations se présentent, la plus simple est celle où une famille grâce au soutien qu'elle apporte, aux ressources qu'elle mobilise aide l'un des siens psychologiquement blessé à se dégager en partie de ses souffrances et à s'engager lui-même dans un processus de résilience. C'est -à-dire dans la reprise d'un développement, d'une croissance, c'est la version familiale du tuteur de résilience. La famille joue ici le rôle du tuteur, on pourra donc parler de résilience dans cette dernière. Toute famille est soumise à des sources de stress qui peuvent être internes ou externes au système familial. (Delage & Cyrulnik, 2008, P.97).

En raison du traumatisme induit par le diagnostic d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA) Et de l'alourdissement du rôle parental qui l'accompagne, les parents d'enfants TSA sont plus susceptibles de vivre un stress individuel et familial important et de rencontrer des problèmes de santé. Il est donc essentiel d'identifier les facteurs de risques et de protection influençant leur bien-être, leur adaptation et leur qualité de vie, afin de guider les interventions à leur égard. (Roskam & Mikolajczak, 2015, P.169).

6.1. L'annonce de diagnostic

Pour tous les parents, *l'annonce de diagnostic* de TSA de leur enfants leur a été faite par des psychologues ou psychiatre qu'ils ont consultés parce qu'ils suspectaient la présence d'un trouble. Suite à l'annonce de ce diagnostic ,44% des parents évoquent le choc psychologique, 48% le soulagement de pouvoir enfin nommer le problème suite à un lourd processus d'évaluation vécu dans l'anxiété et 8% parlent d'un sentiment de fatalité. Cette diversité et ressentis et de réactions a été reportée par ailleurs. 52% des couples interrogés se sont sentis incompris par les professionnels lors de l'annonce du diagnostic et déplorent le manque d'informations sur l'autisme, alors que 48% ont eu l'impression d'être compris puis aidés par le corps psycho-médical. Comme d'autres auteurs le soulignent, les pratiques d'annonce ont un impact important sur la façon dont les parents vont percevoir les difficultés de leur enfant et sur la mise en place de la prise en charge à venir. (Roskam & Mikolajczak, 2015, P.174).

Au cours des premières années de vie de l'enfant, la tristesse, la culpabilité et la colère sont ressentis par tous les parents. C'est à plus long terme que le processus d'acceptation et d'ajustement s'enclenchent clairement chez 70% des couples et de façon ambivalente pour les autres. Beaucoup de familles traversent cinq stades : le choc et la crise initiale, la désorganisation émotionnelle (colère, tristesse, déni) ; les premières ajustements, le début de l'acceptation et enfin le partenariat avec les professionnels de l'intervention. (Roskam & Mikolajczak, 2015, P.174).

Quel que soit le traumatisme, les réactions familiale doivent être examinée à trois niveaux : le niveaux individuelle, la souffrance de chacun a des titres divers , le niveaux interpersonnel des relations souffrante entre les uns et les autres , le niveaux groupale , c'est à dire la famille comme un tout un monde d'appartenance un organisme vivant en souffrance atteint au plus profond de ce qui fait sa spécificité , sa singularité et son identité .

6.2. Les difficultés au sein du couple

De manière générale, les entretiens relèvent un important *stress parental*, lié principalement aux caractéristiques de l'enfant TSA. Ces stressseurs engendrent fréquemment des *difficultés au sein du couple*, 66% des couples confient en avoir difficulté. Ils provoquent le stress quotidien d'être confrontés à l'éducation d'un enfant TSA, à l'ambivalence de leurs émotions, à leur sentiment d'échec partagé. Toutefois, plus les interactions parents enfant TSA sont de bonne qualité et mieux la communication de couple opère, meilleure est l'adaptation des familles. Chaque couple réagit différemment, allant du déchirement au soutien mutuel : soit les problèmes de la communication entraînent une insatisfaction conjugale pouvant aller jusqu'au divorce, soit la communication participe à une meilleure cohésion entre les conjoints, qui facilite la résolution commune des problèmes auxquels ils sont confrontés. La flexibilité, la bonne communication, la connexion, la mise en commun des ressources et le rapprochement au sein de la famille avec enfant TSA sont des facteurs favorables à la résilience. Les mères d'enfant autistes trouvent des ressources remarquables non seulement dans la relation parent enfant et le soutien social, mais aussi dans la stabilité du ménage. (Roskam & Mikolajczak, 2015, P.176).

6.3. Les Relations familles et fratries

Les relations avec la famille et au sein de la fratrie ne sont pas évidentes non plus.

Selon ces parents la fratrie se sent délaissée ou éprouve de la jalousie à l'égard de l'enfant TSA, vu l'attention plus soutenue qu'ils lui accordent. Quelques parents seulement considèrent que la fratrie développe de l'empathie pour l'enfant TSA ou prend un rôle symbolique d'aîné en assumant des responsabilités à son égard.

Le TSA rend les frères et sœurs plus proches et se sent même prêts à limiter leur propre liberté pour s'occuper de l'enfant autiste. Il existe une diversité de

manières de réagir, d'adaptation plus ou moins adéquates de la fratrie, se situant sur un continuum dont les extrêmes sont la résilience d'un côté et des difficultés de sentimentales de l'autre. Et le stress parentale n'y est pas étranger : mieux les parents gèrent le stress lié à l'enfant autiste, meilleurs sont les relations fraternelle .il faut permettre à la fratrie de parler de ces émotions, de formuler ses représentations à propos de handicap et d'être informée sur celui-ci, notamment via la participation à des groupes de fratries. (Roskam & Mikolajczak, 2015, P.176).

6.4. Les difficultés relevant de l'acceptation du TSA

Les entretiens révèlent par ailleurs certaines difficultés relevant de l'acceptation de TSA. 70% des mères acceptent la différence de leur enfant TSA contre seulement 52% des pères. Une minorité de parenté de parents (11%) a émis des attitudes de rejet à l'égard de l'enfant ; une autre minorité de parent (11%) évite de parler de handicap de leur enfant autour d'eux ; ceux-ci ont vécu un tel découragement qu'ils ont fui la situation (7%) Bien que les mères soient plus nombreuse que les pères à présenter une dépression, elles ont des perceptions plus positives à propos de l'enfant ; le stress et les perceptions, paternels sont toutefois en partie prédits par la dépression maternelle. (Roskam & Mikolajczak, 2015, P.177).

En dépit des difficultés que nous venons de relever, l'enfant TSA peut aussi avoir un impact positif sur ses parents : 92,6% des parents estiment être adaptés à la situation. Ils estiment que leur enfant TSA a augmenté leur tolérance (33%), leur ouverture d'esprit(26%), dont l'ouverture au monde du handicap, leur capacité à relativiser les difficultés de la vie(15%), leur patience(15%) et leur conscience des différences de chaque être humain (11%) La perception positive de l'enfant TSA contribue à la résilience parentale, à la découverte de nouvelles valeurs de vie et à une appréciation des différences individuelles. (Roksam & Mikolajczak, 2015, P177).

En effet les liens familiaux sont l'une des composantes essentielles des processus de reconstruction après le traumatisme. Dans cette perspective une nouvelle approche de ce qu'il est convenu d'appeler *La résilience Familiale* est apparue.

Bien souvent, on parle de résilience familiale pour désigner les modalités défensives et protectrices du contexte familial autour d'un individu qui a subi un traumatisme.

Dans cette approche, l'accent est mis sur le fait qu'un individu va puiser dans son environnement familial des ressources qui vont l'aider dans l'adversité. Ainsi, la famille participe à la résilience à travers les potentialités de soutien qu'elle procure au sujet blessé et qui pourront favoriser l'élaboration de sa souffrance, son développement et sa reconstruction psychique. (Delage & Cyrulnik, 2010, P.41).

Cependant, la famille sera source de facteurs de résilience, mais elle ne devra pas être pour autant considérée comme un groupe ayant globalement une trajectoire résiliente.

7. Critères de résilience des familles

L'ensemble des spécificités d'une famille constitue un schéma familial qui comprend : sa perception du monde, ses valeurs, ses modalités éducatives, ses transmissions générationnelles, ses priorités, mais aussi ses attentes, ses projets et ses objectifs.

Parmi les critères favorisant le processus de résilience, on trouve :

- La stabilité et la cohésion du groupe familial ;
- La souplesse et l'adaptabilité vis-à-vis du changement ;
- Les stratégies de résistance au stress ;

- La qualité de la communication familiale et le partage d'émotions entre les membres ;
- L'existence de rituels, de codes et de célébrations qui participent à la cohésion et au sentiment d'appartenance familiale ;
- La solidarité et les soutiens familial face aux conséquences des évènements adverses ; ou encore les capacités de développer et de maintenir un réseau social d'entraide. (Anaut, 2012).

En ce qui concerne les compétences familiales associées, on souligne l'aptitude d'une famille à considérer une catastrophe comme une expérience partagée et qui comporte une finalité. La projection dans l'avenir et l'anticipation de la résolution de la crise occasionnée par l'évènement aident à se préserver des effets négatifs de la situation adverse immédiate et jouent un rôle fondamental dans l'adaptation du groupe familial. La capacité d'appréciation par la famille, des évènements traumatogènes, ainsi que l'établissement de lien avec la collectivité sociale environnante apparaissent comme facilitant les processus d'adaptation du groupe familial et sa dynamique d'intégration au sein d'une communauté. (Anaut, 2012).

Le processus de résilience d'une famille se construit selon la combinaison interactive des facteurs de risque et de protection dont elle dispose à un moment donné de son parcours. Il demeure un processus dynamique et évolutif, propre à chaque famille. Ainsi, les familles dites « résilientes » se développeront de façon singulière. Chacune répondra de manière spécifique et unique, selon le contexte, son niveau de développement ou encore son cycle de vie. Aussi, identifier les aptitudes résilientes d'une famille consiste à considérer ses propriétés spécifiques, ses potentiels de rétablissement et d'autosubsistance particuliers. L'analyse des ressources familiales prendra notamment en compte les différents étayages familiaux qui peuvent exister toutes les familles, même dans les contextes de précarité relationnelle sérieux. Ainsi, il est important d'identifier, pour un sujet,

le fait de bénéficier d'une bonne relation avec au moins un des parent, ou bien l'existence de liens d'attachement stables avec un ou des membres de la famille élargie. En effet, lorsque les liens familiaux initiaux ont disparu ou sont défailants, d'autres expériences relationnelles peuvent permettre de construire des attachements alternatifs. C'est le cas des liens avec des membres de la famille élargie, voire de péri famille (nourrice, famille d'accueil), mais aussi des nouvelles relations affectives. Ces différents liens affectifs jouent un rôle protecteur non négligeable sur lequel des soins psychiques et des accompagnements socio-éducatifs peuvent s'appuyer. (Anaut, 2012).

Dès l'annonce du diagnostic, la famille doit être soutenue pour faciliter la mise en place d'intervention précoce interdisciplinaire pour l'enfant et sa famille. Une « cartographie de résilience familiale » peut être établie sur la base d'une part de l'identification des facteurs de protection et de risque déjà en présence pour chaque cas familiale et leur dynamique familiale et d'autre part à partir de l'identification de nouvelles ressources. (Roksam & Mikolajczak, 2015, P. 178).

A partir de ce point, on va présenter sous un tableau les facteurs de protections qui ont été exploré dans le cas des familles d'enfants TSA.

Tableau N°1 : Les facteurs de protection de la résilience familiale.

Facteurs individuels	Facteurs familiaux	Facteurs de la communauté
<ul style="list-style-type: none"> -Locus de contrôle interne (sentiment de contrôler leur destinée, d'avoir prise sur la situation). -Système de croyances (positives et donnant du sens aux situations). -Auto efficacité (confiance en sa capacité à faire face aux problèmes). -Stratégies de régulation et de coping efficaces. -Formation, aptitudes. -Bonne santé mentale et physique. -Tempérament « facile des enfants induisant des réactions positives des parents. -Genre de l'enfant (féminin »masculin). 	<ul style="list-style-type: none"> -structure familiale (peu d'enfant, ressources et compétence parentales. -stabilité de la relation intime et un haut niveau de qualité de communication au sein du couple et de la famille. -Cohésion familiale, chaleur, coopération et soutien mutuel -Interaction soutenant parent enfant. -Environnement stimulant et étayage adapté -Soutien social du réseau social de la famille. -influence de la famille d'origine transmission intergénérationnelle d'attachement, d'identité personnelle. -Revenus stables et adéquats -Habitation adéquate. 	<ul style="list-style-type: none"> -Implication dans la communication. -Acceptation des pairs. -Mentors soutenant. -Voisinage soutenant. -Accès aux soins à des écoles et soins pour l'enfant de qualité. -Accès aux soins de santé de qualité.

A partir du tableau se basant sur la récapitulation, les facteurs de protection peuvent être particulièrement bénéfiques pour soutenir la résilience familiale.

8. Point de vue systémique sur la résilience

Revenons à l'approche systémique qui considère la famille comme un système, ce système est considéré comme l'ensemble d'éléments d'individu qui sont en interaction dans le but de comprendre le comportement de l'individu, ainsi que son système. En fonction de ce point de vue systémique, la résilience familiale permet à une famille de retrouver ou de maintenir une fonctionnalité efficiente afin de soutenir le processus de résilience pour chacun et d'orienter vers la poursuite d'un cycle de vie sain et adaptable en fonction des liens de l'éthique relationnelle et de loyauté qui est le ciment éthique de système qui s'agit de la justice des relations et des mérites acquis pour acquitter et gérer la dette envers les générations précédentes.

9. L'éthique relationnelle comme facteur résilient dans une famille

Ivan Boszormenyi-Nagy a émigré en 1956 aux États-Unis la thérapie contextuelle qui justifierait bien une formation en soi. En effet, l'apport principal de Nagy est le développement de la dimension *d'éthique relationnelle*.

Parler d'éthique relationnelle, c'est évoquer des droits qui émergent et se déploient entre deux individus, deux personnes. C'est penser qu'une norme spontanée, régissant les rapports bilatéraux, s'invente et s'inaugure au moment et dans le lieu même où elle surgit et se parle.

« L'éthique relationnelle, c'est la responsabilité d'une personne vis-à-vis d'une autre, c'est le fait de prendre l'autre en compte. Tant que je me préoccupe de détecter et de corriger les injustices qui surviennent, je satisfais à la fiabilité de la relation ». La préoccupation pour l'équilibre relationnel est donc la clef des relations intimes, la préoccupation pour l'équité est difficile : « il est compliqué

de voir l'équité dans le fait de recevoir mais encore plus compliqué de voir l'équité dans le fait de donner ». (Cité par Michard, 2005, P. 27).

L'approche contextuelle ouvre le regard sur cette universelle justice qui préside aux relations. Une question permanente transculturelle se passe entre les gens, en face à cette question justement ils ont à faire face ensemble puisqu'ils vivent en commun, même s'ils sont soutenu aussi par les règles et les coutumes de leur culture. La réalité de l'éthique relationnelle est un refoulé immémorial qui ne doit rien aux valeurs, celles-ci n'apparaissent qu'après. Pour Boszormenyi-Nagy, c'est à l'éthique relationnelle que les valeurs doivent leur origine. La compréhension de ce qui est donné et reçu, par l'auto compréhension de ce que les protagonistes peuvent donner et recevoir. L'interrelation est consubstantielle à l'appréciation de l'action de donner et de recevoir. (Cité par Michard, 2005, P. 29).

La dimension de l'éthique relationnelle, la confiance relationnelle, est bien l'apport central de Nagy. La loyauté est un concept qui travers cette quatrième dimension. Habituellement, ce terme est utilisé pour désigner une attitude de fidélité et de sincérité à l'égard d'une personne avec laquelle on se sent engagé. I.Boszormnyi-Nagy en donne une définition plus large et en fait une force régulatrice des systèmes humains qui en assure la continuité. Pour comprendre ce concept, il faut en effet d'abord tenir compte de la réciprocité dans les relations. (Michard, 1996).

Sous-jacent à ce concept d'éthique relationnelle, Nagy développe la balance de justice ou justice des relations, à savoir l'équilibre de ces relations, la balance entre les mérites acquis et les obligations contractées. C'est dans ce domaine qu'apparaissent donc les notions de loyauté, de confiance, de fiabilité et de légitimité. Pour lui, la justice n'est pas une notion juridique et ne recouvre pas non plus le simple sentiment psychologique d'avoir été traité injustement. C'est une notion existentielle, une donnée humaine universelle, qui ne relève ni de la

culture ni de la morale mais bien du contexte *des mérites et des obligations réciproques entre les personnes*. Elle tient compte des générations précédentes et de la façon dans l'héritage qui en provient sera utilisé par l'individu au cours de sa vie, puis par les générations suivantes. Une relation est équitable et juste s'il y a un équilibre correct entre ce qui est donnée et ce qui est reçu entre les droits et les obligations. Cela n'est pas à entendre comme un échange commercial qui serait rigoureusement symétrique. Par exemple, *on peut recevoir de la considération en donnant de l'attention* à tel autre plus fragile. Dans les relations verticales, cet équilibre à considérer sur plusieurs générations. On reçoit et on donne dans une perspective historique d'héritage et de responsabilité pour les générations suivantes. Envisageons donc successivement les notions de balance de justice, de loyauté, de pentification et de légitimité. (Michard & Shams Adjili, 1996).

La « balance » de justice évoque l'équilibre entre donner et recevoir. la justice ou la balance d'équité est fondement dynamique des relations intimes. Il ne s'agit pas ici de principe du donnant-donnant qui n'aurait pas de sens dans les relations asymétriques parent/ enfant, ou plus tard, enfant et parent vieillissant, il s'agit bien d'une justice rétributive qui se crée entre des personnes qui entretiennent une relation : le fait même de donner à un plus faible, fragile, dépendant, peut comporter une rétribution, un mérite acquis. (Michard & Shams Adjili, 1996).

Quant au terme de *justice distributive*, il se réfère au destin, à la première dimension des faits : chance, ou manque de chance d'avoir un enfant handicapé ou d'avoir contracté une maladie ou de vivre dans des circonstances sociales défavorables. En vertu de principe de justice rétribuiez, quelqu'un peut se sentir profondément lésé, non reconnu dans ce qu'il estime son droit à recevoir de l'attention, de la considération. I peut parfois tenter de faire payer la dette à une victime innocente. Il lui est impossible de se retourner face aux personnes

concernées lorsqu'elles sont absentes, mortes ou tout simplement encore plus chargées de terreurs infantiles. (Michard & Shams Adjili, 1996).

Par ailleurs on peut remarquer que le plus important n'est pas de choisir une explication des sources de la triple obligation de donner et de recevoir et rendre, mais de saisir ce qu'elles présupposent toutes en termes de communauté de valeurs et d'instrument de compréhension. Donner, recevoir et rendre, sont effet des actes dont tout humain est en principe capable de saisir la signification en termes de bien et de mal. (Roksam & Mikolajczak, 2015, P. 29).

Au de là, on peut noter qu'il n'y a pas qu'un chemin qui est susceptible de conduire à la résilience dans une famille, les voies sont multiples, en fonction des caractéristiques de fonctionnement. Le souci développé par l'éthique relationnelle dans la famille, est de prendre soin les uns et les autres, d'être attentif à chacun. La famille développe par la des qualités morales d'équité de justice et de loyauté.

10. Accompagnements de la résilience avec les familles

Actuellement, le modèle de la résilience est devenu un outil de médiation dans les prises en charges des familles vulnérables. Son objectif est d'accompagner une famille dans l'identification et le développement de ses compétences.

L'accompagnement de la résilience consiste à faire jouer les ressources et les compétences existantes, à les mettre en évidence et à les activer. Cela suppose d'explorer les ressources individuelles, familiales et socio-environnementales, ainsi que les modalités adaptatives et protectrices. Il s'agira par exemple de renforcer des comportements qui existent, notamment ceux qui atténuent les risques et protègent de l'adversité. Cela suppose aussi de repérer et d'analyser ce qui entravent les processus de résilience chez un individu ou un group familiale. (Anaut, 2012).

L'objectif principal de ces accompagnements est de soutenir l'émancipation des membres de la famille , on renforçons les facteurs de protection liée à l'estime de soi , a la confiance , à l'optimisme , au sentiment d'espoir , a la sociabilité , l'adaptation relationnelles , l'empathie , l'autonomie et l'Independence , ainsi qu'au sens de l'humour ou à la distinction . (Anaut, 2012).

L'originalité de ces accompagnements thérapeutiques avec les familles consiste à tenter d'agrèger des éléments salutaires pour aider à leur potentialisation et à leur intégration par le sujet. Il ne s'agit pas de créer artificiellement le processus de résilience, mais d'œuvrer à sa consolidation. (Anaut, 2012).

L'approche de la résilience à poser les bases d'un modèle original qui réinterroge l'analyse des fonctionnements et les mécanismes en jeu face aux traumatismes. Ce modèle a ouvert la voie à de nombreuses applications sur les terrains des pratiques cliniques au pris des individus et des groupes familiaux, on contribuant à promouvoir des formes nouvelles d'accompagnement et de soin. (Anaut, 2012).

Synthèse :

le concept de résilience rencontre aujourd'hui un large succès, elle peut concerner les individus, les familles, les communautés ou sociétés, elle constitue un terrain favorable pour un bon développement et une bonne adaptation d'un individu malgré la présence des facteurs de risque, elle favorise aussi la capacité pour un individu de faire face à une situation difficile ou génératrice de stress.

On considère qu'il n'y a résilience que dans la rencontre avec le traumatisme, ainsi, le processus de résilience suppose la survenue d'un traumatisme et la réponse du sujet qui relèvera de son aptitude à surmonter ce dernier. Elle peut être due à un évènement unique, massif, qui bouleverse les

capacités défensives du sujet, mais de même une accumulation d'évènements aversifs, ou de carences graves répétés peuvent revêtir un caractère traumatique.

Pour conclure, le concept de résilience amène donc à passer d'une perspective fondée sur le repérage des dysfonctionnements, à celle d'une mise en valeur des ressources.

On peut donc considérer la résilience familiale comme ce qui permet à une famille de retrouver ou de maintenir une fonctionnalité efficiente, de se dégager des expériences vécues et de transformer le traumatisme en histoire transmissible. D'abord, comme on l'a vu, certains auteurs parlent de (Résilience adaptative) concernant des ensembles familiaux capables d'avoir un bon développement individuel et une certaine fonctionnalité malgré un contexte de vie défavorable.

Enfin, et à partir de l'équilibre des relations et d'occupation, ainsi les notions de l'éthique relationnelle qui sont des liens résistants et profond unissant entre les liens de la famille, elle permet une bonne récupération après un traumatisme et elle va développer des qualités morales d'équité de justice et de loyauté.

Dans ce qui suit, nous allons présenter notre partie pratique, dans laquelle on va présenter la méthodologie de la recherche.

Problématique

On ne se l'avoue rarement, mais être parent, n'est pas toujours une partie de plaisir. Toutefois, c'est une formidable aventure à travers laquelle nos enfants acquièrent leur autonomie, leurs indépendances et la capacité à bâtir leur projet de vie.

La naissance d'un enfant, c'est le début d'une histoire, d'abord c'est celle d'une relation entre le nouveau-né et ses parents et ensuite c'est l'histoire de la relation de l'individu, que l'enfant deviendra, avec lui-même. En effet, c'est le début d'un voyage, que l'on appelle « la vie ». Dans la terminologie psychologique, on parle du « développement de l'individu » ou de « l'individuation » qui commence dans une relation dépendante pour arriver à l'indépendance ou à « l'interdépendance ». Autrement dit : « le désir qui habite l'organisme d'un spécimen humain à l'état d'enfance est d'atteindre, par sa croissance, à la maturité ». (Dolto, 1985, P. 200).

Dont il est souvent exposé à un développement même bien avant sa naissance, ce développement n'est pas toujours un développement normale, mais bien d'un développement pathologique, parmi ces troubles, le trouble de l'autisme qui peut rendre la vie lourde et difficile.

Devenir parent est un évènement heureux et primordiale pour toute la famille, mais, lorsque l'enfant est atteint d'un handicap il peut soulever chez ses parents mais également chez leurs proches et parfois chez les professionnels des mouvements d'inquiétude.

Les personnes atteintes d'autisme souffrent de graves troubles dans les relations et la communication. Elles ont des difficultés à entrer en contact avec l'autre. (Nathalie et al, 2009, P.9). Ainsi que les travaux qui ont été déterminé par Kanner, pour dénoncer un ensemble de signes cliniques comportementaux obtenus chez le jeune enfant. (Rodier, 2000, P.4). Les travaux de certains chercheurs tels que Bettelheim qui voyait dans l'autisme la conséquence d'une déficience de la relation mère-enfant. (Rodier, 2000. P.88).

L'autisme est une maladie ubiquitaire, qui touche beaucoup plus les enfants Du sexe masculin. Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est un trouble du développement caractérisé par des anomalies des interactions sociales et de la communication, par des intérêts restreints et des comportements répétitifs. Il s'agit d'un trouble précoce qui peut entraîner des handicaps lourds et qui a des répercussions importantes sur la famille. (Rogé, 2003).

Avant d'acquérir son statut de trouble du développement, l'autisme a longtemps été considéré comme une pathologie psychologique dans laquelle les difficultés relationnelles étaient jugées responsables de l'installation du désordre de la communication. Les premières élaborations théoriques sur l'autisme ont en effet mis l'accent sur un présumé qui a ensuite eu une vie dure.(Rogé, 2003).

Il est souvent important d'évaluer et de suivre la prévalence des troubles du spectre autistique (TSA) pour assurer la formation des professionnels qui diagnostiquent les TSA, améliorer l'accès aux interventions nécessaires et comprendre les mécanismes causaux de ces troubles.

Selon les données épidémiologique et les meilleures estimations actuelles de la prévalence des TSA, les taux dérivés des études publiées en anglais au cours de la dernière décennie montrent que la prévalence actuelle de l'autisme est d'environ 20 à 30 sur 10 000 individus, alors que la ©2012-2017 CEDJE / RSC-DJE AUTISME une prévalence de l'ensemble des TSA est d'environ 90 à 120 sur 10 000 individus. Le nombre de garçons touchés est systématiquement plus élevé que le nombre de filles. (King & Bearman, 2009).

Les rares études épidémiologiques effectuées en Algérie ne permettent pas de donner un chiffre national officiel. La prévalence estimée qu'il existe environ 500000 autistes en Algérie. Notre pratique quotidienne nous permet d'annoncer que c'est la plus fréquente si l'on prend l'exemple du service de pédopsychiatrie de L'HES en psychiatrie DRID Hocine Alger, en espace de trois années (2015-2017) 1110 nouveau cas autistes ont été diagnostiqué dans les services de

pédopsychiatrie dont 617 cas (55,58%) sont âgés moins de 3 ans ce qui détermine que le programme de dépistage élaboré par le service depuis plusieurs années a commencé de donner ses fruits. Entre temps on remarque une diminution des cas hospitalisés surtout en 2017. Ce fait peut être attribué aux mouvements sociaux qui ont marqué le secteur de santé ces derniers temps. (Ould Taleb et al, 2019, P.56)

La famille est essentielle au développement de l'enfant: elle est à l'origine des actions à initier en faveur de ce dernier et, assurer ce qu'on pourrait appeler «une permanence éducative». La famille a toujours été quelque chose de très important. Expérimenter comment les modèles familiaux établissent une fondation dans la vie des enfants, comment les familles avec des modèles malsains minent la croissance, la maturité et le succès d'un enfant dans la vie a eu un impact considérable. (Jeanne, 2008).

Toute fois les difficultés appartiens au parents d'enfants autistes ces difficultés amènent les parents à vivre au quotidien des situations particulièrement douloureuses ce qui provoque chez eux un état de stress et un malaise psychique lié à un manque de communication et de compréhension et aussi lié aux troubles de sommeil, des crises ...etc. qui entraîne un bouleversement dans le rythme de la famille .

En considérons la famille comme un système, Dans la plus part des cas, la famille se fragilise et se déstabilise par le handicap de son enfant .Face à cette évènement traumatique les parents vont subir une déstabilisation identitaire qui se manifeste par des ruptures puis par des remaniements. La rupture avec soi-même, la rupture avec des liens familiaux, avec des liens amicaux et enfin les remaniements de la structure de la famille avec ses déférents mécanismes de défense et ses compétences. (Jean-Bart, 2005).

Si nous nous penchons sur la manière dont le handicap est annoncé aux parents est d'une importance majeure. Les angoisses conscientes et

inconscientes, le désespoir, la déception sont vécues par tous les participants ; ainsi les médecins, par exemple, sont confrontés à leurs propres limites : on ne peut pas « guérir » un handicap. La réaction des parents varie selon des paramètres individuels bien sûr, mais on constate, chez chacun d'entre eux, que c'est tout un univers qui s'écoule.

Une fois le diagnostic est posé, le handicap est confirmé, le trouble d'autisme est repéré, il s'amorce le long chemin de la prise en charge de l'autisme, un vrai combat quotidien aux parents, toute une résilience et résistance, la créativité et la persistance d'aider leur enfant , L'annonce et la confirmation du diagnostic du trouble autistique, après un parcours de plusieurs années, en face de l'ambiguïté et le degré excessif des symptômes est vécu de traumatique, les parents disaient « c'est pas vrai...Non. . C'est quoi ça ? », Surtout devant la prise de conscience de la gravité de la pathologie et de son impact sur le développement et l'avenir de l'enfant, en l'absence des centres d'accueil et de prise en charge spécialisée.

Pour cela une fois que le diagnostic d'autisme a été posé, la vie familiale sera bouleversée, et beaucoup de changements seront mis en place pour faire face aux déficits de l'enfant. Afin d'avoir une vue d'ensemble des conséquences du diagnostic, nous allons d'abord investiguer la façon dont les dynamiques familiales se modifient pour nous focaliser par la suite sur le vécu parental. Dès que les parents s'aperçoivent des premiers signes renvoyant à l'autisme, l'enfant concerné devient rapidement le centre de toutes les attentions, la vie familiale sera alors organisée en fonction des symptômes de l'enfant : les relations, la routine quotidienne, les sorties et les projets d'avenir seront tous dirigés en fonction de l'autisme, cela comporte inévitablement une réorganisation des tâches et des rôles, en donnant lieu à une situation complexe où les parents essaient de trouver un équilibre entre les besoins familiaux et ceux de l'enfant avec TSA.(Usuelli, 2018).

L'autisme est confirmé, un vrai combat quotidien malgré les difficultés et les défis majeurs auxquels font face ces familles, les parents rapportent que la relation qu'ils ont avec leur enfant ayant un TSA comporte de nombreux aspects positifs (Poirier & Des Rivières-Pigeon, 2015).

En effet, « les réponses des parents concernant les qualités de l'enfant et les plaisirs partagés indiquent que ces familles peuvent avoir une perception positive de leur enfant et de ses capacités ». De nombreuses familles d'enfants avec handicap peuvent s'ajuster à la situation par le biais d'une adaptation cognitive et de perceptions positives en cas de stress, d'incertitude, de conflit et de déséquilibre, et peuvent donc être considérées comme des familles « adaptables ».

En outre, pour qu'une famille puisse faire face à une situation difficile, elle doit posséder certaines qualités organisationnelles, telles que la flexibilité, la communication et la capacité à utiliser les ressources de la résilience. (Walsh, 2003).

Quand une famille est confrontée au traumatisme, plusieurs situations se présentent, la plus simple est celle où une famille grâce au soutien qu'elle apporte, aux ressources qu'elle mobilise aide l'un des siens psychologiquement blessé à se dégager en partie de ses souffrances et à s'engager lui-même dans un processus de résilience, c'est-à-dire dans la reprise d'un développement, d'une croissance, c'est la version familiale du tuteur de résilience » la famille joue ici le rôle du tuteur, on peut parler de résilience dans la famille. Toute famille est soumise à des sources de stress qui peuvent être internes ou externes au système familial. (Delage & Cyrulnik, 2008, P.97).

La résilience n'implique pas du tout que l'on nie l'adversité et l'on fait comme si de rien n'était pour pouvoir passer à autre chose. Bien au contraire, il est nécessaire de faire face aux événements. C'est un processus dynamique qui s'étale sur un temps plus ou moins long et qui permet à la personne concernée

de passer au travers de ses épreuves et même d'en ressortir grandi. Le vécu et l'histoire personnelle de chaque individu jouent un rôle dans la capacité à développer la résilience et affronter les épreuves de la vie, mais cette histoire personnelle justement, n'est pas figée dans le temps.

On peut dire qu'une famille est résiliente lorsque plutôt que de nier les évènements ou de s'en forcer dans la tristesse et la dépression à cause d'eux, elle parvient à y faire face, à résoudre plus fort de ses expériences à rester optimiste et confiant en la vie.

Parler de l'éthique relationnelle qui est une responsabilité d'une personne vis-à-vis d'une autre, c'est le fait de prendre l'autre en compte. Tant qu'il existe la préoccupation et la détection ainsi que la correction des injustices qui surviennent, y'aura également la satisfaction à la fiabilité de la relation. La préoccupation pour l'équilibre relationnel est donc la clef des relations intimes.

C'est dans ce domaine qu'apparaissent donc les notions de loyauté, de confiance, de fiabilité et de légitimité. La confiance entre deux personnes, qui sont-elles-mêmes liées à d'autres provoque en cascade un équilibre du groupe. La loyauté en tant que recherche de justice devient ainsi une notion majeure de l'approche multi générationnelle « un déterminant de la motivation ». Elle se dégage tant que pont entre l'individuel et le systémique. Tous les éléments du système sont impliqués dans l'existence d'une attente mutuelle. La loyauté est donc « le ciment éthique du système », la force structurante multi personnelle qui sous-tend le réseau familial. Elle se présente « la pression motivationnelle », la « force régulatrice », ou comme la « détermination motivante ».

Bayat en (2007), montre que 63 % des 167 familles ayant répondu à un entretien trouvent des contributions positives au travers du handicap de leurs enfants. Les parents trouvent un sens positif à l'incapacité de leur enfant et mentionnent tirer certains apports de leur vie quotidienne. Les familles arrivent

à voir un changement dans leur vision du monde et une vision plus positive de la vie en général.

Cette étude s'est donc centrée sur l'impact du fardeau perçu lié au handicap et ressenti par le parent sur sa capacité de résilience et sur sa qualité de vie.

Pour la réalisation de notre recherche, nous avons opté pour la démarche clinique de l'approche systémique contextuelle puisque c'est une approche qui s'intéresse aux interactions entre les membres de la famille, ainsi que les liens et les notions de la justice des relations parent-enfant.

En effet, la famille est composée d'une organisation, des rôles, des tâches, des règles et des finalités qu'on peut considérer comme un système constitué d'un individu en interaction, qu'on peut nommer la dynamique familiale.

A partir, de ces explorations, et pour évaluer la résilience et la cohésion des familles et leurs rôles dans la vie des enfants autistes, et pour vérifier nos hypothèses, nous avons choisi d'adopter un guide d'entretien avec les familles de ces enfants, pour collecter des données, qui est rédigé d'une manière semi-directif, qui nous a permis le recueil d'une masse d'informations qui nous aideront à étudier la dynamique familiale, et nous avons choisi de faire passer le test de FAT

(Family Apperception Test), qui est fondé sur la théorie systémique qui considère l'individu comme faisant d'un système plus large, qui a été développé dans le but d'évaluer le fonctionnement familial qui est appréhendé dans ses aspects structuraux, dynamique, affectif et interactionnels.

Dans la présente étude, nous allons essayer d'aborder comment la présence d'un enfant autiste au sein de la famille influence la dynamique familiale et sa résilience, ce qui nous a conduit à poser la question suivante :

Question

Comment se manifeste la dynamique familiale des parents ayant un enfant autiste ?

Pour répondre à cette question on a formulé cette hypothèse suivante :

Hypothèse

La présence d'un enfant autiste pour certaines familles déstabilise et dysfonctionne la vie conjugale du couple, ce qui mène à une présence majeure des conflits conjugaux et familiaux, et ce qui peut provoquer par la suite des limites floues entre les membres de la famille. Ainsi que pour certaines de ces familles, sont plutôt résilientes, flexibles et adaptables à la problématique de leur enfant, et si à partir de là qu'on trouve les attitudes relationnelles des familles, basé sur la disponibilité des uns envers les autres à travers la notion de loyauté et de légitimité.

L'objectif de notre recherche :

L'objectif général de cette recherche vise à cerner l'importance de notre recherche qui s'intitule : « **la résilience et la dynamique familiale chez les parents ayant un enfant autiste** ».

Cette recherche vise à :

Comprendre et à éclaircir sur la dynamique du fonctionnement familial et la résilience des parents ayant un enfant autiste.

L'évaluation de processus de la résilience qui se traduit par l'éthique relationnelle et les structures familiales des parents ayant un enfant autiste, par un outil validé « **FAT** ».

Choix du thème :

Le choix du sujet est la première étape fondamentale sa détermination dépend de plusieurs choses.

Tout d'abord, Nous avons choisie de traiter ce sujet en plus particulièrement la résilience et la dynamique familiale chez les parents ayant un enfant autiste, car nous connaissons tous qu'il demeure un problème de santé publique qui touche l'humain plus précisément les enfants qui a un impact sur le fonctionnement de la dynamique familiale, voire la difficulté de garder un bon fonctionnement psychique et familiale.

La rareté et l'insuffisance des études ou peut être inaccessibles sur ce thème sont les motifs du choix de ce dernier, ce qui va nous donner des motivations à la recherche autant que des futures psychologues cliniciens.

En outre c'est un sujet présentant une forte faisabilité sur le plan temporel et sur le plan de la collecte et du traitement des données et des articles de recherche ainsi que la disponibilité de la documentation.

Opérationnalisation des concepts :

L'autisme :

Est un trouble sévère du développement de l'enfant qui apparait à un âge précoce avant l'âge de trois ans, il se caractérise par un fonctionnement déviant dans chacun de trois domaines suivants : les interactions sociales, communication verbale et non verbale et les comportements qui sont restreints et répétitifs et stéréotypés, de plus les autistes présentent un sentiment de peur, troubles de sommeil ou de l'alimentation, des crises de colère et parfois des comportements agressifs.

La famille :

Une famille est une communauté de personnes réunies par des liens de parenté existant dans toutes les sociétés humaines, relié par une filiation et un lien de sang, ils vivent tous ensembles selon des normes et des règles

spécifiques, qui ont des échanges circulaires entre eux, on peut dire que la famille est un produit social qui reflète l'image de la société dans laquelle elle vit.

La dynamique familiale :

Est un processus qui représente les liens et les interactions entre les membres de la famille quotidiennement, c'est le fonctionnement habituel d'une famille, elle se réfère aux interactions, les communications et d'autres transmissions intergénérationnelles qui se font entre les membres de la famille, chaque famille se caractérise par sa propre dynamique familiale.

Le fonctionnement familial :

Le fonctionnement familial renvoie à un ensemble de processus qui concerne l'intégration et le maintien de l'unité familiale et sa capacité à bien mener les tâches essentielles à la croissance et/ou le bien être de ces membres, telle que l'éducation et la protection de sa progéniture ainsi la capacité à répondre aux événements imprévisibles.

Le dysfonctionnement familial :

Le dysfonctionnement familial peut être définie comme étant un système familial relativement stressant, voir mal sein, il n'assume pas la fonction de permettre à chacun de développer une identité propre, une autonomie normale et de développer des relations saines à l'intérieure et à l'extérieur.

La résilience :

La résilience peut être considéré comme un processus dynamique impliquant l'adaptation positive dans le cadre d'une adversité significative, elle se révèle face à des stressés importants et/ou cumulés, face à des traumatismes ou des contextes à valeur traumatique.

Partie pratique

Chapitre IV

Méthodologie de la recherche

Préambule

Après la présentation des trois chapitres précédents qui ont constitué le côté théorique de notre recherche, nous allons maintenant présenter le côté pratique qui consiste la méthodologie de recherche. Cette recherche suit une démarche particulière et une méthode précise, en utilisant des outils et des instruments divers tout au long du processus de recherche sur le terrain, dans le but d'expliquer le déroulement de la recherche, d'orienter et d'organiser le travail et le rendre objectif, ainsi que de vérifier les hypothèses de la problématique de la recherche.

A travers ce chapitre, nous allons donc présenter la méthodologie adoptée. Dans un premier temps, nous allons évoquer le déroulement du pré enquête ainsi que présenter la méthode de recherche. Nous allons attarder ensuite sur le groupe d'étude et ces caractéristiques. Suite à cela, nous allons parler sur la présentation de lieu et la durée de la recherche. Enfin, nous allons présenter les outils de recherche que nous avons employés pour cerner la dynamique familiale des parents ayant un enfant autiste et leurs analyses, et nous allons terminer avec la synthèse du chapitre.

1. La pré-enquête

La pré-enquête est une étape indispensable dans un travail de recherche, elle a pour objet de recueillir un ensemble d'informations concernant le thème de recherche, le terrain, et les informations concernant la population d'étude.

La pré-enquête est l'une des étapes les plus importantes qui nous a permet non seulement de revoir les hypothèses de notre travail de recherche, mais aussi elle nous a permet de recueillir les informations nécessaires, qui nous aident à mieux cerner notre thème de recherche. Elle se fait par le biais de l'observation préliminaire des faits afin de recueillir le maximum d'informations, qui permettent le déroulement de l'enquête. Elle est une phase de défrichage, d'investigation, préliminaires, de reconnaissance, une phase de terrain assez

précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées, argumentées et justifiées. Mais aussi, elle permet de fixer en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura réalisé pour vérifier ses hypothèses. (Aktouf, 1987, P. 102).

Nous avons réalisé notre pré enquête au sein de l'association « *Espérance* » des autistes à Akbou. Nous sommes présentées vers le début de mois de février en tant qu'étudiantes en master deux en psychologie clinique.

Nous avons d'abord été accueillies par la directrice de l'association Mme Benamara Madiha, à qui nous avons exposé notre demande et notre souhait, qu'elle a acceptée avec bienveillance. Après avoir eu l'accord de la directrice, et après avoir signé la lettre d'envoi qu'ils nous ont donné du département, nous avons débuté notre pré enquête qui a duré presque un mois.

Dans le premier jour de notre pré enquête, la directrice nous a présenté le lieu, le personnel qui se constitue de cinq éducatrices et une cuisinière qui est au même temps femme de ménage, et nous avons remarqué qu'il n'y a ni psychologue qui va nous accueillir et nous expliquer la méthode de travail, ni orthophoniste.

Après cela, la directrice de cette association nous a présenté quelques enfants autistes, elle nous a expliqué leurs cas, par exemple ; ceux qui sont agressifs et ceux qui sont légers. Elle nous a parlé également un peu sur leurs familles notamment leurs parents. Elle nous a aidées à nous familiariser avec le lieu et elle nous a parlé sur le trouble autistique, sur les difficultés qu'elles rencontrent les éducatrices avec eux et la complexité de ce trouble.

Dans cette pré enquête, nous avons pu observer les comportements et la relation des enfants avec les éducatrices, ainsi avec leurs familles. Nous avons

constaté que certaines familles se montraient très impliquées et coopératives, et d'autres c'est le contraire, même il avait des parents qui n'admettent pas et n'accepte pas que leur enfant est malade.

Cette pré enquête qui a duré presque un mois, avec la bienveillance et coopération du personnel, avec nos observations et la disponibilité du groupe de recherche et avec l'aide de notre encadreur qui était toujours derrière nous, nous avons pu prendre les repères pour préciser notre thème de recherche qui est « **la résilience et la dynamique familiale chez les parents ayant un enfant autiste** », on aurait aimé appliquer la consigne du test de (FAT) et quelques questions de guides d'entretien, et utilisé un entretien semi-directif, ainsi a constaté que ces outils seront clarifié et facile pour l'application.

En premier lieu, on a visité le terrain de la recherche, on s'est présentées autant que psychologues stagiaires, dans le cadre d'une recherche pour la réalisation de notre mémoire de fin de cycle, de ce fait, on a parlé avec la présidente de l'association d'aide des enfants autistes « Espérance » de Akbou, dans le but d'obtenir une autorisation de pratique, puis on a informé les parents d'enfants autistes sur notre démarche, on a obtenu le consentement et l'accord d'effectuer des entretiens avec eux et un test de famille (FAT) dans le cadre d'une recherche scientifique.

Malheureusement, quand nous avons décidé d'effectuer les entretiens et le test de FAT avec ces familles, et après avoir eu leur consentement, nous n'avons pas pu faire cela à cause de la pandémie de COVID 19 qui a affecté le monde entier, du coup la présidente de l'association nous a prévenu que nous ne pouvons pas continuer notre travail dans ces conditions à cause de la gravité de cette maladie jusqu'à nouvel ordre.

On aurait voulu que l'entretien soit basé sur un consentement libre et éclairé, en insistant à chaque fois sur le secret professionnel et la confidentialité

des données de leur vie privée, mais vu que cette pandémie a duré plusieurs mois et jusqu'à présent, ils n'ont pas pu trouver un antidote, ce qui nous a conduits à ne pas revenir à cette association, et ce qui nous a empêché de ne pas accomplir notre travail de recherche et s'arrêter uniquement à l'étape de la pré-enquête.

2. Méthode de recherche

Afin d'aboutir aux objectifs tracés pour notre recherche et de vérifier nos hypothèses, on a voulu opter pour la méthode clinique, cette dernière contient tout ce qu'on a besoin pour développer l'étude de cas.

2.1. La méthode clinique

La méthode clinique « est une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui visent à déterminer à la fois, ce qu'il y a de typique et ce qu'il y a d'individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec une situation déterminée ». (Sillamy, 2003, P.58).

Ainsi pour Marquet c'est : « envisager une conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation, chercher à en établir le sens, la structure et genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits ». (Marquet, 2011, P.5).

La méthode clinique « vise donc à établir une situation de faible contrainte, pour recueillir des informations de la manière la plus large et la moins artificielle en laissant à la personne des possibilités d'expression. Elle refuse d'isoler ces informations et tente de les regrouper en les remplaçant dans la dynamique individuelle. En ce sens elle s'oppose à la méthode expérimentale pour se rapprocher le plus possible des situations naturelles. Ses prétentions à l'objectivité, à la scientificité, à la reproductibilité des phénomènes et à la prédictivité en sont nécessairement réduites, elle suppose la présence du sujet, son

contact avec le psychologue, mais aussi la liberté d'organiser le matériel proposé comme il le souhaite. (Pardinielli, 2005).

2.2. L'étude de cas

L'étude de cas est généralement utilisée par les cliniciens pour élaborer une étude approfondie, ainsi que tenter de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte des différentes circonstances des survenues actuelles et passées.

Pour les psychologues, l'étude de cas est utilisée afin de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire et ce indépendamment des aspects de diagnostic. Celui-ci favorise le contact affectif, l'expression émotionnelle, la clarification passée et présente...etc. l'étude de cas enrichit la connaissance en science humaine dans la mesure où elle favorise les productions des représentations subjectives en situation et en relation, ce que des mesures objectives et fiables ne peuvent aucunement apporter, d'où la nécessité d'envisager la méthode clinique comme fondamentalement complémentariste. Rappelons pour cela subjectivité ne signifie pas absence de rigueur. (Chahraoui & Benony, 1999, P.11).

Parler d'étude de cas implique que la singularité et l'originalité ne se suffisent pas à elles même, mais qu'elles doivent faire l'objet d'une action, d'une méthode, pour les faire apparaître : étudier un cas c'est bien le découler parmi les autres, comme représentant d'une caractéristique, d'une essence, lui faire subir une analyse. On mesure alors les points de convergence avec l'idéal de la méthode clinique (singularité, totalité, concret, humain) et les divergences (analyse, transformer, faire apparaître...), l'étude de cas est un récit qui raconte de manière approfondie la vie de quelqu'un ou son parcours avec le clinicien. (Colin, 2015).

L'étude de cas correspond à deux étapes différentes répondant à des opérations spécifiques, la première étape est celle de travail clinique concret et

s'apparente à une procédure de recueil des informations adoptées à chaque sujet et la deuxième étape est l'élaboration de ces informations sous forme d'une construction répondant à ces principes fondamentaux. (Pardinielli, 2005).

3. Le groupe d'études et ces caractéristiques

Selon Grawitz (1988) « le groupe d'étude est un ensemble fini ou infini des éléments définis à l'avance sur lesquels portent nos observations et notre étude ».

On aurait aimé sélectionné dans notre groupe d'étude quatre (04) parents des enfants autistes. On aurait voulu choisir le groupe d'étude d'une manière ciblé et ce selon quelques critères qu'on va citer ci-dessous.

3.1. Critères d'inclusion de groupe d'étude

On aurait voulu retenir comme critères de sélection de notre groupe d'étude, tous les cas disponibles répondant à :

- Un parent ayant ou moins un enfant diagnostiqué comme autiste.
- Cet enfant ne doit pas avoir une maladie grave ou un handicap grave à part l'autisme.
- Le parent ne doit pas avoir un trouble ou une maladie grave.
- Des parents prêts à coopérer à notre recherche.

4. Présentation de lieu de recherche

Nous avons effectué notre travail de recherche au sein de l'association « Espérance » de l'autisme. Cette association a été construite le 25 Décembre 2016 par sa présidente Mme Benamara Madiha. Son local est situé à Akbou. Cette association est divisé en trois salles : salle pour les cas sévères, salle pour les moins sévères et une salle pour les petits moins de quatre ans. Sa tâche est de prendre en charge des enfants autiste, elle organise des journées de sensibilisation

sur l'autisme afin d'aider les personnes et surtout les familles à comprendre qu'est-ce que l'autisme et comment faire face. Elle a pour objectif :

- L'insertion sociale totale et efficace de la personne autiste.
- La scolarisation de tous les enfants atteints d'autisme.
- Recensement du nombre d'autistes au niveau régional.
- Création d'un centre de référence pour l'autisme.
- L'élaboration des activités éducatives, comportementales et cognitives dans le but de développer et d'améliorer les capacités des autistes.
- Elle vise à formuler et orienter les familles ayant des enfants autistes afin de les aider, qui est considérée comme une guidance parentale.
- Un soutien moral qui tend compte d'écouter et d'informer les parents et mieux décrypter les comportements de leurs enfants pour apaiser les tensions au sein du foyer.
- La prise en charge des autistes adolescents et adultes en leurs assurant les formations professionnelles et de postes de travail adaptés pour une vie meilleure.

L'association est constituée d'une présidente d'association, de cinq éducatrices et d'une cuisinière qui est au même temps femme de ménage.

5. Les outils de la recherche

Pour réaliser notre étude sur « la résilience et la dynamique familiale chez les parents ayant un enfant autiste » on aurait aimé utilisé les outils suivants :

- L'entretien semi-directif de recherche.
- Le FAT (Family Apperception Test).

5.1. L'entretien clinique

L'entretien clinique est une méthode de recherche privilégiée dans un grand nombre de disciplines des sciences humaines. Il peut faire partie des outils

cliniques destinés à recueillir des données au cœur de la procédure. Il peut éventuellement être utilisé seul ou bien être associé à un certain nombre de tests psychologiques, d'échelles clinique, ou à l'observation directe. (Herve et al, 1999, P.61).

L'entretien clinique est une situation d'échange verbal entre deux ou plusieurs personnes dans le but d'obtenir des informations. L'entretien est la partie clinique qui consiste en une conversation avec le sujet ou des membres de son milieu de vie permettent de persister les antécédentes et l'évaluation de la situation ou de maladie qui a conduit à l'examen, elle donne ainsi des éléments d'observation du comportement qui associes à l'élément de discours et diagnostique et de mettre en place une psychothérapie. (Amy & Piolat, 1998, P. 386).

On a souhaité choisir l'entretien clinique pour recueillir des informations relatives ou but fixé, évaluation psychologique et aussi l'utilisation d'entretien nous permet d'avoir des informations concernant des éléments relatifs à notre thème de recherche. Dans l'entretien clinique il y a trois types d'entretien : l'entretien directif, l'entretien non directif et l'entretien semi directif, et dans notre recherche on s'est appuyé sur ce dernier.

5.2. L'entretien clinique de recherche

La pratique de l'entretien avec le patient ou avec son entourage permet d'obtenir des informations sur le psychisme de sujet, sachons qu'il n'est pas la seule méthode, il peut être complétée considérable par d'autres méthodes, son but est de diagnostique ou il permet de repérer les symptômes puis les classes et thérapeutique, il instaure une relation qui permettra la prise en charge psychologique et élaboration d'un projet thérapeutique. (Chahraoui & Bénony, 2003).

C'est un procédé d'investigation pour recueillir des données scientifiques, utilisant un processus de communication verbale pour recueillir des informations en relation avec le but fixé. (Depelteau, 2000).

5.3. L'entretien semi-directif

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet par exemple. De même dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet le laisse associer librement mais seulement sur le thème proposé. (Chahraoui & Benony, 2013, P.16).

L'entretien semi-directif est une partie de travail accompli à le guide d'entretien qui comprend les axes thématiques à traité dans lequel le clinicien intervient auprès des sujets qui constituent sa population d'étude, il est plus ou moins structuré, il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions d'opérations et d'indications qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'entretien. (Chahraoui & Benony, 1999).

On aurait aimé associer l'entretien semi directif à un guide d'entretien

Il s'agit d'un ensemble de questions préparées bien avant, mais non formulées d'avance : elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'associations. Comme dans l'entretien non direct, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer

sur le thème, propose sans l'interrompre. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit. (Chahraoui & Benony, 2003).

Notre guide d'entretien est composé de Trois axes, chaque axe est constitué de questions principales en relations directe avec notre recherche, et d'autres secondaires posées pour recueillir plus d'informations possibles sur la nature de fonctionnement et de la dynamique familiale ainsi que le vécu avec l'autisme de leur enfant.

Les informations personnelles : son objectif est de relever plus d'information sur le sujet.

1. Les renseignements sur l'enfant autiste : c'est pour avoir des informations sur l'enfant autiste et sa pathologie.
2. Le vécu psychologique des parents ayant un enfant autiste : son objectif consiste à pourvoir un espace de parole, et d'exprimer son vécu par rapport à son enfant.
3. Le fonctionnement de la dynamique familiale et de la résilience chez les parents ayant un enfant autiste : dans cet axe nous tentons de savoir sur les relations du sujet au sein de sa famille et son entourage.

5.4. Le FAT (Family Apperceptions Test)

Le FAT (Family Apperceptions Test) a été élaborée afin de réunir dans la pratique clinique l'évaluation individuelle et l'évaluation familiale. Dans le champ de la santé mentale, et plus particulièrement dans la mise en place de programmes thérapeutique, la prise en compte des caractéristiques du système familial est de plus en plus fréquente. Il existe malheureusement peu d'instruments cliniques adaptés à l'évaluation des systèmes familiaux.

Le FAT comprend une série de 21 planches. Un manuel et une feuille de cotation. Les 21 planches, décrites ci-dessous, mettent en scène des situations, des constellations et des activités familiales habituelles. Elles suscitent un large éventail d'association projective sur les processus et les structures familiales, ainsi que des réactions affectives en rapport avec des interactions familiales spécifiques.

La consigne de FAT

« J'ai une série d'images dans lesquelles figurent des familles. Je vais te les montrer une à une. A toi de me dire, s'il te plait ce qui se passe sur l'image, ce qui a conduit à cette scène, ce que les personnages pensent ou ressentent et aussi comment l'histoire va se terminer. Utilise ton imagination et, surtout, rappelle-toi qu'il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse dans ce que tu diras au sujet d'une image. Je vais noter les réponses pour que je puisse m'en souvenir ».

Planche 1 : Le diner : un homme, une femme et trois enfants (deux garçons et une fille) sont assis autour de la table du diner. Les adultes discutent, alors qu'un seul enfant mange.



Planche 2 : La stéréo : un garçon agenouillé devant une chaîne stéréo tient un disque. Un personnage féminin se trouvant au premier plan lui tend un objet rectangulaire.



Planche 3 : La punition : un garçon est agenouillé à côté d'un vase brisé ; de l'eau et des fleurs sont renversés. Au premier plan, un personnage ambigu tenant un objet tubulaire derrière son dos est tourné vers le garçon.



Planche 4 : Le magasin de vêtements : dans un magasin de vêtements, une femme montre une robe a une jeune fille. La jeune fille croise les bras, l'expression de son visage ne peut être discernée.



Planche 5 : Le salon : un homme, une femme et un garçon sont assis devant un poste de télévision. Une jeune fille a la main posée sur les boutons de la télévision. Un cinquième personnage. Debout au fond de la pièce, fait face aux autres, sa main est posée sur la poignée d'une porte entrouverte.



Planche 6 : Le rangement : un personnage féminin, debout sur le seuil d'une chambre à coucher, est face à un garçon qui, assis sur le lit, tourne le dos à l'observateur. Un tiroir de la commode est ouvert, un ballon de basket se trouve sur le sol, une chemise et un livre sont jetés sur le lit défait.



Planche 7 : Le haut des escaliers : un enfant regarde depuis une chambre à coucher vers un escalier éclairé. Le lit défait ; un réveil, posé sur la table de nuit, indique 11:30.



Planche 8 : La galerie marchande : une femme et un enfant passent bras dessus, bras dessous, devant un magasin où sont présentées des chaussures ainsi qu'une pancarte : « Solde ». La femme porte des articles dans un sac. Un garçon et une fille marchent derrière eux, souriant et gesticulant.



Planche 9 : La cuisine : un homme est assis à la table de la cuisine, faisant des gestes avec une main et regardant le bloc-notes qu'il tient dans l'autre main. Une femme, debout devant une gazinière, tourne une cuillère dans une casserole. Sur le pas de la porte, un enfant regarde la scène.



Planche 10 : Le terrain de jeux : deux garçons en tenue de base-ball sont debout l'un à côté de l'autre. Chacun tient une batte de base-ball, un seul d'entre eux porte un gant. Une partie est en train de se dérouler à l'arrière-plan.

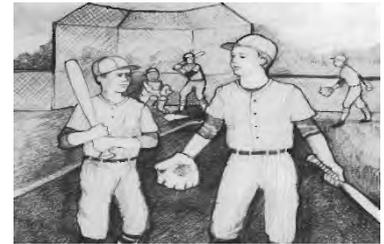


Planche 11 : La sortie tardive : deux adultes âgés (un homme et une femme) et une femme plus jeune font face à un jeune homme, debout, dont la main est posée sur la poignée d'une porte qui mène au dehors. Il désigne une pendule qui indique 21h. La lune apparaît à travers une fenêtre.

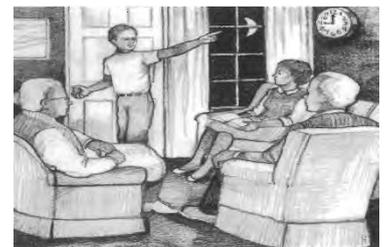


Planche 12 : Les devoirs : une jeune fille, tournée vers l'observateur, est assise à un bureau, un crayon à la main ; devant elle, un livre et un cahier sont ouverts. Un homme et une femme sont debout derrière elle et regardent par-dessus son épaule.



Planche 13 : L'heure du coucher : un personnage ambigu est assis dans le lit ; un homme, assis sur le lit également, est tourné vers lui. L'homme a une main posée sur la cuisse du personnage, son autre main est posée sur ses propres genoux.



Planche 14 : Le jeu de balle : un homme et un jeune garçon sont debout, face à face. Ils ont des gants de baseball et une balle. Sous un porche, un autre garçon et une jeune fille les regardent. L'entrée principale de la maison est ouverte.



Planche 15 : Le jeu : deux garçons et une fille sont assis autour d'un plateau de jeux de société, à côté d'un arbre de Noël. Un personnage féminin les regarde, debout. A l'arrière-plan, un autre personnage, allongé sur un canapé, tient un livre ouvert.



Planche 16 : Les clefs : un homme et un garçon sont debout devant une voiture. Le garçon montre la voiture d'une main alors qu'il tend l'autre main vers l'homme. L'homme tient un jeu de clefs.



Planche 17 : Le maquillage : un personnage féminin se met du rouge à lèvres en se regardant dans le miroir d'une salle de bain ; une autre femme, debout près de la porte, lui fait face.



Planche 18 : L'excursion : un homme et une femme sont assis à l'avant d'une voiture, un garçon, une fille et un troisième enfant sont assis à l'arrière. Le garçon et la fille sourient en levant leurs poings l'un vers l'autre.



Planche 19 : Le bureau : une jeune fille est debout devant un homme assis à un bureau, des papiers devant lui. Il la regarde ; elle a une main posée sur le bureau.



Planche 20 : Le miroir : un enfant, tournant le dos à l'observateur, est debout devant un grand miroir. Le reflet du miroir est voilé.

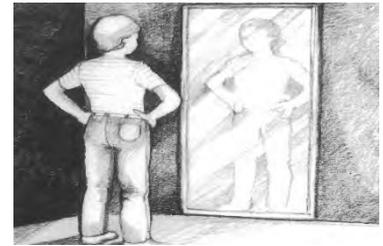


Planche 21 : L'étreinte : un homme et une femme sont debout, tenant chacun les bras de l'autre serrés. Aux pieds de l'homme, il y a un porte-documents. Une fille et un garçon, portant des livres d'école, sont debout près d'une porte ouverte et regardent le couple.



➤ **Les cinq (05) questions de l'enquête :**

Si une réponse contient un récit incomplet, une enquête additionnelle doit être effectuée pour permettre d'obtenir des réponses complètes et cotables. Cette enquête s'articule autour de cinq questions de base :

1. Qu'est-il en train de se passer ?
2. Que s'est-il passé auparavant ?
3. Que ressent-il/elle ?
4. De quoi parle-t-il/elle ?
5. Comment l'histoire va-t-elle se terminer ?

Cotation

Les catégories de cotation

Le système de cotation du FAT a été conçu pour structurer les réponses en fonction des théories familiales systémiques. Cette cotation permet la formulation d'hypothèses sur le fonctionnement du système familial à partir des réponses d'un seul membre de la famille. Les catégories de cotations, décrites ci-après, permettent la transcription et la compréhension diversifiée des relations et des processus familiaux.

➤ **Conflit apparent**

- Conflit familial
- Conflit conjugal
- Autre type de conflit
- Absence de conflit

➤ **Résolution du conflit**

- Résolution positive
- Résolution négative ou absence de résolution

➤ **Définition des limites**

- Appropriée / adhésion
- Appropriée / non-adhésion
- Inappropriée / adhésion
- Inappropriée / non-adhésion

➤ **Qualité des relations**

- Mère = alliés
- Père = alliés
- Frère / sœur = alliés
- Conjoint (e) = alliés
- Autre = alliés
- Mère = agent stressant
- Père = agent stressant
- Frère / sœur = agent stressant
- Conjoint = agent stressant
- Autre = agent stressant

➤ **Définition des frontières**

- Fusion
- Désengagement
- Coalition mère / enfant
- Coalition père / enfant

- Coalition autre adulte / enfant
- Système ouvert
- Système fermé

Circulation dysfonctionnelle

➤ **Mauvais traitements**

- maltraitance
- abus sexuel
- Négligence / abandon
- Abus de substances

➤ **Réponses inhabituelles**

- **Refus**

➤ **Tonalité émotionnelle**

- Tristesse / dépression
- Colère / hostilité
- Peur / anxiété
- Bonheur / satisfaction
- Autre type d'émotion

Présentation de la feuille de cotation

Nom : _____ Date : _____
 Alexander Julian III, Wayne M. Sotile
 isan E. Henry et Mary O. Sotile
 Age _____ Position dans la famille _____
 (ex. père, fille, grand-mère)

Feuille de cotation

Catégories	Numéros des planches																					Notes
	Dîner	Stoop	Painlevé	Multiplex de vêtements	Sillon	Rangement	Haut des escaliers	Galerie marchande	Cuisine	Terrain de jeux	Sports (autobus)	Couloirs	Heures du coucher	Jeu d'at. balle	Jeu	Clubs	Manipulage	Excursion	Harvest	Manoir	Étréno	
NFLIT APPARENT																						
Conflit familial	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Conflit conjugal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Autre type de conflit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Absence de conflit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
SOLUTION DU CONFLIT																						
Résolution positive	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Résolution négative	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Absence de résolution	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
FINITION DES LIMITES																						
Appropriée / adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Appropriée / non-adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Inappropriée / adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Inappropriée / non-adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
ALITÉ DES RELATIONS																						
Mère = allié(e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Père = allié(e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Frère/sœur = allié(e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Conjoint(e) = allié(e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Autre = allié(e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Mère = agent stressant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Père = agent stressant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Frère/sœur = agents stressants	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Conjoint = agent stressant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Autre = agent stressant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
FINITION DES FRONTIÈRES																						
Fusion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Désengagement	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Coalition mère / enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Coalition père / enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Coalition autre adulte / enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Système ouvert	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Système fermé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
ULARITÉ DYSFONCTIONNELLE																						
MAIS TRAITEMENTS																						
Maltreatment	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Abus sexuel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Négligence / abandon	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Abus de substances	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
ENSES INHABITUELLES																						
Anger	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
ALITÉ ÉMOTIONNELLE																						
Stress / dépression	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Colère / hostilité	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Peur / anxiété	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Fièvre / satisfaction	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Autre type d'émotion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	

Index Général de Dysfonctionnement _____

Copyright © 1988, 1991 by Western Psychological Services. Translated and reprinted by permission of the publisher, Western Psychological Services, 11011 Wilshire Boulevard, Los Angeles, California 90025, USA. All rights reserved.
 Copyright © 1995 by les Editions du Centre de Psychologie Appliquée - 25, rue de la Plaine - 75960 PARIS CEDEX 20. Tous droits réservés.

Source: Manuel de (Family Apperception Test) (P.11)

6. L'attitude de clinicien

L'attitude de clinicien relève d'une véritable attitude déontologique, ainsi que le respect des droits fondamentaux des personnes, de leurs dignités, de leurs libertés, de leurs protections, du secret professionnel et implique le consentement libre, éclairé des personnes concernées.

La notion du respect, implique un autre élément de l'attitude clinique qui est la neutralité bienveillante, le clinicien ne doit pas formuler du jugement, de critique, ou des approbations à l'égard du sujet, tout fois la neutralité n'est pas de la froideur ou de la distance mais s'assurer à la bienveillance, il s'agit de mettre en confiance le sujet pour le laisser s'exprimer librement.

La posture du chercheur, est caractérisée principalement par la réflexivité sur sa propre attitude, sur celle de son ou ses interlocuteurs, sur la théorie, la prise en compte des effets suscités par les instruments utilisés sur les données recueillies et sur les personnes qui les produisent. Elle consiste aussi dans la prise en compte de la situation et de la signification des protocoles et des dispositifs de recherche dans la culture dans laquelle se situent les pratiques de recherche. (Giami, 2009, P.33).

Enfin, la dernière dimension de l'attitude clinique est la compréhension empathique, il s'agit de comprendre de manière exacte le monde intérieur du sujet dans une sorte d'appréhension intuitive. (Herve et al, 1999).

Donc, le chercheur doit mettre le sujet à l'aise, de lui expliquer de quoi consiste sa recherche et son objet, ainsi lui promettre que ça restera confidentiel. Après avoir gagné la confiance de sujet, il faut faire attention à nos comportements et nos expressions et il doit respecter l'avis de son sujet, également de ne pas l'interrompre lors de discours. A cet égard, dans notre travail de recherche nous avons adopté une attitude de neutralité, nous n'avons pas

cherché à suggérer des réponses, nous étions plus dans l'écoute du discours et nous avons respecté les moments de silence et l'éthique de la recherche.

Synthèse

En conclusion de ce chapitre, et afin de bien mener une recherche scientifique, il est important de souligner que chaque travail scientifique est lié à une méthodologie, qui permet une bonne application des techniques d'investigations choisis, et de baser sur une méthodologie qui nous a servis à organiser notre recherche et cela à travers le respect de certaines règles et étapes dans le déroulement de notre travail.

La méthode qu'on aurait souhaité d'utilisée, nous permettra d'accéder à avoir le maximum d'informations grâce aux outils qu'on a déjà présentés. En effet, à travers ces deux outils de recherche retenu à savoir l'entretien de recherche et le test de FAT sur lesquelles nous voulons nous appuyer afin d'obtenir des résultats fiables, et dans le but de confirmer ou infirmer les hypothèses formulées au début de notre recherche.

Conclusion

Conclusion

Le trouble de spectre autistique est un handicap qui fascine de nos jours, il a suscité beaucoup d'interrogations et il devient de plus en plus un centre d'intérêt pour les spécialistes qui ont effectués beaucoup de travaux, dont découlent aujourd'hui des faits et des hypothèses et pour le large public.

Ce trouble autistique envahis le quotidien de l'enfant et celui de tous les membres de sa famille, notamment les parents, qui bouleversent le fonctionnement familial et qui crée des remaniements et des répercussions sur la dynamique de leurs familles.

De ce fait, notre travail de recherche sur « **la résilience et la dynamique familiale chez les parents ayant un enfant autiste** », on a tenté de démontrer que la naissance d'un enfant autiste bouleverse le fonctionnement familial des parents, on leurs provoquant des craintes, des conflits et des désaccords, quel que soit au niveau conjugal ou familial.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons déduit et consacrer une bonne partie théorique et donner de l'importance à ce trouble et fournir des efforts afin de former et de recueillir le maximum d'informations sur ce trouble méconnue ainsi que le fonctionnement de la dynamique familiale.

Par ailleurs, malheureusement les conditions actuelles et l'arrivée de la Pandémie de COVID 19 qui a affecté le monde entier, nous à empêcher à clôturer notre travail de recherche, ce qui ne nous a pas permet de continuer, et de s'arrêter uniquement dans l'étape de la pré-enquête dont on n'a pas pu ni confirmer ou infirmer nos hypothèses, ainsi que le manque de documentation qui traite les souffrances des familles ayant un enfant autiste, mais il reste à dire que cette recherche est une bonne expérience pour nous, elle nous a permis de découvrir le monde de l'enfant autiste et celle de sa famille, et on aurait aimé évaluer en profondeur la qualité de leur fonctionnement, leur dynamique ainsi que leur

capacité de résilience, et évaluer le processus fonctionnel et dysfonctionnel et les structures familiales de ces parents

Pour clôturer notre conclusion, nous espérons bien qu'il y'aura d'autres étudiants qui pourront confirmer ou infirmer nos hypothèses dans les bonnes conditions de travail, ainsi que d'approfondir sur d'autres aspects de ce sujet.

Références bibliographiques

1. Aktouf. O, (1987), « Méthodologie des Sciences Sociales, Approche quantitative des organisations, une introduction à la démarche classique et une critique, les presses universitaires ». Québec : Les presses Université de Montréal.
2. Albernhe. K, Albernhe. T, (2014) « Thérapie Familiale Systémique ». 4^{ème} édition. Paris : Masson.
3. Amy. G, Piolat. M, (1998). « Psychologie clinique et psychopathologie ». Paris : Bréal.
4. Anaut. M, (2005), « La résilience surmonter les traumatismes ».Paris, Dunod
5. Anaut. M, (2012), « Les thérapies familiales, Approches systémiques et psychanalytique ». Paris, Dunod.
6. Anaut. M, (2015), « Psychologie de la résilience ». Paris, Dunod.
7. Baghdadli. A, (2015), « Education thérapeutique des parents d'enfant avec troubles du spectre autistique ». Paris.
8. Benoit. J-C, Malarewicz, Colas. Y, Kamas. S, (1988), « Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques ». Paris : ESF.
9. Boudon. R, Besnard. P, Cherkaoui et al, (2005), « Dictionnaire de sociologie ». Paris, Dunod.
10. Boutefnouchet. M, (1982), « La famille algérienne : Evolution et caractéristiques récentes, 2^{ème} édition. Alger ; SNED.
11. Carole. S, Catherine. R.P, (2009), « Impact de l'autisme sur la vie des parents ». Santé mentale au Québec, vol, 34. N°1, pp 245-260.
12. Chahraoui. Kh, Bénony. H, (1999), « L'entretien clinique ». Paris, Dunod.
13. Chahraoui. Kh, Bénony. H, (2003), « Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique ». Paris, Dunod.
14. Chahraoui. Kh, Bénony. H, (2013), « L'entretien clinique ». Paris, Dunod.
15. Chossy. J-E, (2003), « Autisme comprendre et agir ». Paris, Dunod
16. Colin. A, (2015), « L'observation clinique et l'étude de cas ». Paris, Dunod

17. Cyrulnik. B, (1999), « La résilience, un espoir inattendu ». Ramorville Saint-ange.
18. Delage. M, Cyrulnik. B, (2010), « Famille et résilience ». Paris.
19. Delion. P, (2008), « Les bébés a risque autistique ». Toulouse, France : ERES, doi : 10.3917/cips.088.0683.
20. Dépelteau. F, (2000), « La démarche d'une recherche en sciences humaines ». Bruxelles, édition de Boeck.
21. Djo. L-C, (2014), « Fratrie germaine et appropriation de la famille recomposée par l'enfant de 6 à 13 ans : une approche biologique ». Hal Id : tel-00967352 [https:// tel.archives- ouvertes.fr/](https://tel.archives-ouvertes.fr/).
22. Documun-Nagy. C, (2006), « Ces loyautés qui nous libèrent ». Paris : John Libbey Eurotext.
23. Documun-Nagy. C, (2010), « Nouvelles définitions de la loyauté familiale ». Bruxelles.
24. Dolto.F, (1985), « La cause des enfants ». Paris, édition Robert Laffont.
25. Dortier. J-F, (2002), « Histoire et diversité des formes familiales ». France.
26. Epelbaum. C, (2003), « Handicap : prise en charge ou accompagnement ? Handicap management or supportive care ? ». Université Paris IX, Paris.
27. Giami. A, (2009), « La posture clinique dans la recherche en psychologie et sciences humaines ».
28. Graziani. P, Swendsen. J, (2005), « Le stress, émotions et stratégies d'adaptation ». édition, Armand colin, 2005.
29. Guenich. K, (2011), « Psychologie de l'enfant ». 3^{ème} édition, Paris, Dunod.
30. Herve. B et al, (1999), « L'entretien clinique ». Paris, édition Dunod.
31. Houzel. D, (2003), « Influence des facteurs familiaux sur la santé mentale des enfants et des adolescents, la psychiatrie de l'enfant ». vol.46 (2), 395-434, doi : 10.3917/ psye.462.0395.

32. Jean-Bart. C, (2005), « L'accompagnement de l'enfant autiste et la prise en compte des trajectoires et du réseau social des familles ». Le cnam, union nationale des associations de format et de recherche en interventions sociale.
33. Juhel. J-C, (2003), « La personne autiste et le syndrome d'asperger ». Canada, Presses de l'université Laval.
34. Laplanche. J, Pantalís. J, (1996), « Vocabulaire de psychanalyse ». Paris : PUF.
35. Lebaron. F, (2009), « La sociologie de A à Z ». Paris, Dunod.
36. Lelord. G, Savage. D, (1990), « L'autisme de l'enfant ». Paris, édition Masson.
37. Lighezzolo. J, Tychev. C, (2004), « La résilience (re) construire après le traumatisme ». Paris, Inpress.
38. Magali. D et al, (2008), « L'autisme, jour après jour, agir pour l'aider ». Paris.
39. Marquet. J, (2011), « Berne, la réflexion clinique et la théorie ». Paris, édition PTS PTA.
40. Michard. P, (2005), « La thérapie contextuelle de Boszormeny-Nagy ». 1^{ère} édition de Boeck supérieur, Paris.
41. Michard. P, Shams Ajili. G, (1996), « L'approche contextuelle ». édition Morisset-octobre 1996, avenue de corbéra, Paris.
42. Minuchin. S, (1979), « Famille en thérapie ». édition France. Amérique.
43. Nagy. I.B, (1991), « Glossaire de thérapie contextuelle ». Paris, Corinne.
44. Nagy. I.B, (2011), « Le mythe familial ». Italie : ESF, collection Art de psychothérapie.
45. Nathalie et al, (2009), « Livre blanc de l'autisme ». Paris
46. Ould Taleb. M, (2019), « L'autisme en Algérie ». El-Mouthakaf.
47. Pascale. L, (2007), « L'autisme et les troubles du développement psychologique ». 2^{ème} édition, Masson, Paris.

48. Pauzé. R, Petitpas. J, (2013), « Evaluation du fonctionnement familial : état des connaissances, thérapie familiale ». vol. 34(1), 11-37-doit : 10.3917/ tf. 131.0011.
49. Pedinielli. J, (2005), « L'observation clinique et l'étude de cas ». Armand Colin.
50. Philip. G, (2003), « Autisme et parentalité ». Paris, édition Dunod.
51. Poirier. N, Catherine. R.P, (2015), « Le trouble de spectre de l'autisme ». Québec. Pdf.
52. Ritvo. E.R, Laxer. G, (1983), « Autisme, la réalité refusé ». édition Simep, Paris.
53. Rogé. B, (2003), « Autisme, la réalité refusé ». Paris, Dunod.
54. Rogé. B, (2004), « Le syndrome d'asperger et l'autisme de de haut niveau ». France.
55. Roksam. I, Mikolajczak. M, (2015), « Stress et défis de la parentalité ». Paris.
56. Sahraoui. I, Amrane. L, (2015), « Autisme et dynamique familiale ». revue des sciences humaines et sociales, N°21. https://revues.univ-ouargla.dz/index.php/numero_21ssh/2814. Autism-et-dynamique-familiale.dr-I-bacha-nee-sahraoui-université-abderrhmane-mira-bejaia-Algerie-mr-I-Amrane-université-abderrhmane-mira-de-bejaia-Algérie.
57. Sillamy. N, (2003), « Dictionnaire de psychologie ». Québec, édition Larousse.
58. Tardif. C, Gepner. B, (2003), « L'autisme ». Paris, Nathan.
59. Useulli. C, (2008), « Une lecture systémique pour la prise en charge de l'autisme : l'impact du diagnostic sur la relation parent-enfant. (Mention du grade, université de lausanne). [https://serval.Unil.Ch/resource/serval : BIB_S.27723.P001/REF](https://serval.Unil.Ch/resource/serval:BIB_S.27723.P001/REF). Pdf.

60. Vallon. S, (2006), « Qu'est-ce qu'une famille : fonctions et représentation familiales ». *VST-vie sociale et traitement*, N° 89 (1), 15-161, doi : 10.3917/ VST. 089.0154.

Sites Internet

1. [Cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2006-1-page-154.htm?contenu=auteur](http:// Cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2006-1-page-154.htm?contenu=auteur)
2. [www.fr.m.wikipedia.org](http:// www.fr.m.wikipedia.org)
3. [www.futura-sciences.com](http:// www.futura-sciences.com)

Annexes

Annexe 1 : Le guide d'entretien

Les informations personnelles

1. Quel âge avez-vous ?
2. Quel est votre niveau d'instruction ?
3. Exercez-vous un travail ? si oui, le quel ?
4. Combien d'enfants avez-vous ?

Axe I : les renseignements sur l'enfant autiste

1. Quel âge a votre enfant ?
2. Quel est son classement dans sa fratrie ?
3. Est-il un enfant désiré ou pas ?
4. A-t-il eu des complications lors de sa naissance ?
5. Depuis combien de temps est-t-il diagnostiqué ?
6. Quel âge avait-il lors du diagnostic ?
7. Avez-vous d'autres enfants qui sont atteints du même trouble ?
8. Est-ce que votre enfant est scolarisé, ou placé dans un centre spécialisé ? comment sont-t-ils ses résultats ?
9. Comment est son comportement ?
10. Depuis quand, et comment est-t-il pris en charge ?

Axe II : le vécu psychologique des parents ayant un enfant autiste

1. Quelle a été votre réaction au moment de l'annonce du diagnostic de votre enfant ?
2. Comment avez-vous acceptez cette annonce ?

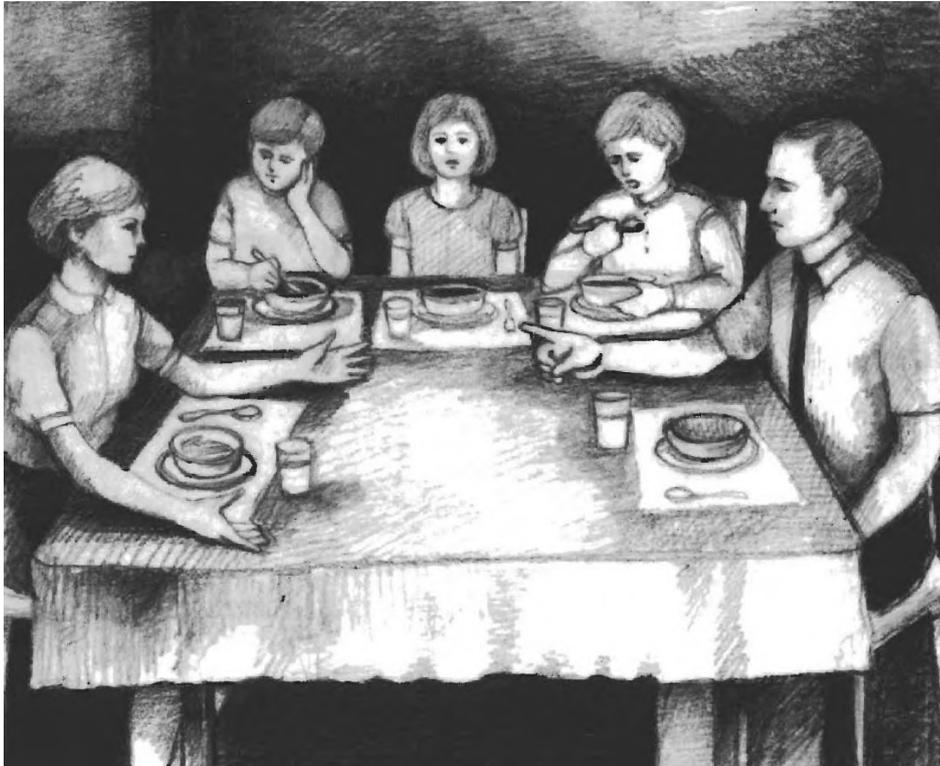
3. Y'en a t'-il un changement (progrès) ?
4. Face à la problématique de votre enfant, quel soutien recevez-vous ?
5. Comment vous vivez la pathologie de votre enfant ?
6. Quelles sont vos difficultés quotidiennes ?
7. Ressentez-vous une gêne ou une émotion à chaque fois vous parlez ou quelqu'un parle de l'autisme ?
8. Parlez-nous sur vos rêves ? sont liés généralement à quel sujet ?
9. Pensez-vous que vos tâches quotidiennes sont changées ?
10. Pouvez-vous nous dire comment et par qui vous étiez orienté vers
11. l'association de prise en charge des enfants autistes ?

Axe III : fonctionnement de la dynamique familiale et de la résilience chez les parents ayant un enfant autiste

1. Avez-vous parfois l'impression que vous n'avez pas assez de temps pour vous-même, ou pour les autres enfants, car vous occupez souvent de votre enfant autiste ?
2. Avez-vous l'impression que votre vie sociale ou votre santé s'est dégradé (déprimé ; anxiété ; trouble de sommeil), parce que vous prenez soin de votre enfant autiste ? Y-a-t-il des conflits entre vous ? comment se manifestent-ils ?
3. Parlez-nous sur votre vie conjugale avant le diagnostic de votre enfant ?
4. La problématique de votre enfant influence -t-elle sur votre relation avec votre conjoint après l'annonce de diagnostique ?
5. Y-a-t-il des conflits entre vous ? comment se manifestent-ils ?

6. Avez-vous l'impression que votre enfant perturbe votre relation avec les autres membres de la famille ? ou bien il a renforcé vos liens ?
7. Pouvez-vous nous décrire ses attitudes et sa relation avec ses frères ?
8. Vos relations avec votre entourage a-t-il changé avant et après le diagnostic ?
9. Avez-vous ressentie tant de tension et/ou d'occupation par vos parents quand vous étiez enfant ?
10. Est-ce que vos parents étaient toujours disponibles à vos côtés et qu'ils ont pris soin de vous pendant les bons et les difficiles moments ?
11. Avez-vous vécu une vie stable et tranquille avec votre famille
12. La vie conjugale de vos parents était-elle bonne ? et est-ce que l'un était toujours disponible pour l'autre ?
13. Pensez-vous que leurs liens conjugaux actuels sont plus renforcés qu'avant ?

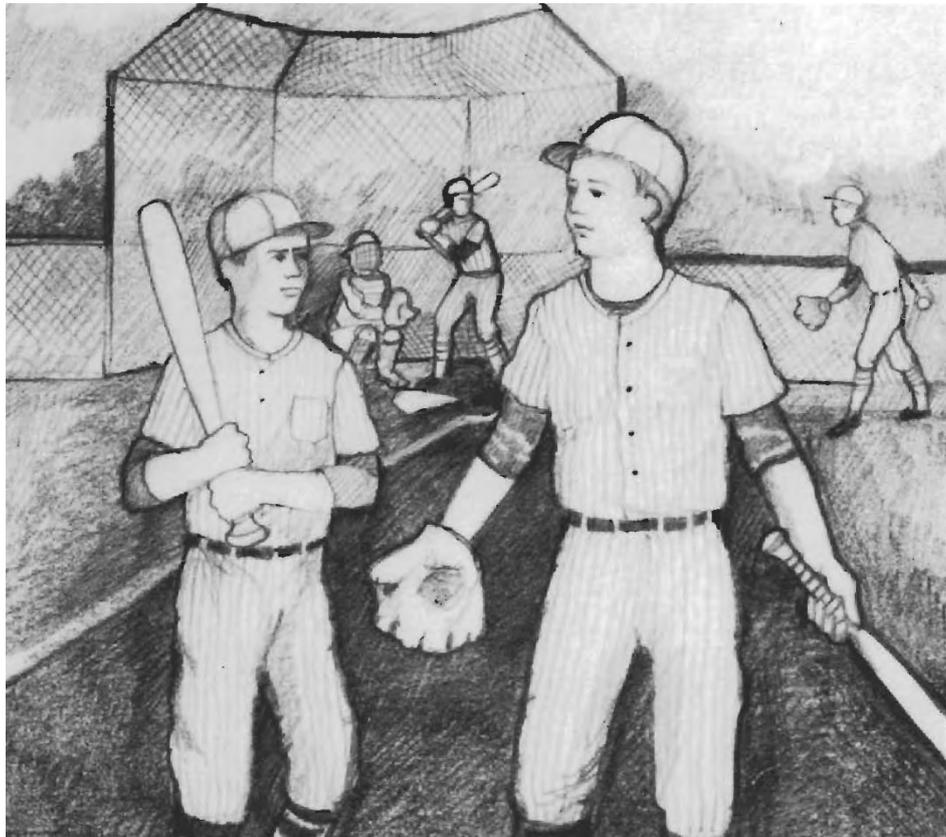
Annexe 2 : Planches FAT (Family Apperception Test)

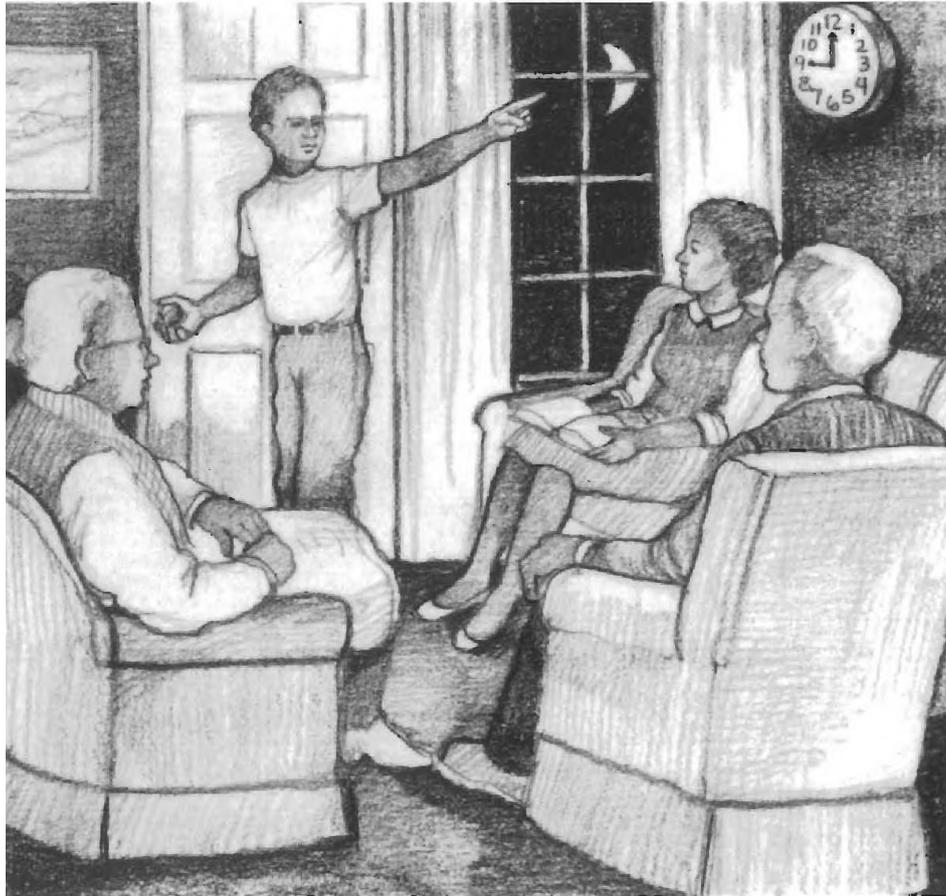


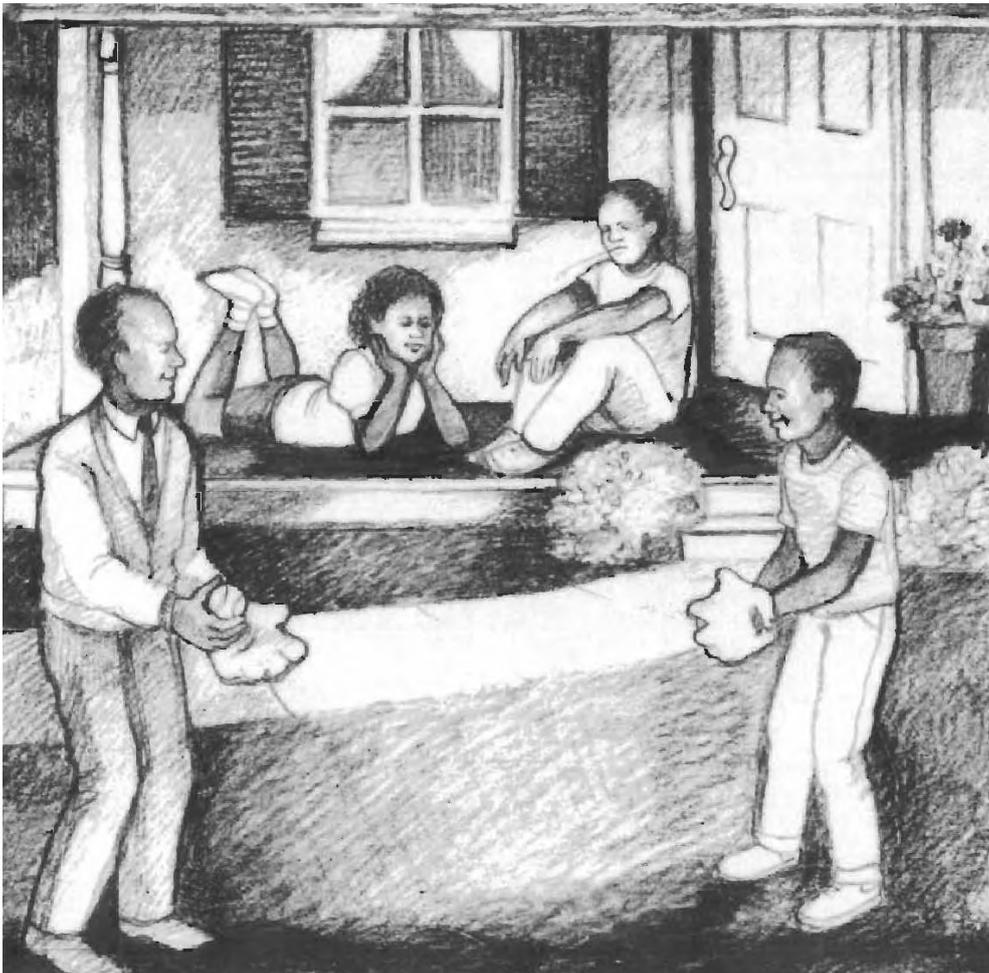


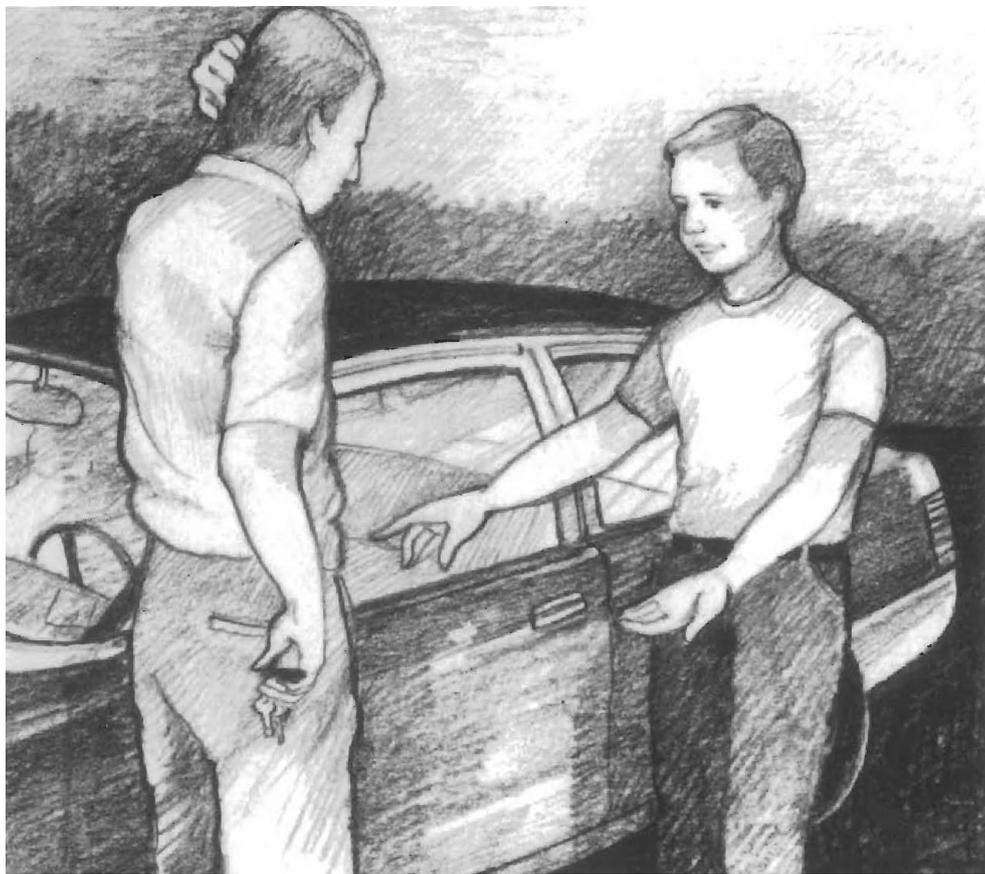


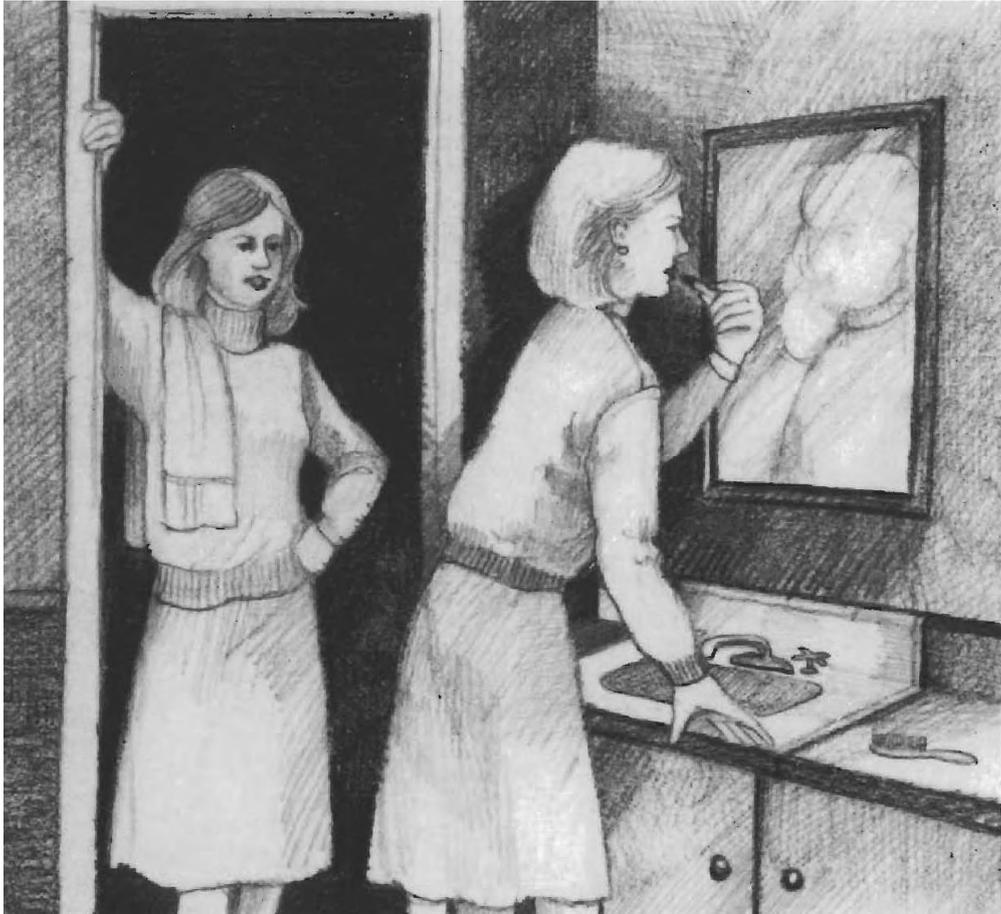


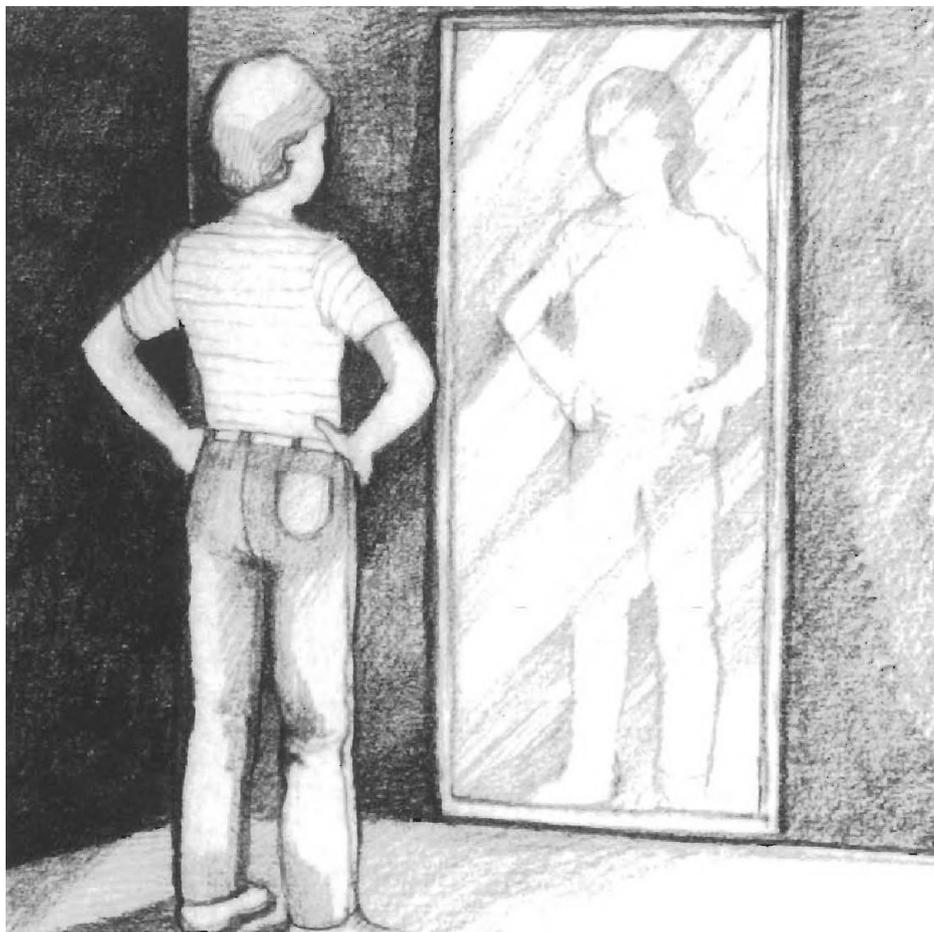














La résilience et la dynamique familiale chez les parents ayant un enfant autiste

Résumé

L'objectif de ce travail est de décrire et d'explorer la nature de la dynamique familiale chez les parents ayant un enfant autiste, et de s'interroger sur ce qui se passe dans ces familles, leur qualité de vie ainsi que leur capacité de résilience, notamment dans leur fonctionnement quand elles possèdent un enfant autiste.

Cette étude porte sur « la résilience et la dynamique familiale chez les parents ayant un enfant autiste ».

Nous avons tenté dans un premier temps de définir l'autisme ainsi que les différentes prises en charge de celui-ci, en s'intéressant particulièrement sur les remaniements et les difficultés qu'elles possèdent ces familles, ainsi l'étude des processus de résilience trouvés-crées par ces parents pour faire face au différentes situations délétères.

Mots clés : la résilience ; la dynamique familiale ; fonctionnelle ; dysfonctionnelles ; autisme.

Abstract

The objective of this work is to describe and explore the nature of family dynamics in parents with an autistic child, and to question what happens in these families, their quality of life is well as their ability resilience, especially in their functioning when they have an autistic child.

This study focuses on « resilience and family dynamics in parents with an autistic child ».

We first tried to define autism as well as the different ways of dealing with it, with particular interest in the reorganization and difficulties that these families have, as well as the study of resilience processes. Found – created by these parents to deal with different deleterious situations.

Keywords: resilience; family dynamics ; functional ; dysfunctional ; autism.