



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane Mira de Bejaia

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département des Sciences Sociales

**Mémoire de fin de cycle en vue d'obtention du diplôme de master en
psychologie**

Option : Psychologie clinique

Thème :

Résilience chez parents ayant un enfant autiste

Etude réalisé au sein de l'association de prise en charge d'enfant autiste
A.D.E.A à Bejaia

Présenté par :

OUKACI Yasmina

Encadré par :

Mr. GHOUAS Yacine

Année universitaire:

2019/2020

Remerciements :

- ❖ *Nous tenons tout d'abord à remercier dieu le tout puissant de nous avoir accordé santé et volonté pour accomplir ce travail.*
- ❖ *En exprimant notre sincère gratitude pour notre chère prof et encadreur Mr GHOUAS Yacine qui à contribuer à la réalisation de se travaille , pour m'avoir honorer d'avoir d'avoir accepter d'encadrer ce travail et pour : ses conseils , et pour sa grande patience tout au long de notre travail*
- ❖ *Nous tenons aussi à remercier nos enseignants et toute personne qui à contribuer ou aider à la réalisation de se travail*
- ❖ *Nous présentant aussi nos sincères remerciement à toute le personnelle de l'association de prise en charge d'enfant autiste de la wilaya de Bejaia A.D.E.A , notamment le président de cet association pour ses précieuses conseils .*

Dédicaces :

Je dédie se modeste travaille à :

- *Mes très chères parents qui m'ont aider tout au long de mes études, auxquelles j'exprime tout mon amour et tendresse que je ne pourrais jamais rendre et je prie dieux de les récompensée de toutes l'amour donnée*
- *Mes sœurs pour leurs soutient morale ainsi que mes très chères neveux et nièces*
- *Ma grande famille : mes cousins, mes cousines surtout monsieur Kamel et moustpha pour leurs soutient tout au long de se travaille.*
- *Ma très chère cousine Amira pour son soutien morale .*
- *Mes amies : Yasmine , Wissam , ma très chère fatma et tous les étudiants master 2 psychologie clinique .*

TABLE DES MATIERES :

Introduction général_____	-01
Choix et intérêt du thème_____	03
Problématique et hypothèses_____	05
Opérationnalisation des concepts_____ - _____	11

La partie théorique;

Chapitre I : Autisme:

Préambule - _____	15
1. Historique_____	15
2. Définition_____ - _____	17
2. classification des troubles autistique	19
2.1. Selon la CIM-10-----	19
2.2. Selon le DSM-IV-----	20
3. Les signes cliniques de l'autisme -----	23
3.1. Anomalie qualitatives des interactions sociales -----	23
3 2. Anomalie de la communication_____	24
3.3. Interet restreint, comportement répétitifs -----	25
3.4. Autres signes-_____	26
4. Diagnostic et évaluation	28
4.1. Evaluation Clinique -----	28
4.2. Evaluation psychologique-----	28
4.3. Evaluation du langage -----	29

5. Les prises en charges-	-30
5.1. Prises en charges médicamenteuses	30
5.2. Prises en charges éducatives -----	31
⌚ .Programme TEACCH _____	31
⌚ Programme ABA -----	34
Conclusion- _____	36

Chapitre II :La résilience

Préambule - _____	38
1. Historique et définition- _____	38
1.1. Historique de résilience _____	38
1.2. Définition de la résilience -----	40
2. La résilience selon différents approches -----	41
2.1. Approche psycho dynamique de la résilience -----	41
2.2. Approche transversale de la résilience -----	42
3. Facteurs de résilience et profil résilient -----	44
4. Critère de la résilience parentale _____	46
5. Les déterminants de la résilience parentale -----	49
5.1 Types de systèmes familiaux _____	49
5.2. Processus d'adaptation des parents face à l'handicape de leurs enfant --	50
Conclusion- _____	53

Chapitre III : Méthodologie de la recherche :

Préambule -----	56
-----------------	----

1.La pré-enquête	56
2 .Description du lieux de la recherche	57
3.La méthode de la recherche	58
4.La Population d'étude	58
5.Outils de la recherche	58
5.1. L'entretien clinique	59
5.2. L'inventaire de résilience	61
6.Déroulement de la recherche	62
7.Difficulté de la recherche	63
Conclusion générale	65
Bibliographie	67
Annexes	

Résumé:

Notre recherche que nous avons abordé qui s'intitule de " résilience chez les parents ayant un enfant autiste " a pour objectif de savoir si le processus de résilience se développe-t-il chez les parents ayant un enfant autiste, aussi si ils manifestent un comportement positive et un comportement d'adaptation face a cet handicap qui est l'autisme qui est considéré comme une lourde pathologie.

Ainsi que notre but de cet recherche, c'est de savoir si ses parents arrivent à surmonter ce choc et si ils développent des processus de résilience dont en cite : l'optimisme, l'altruisme, l'intelligence émotionnelle et la spiritualité.

Afin de réaliser notre recherche, nous avons opté pour un entretien semi-directif, ainsi qu'un guide d'entretien spécialement élaborer pour cerner les aspects de la résilience parentale , ainsi que l'échelle de l'inventaire de résilience de (Jean-pierre , Pourtois, Brunos Humbeek et Huguette Dasmét). (2012) .

En raison de circonstance sanitaire actuelle du pays , et de la propagation de la pandémie du COVID-19, nous n'avons pas pu réunir les données nécessaire pour la réalisation de notre stage pratique et de notre recherche.

Mots clé : Autisme , résilience , processus de résilience , parents, Parentalité.

Summary :

Our research entitled “ resilience in parents with autistic children “ has as main objective to know the process of resilience develops in parents with autistic children , also if they exhibit positive behavior and adaptive behavior to face this handicap which is considered as a serious pathology .

As well as our goal of this research is to know if this parents manage to overcome the shock and if they develop presses of resilience of which some : optimism, Altruism, Emotional intelligence and spirituality.

In order to carry out this research, we opted for a semi-directive clinical interview and the scale of resilience inventory of (Jean-pierre , Pourtois, Brunos Humbeek et Huguette Dasmét). (2012) . As well as an interview guide specially developed to identify aspects of parents resilience .

Due to the health circumstance of the country, following the spread of the COVID-19 pandemic; we were innable to collecte the nessecary data to carry out our research.

Key words : Autism, Resilience, Resilience process, Parents, Parenthood.

Abréviation	Appellation complète
ABA	Analyse Appliquée au Comportement.
CIM-10	Classification International des Maladies.
CPP	Centre Psychopédagogique.
OMS	Organisation Internationale de La Santé.
TSA	Trouble du Spectre Autistique.
TED	Trouble Envahissant du Développement.
TEACCH	Treatment and Education of autistic and related communication handicapped children ou traitement et Education des Enfants Autiste et souffrant d'handicape Apparenté et de la Communication

Introduction

Introduction Générale :

Bien souvent, les troubles du comportement et éventuellement les psychopathologie apparaissent comme l'un des résultantes des histoires d'enfances blessées , des relations familiales carencées ou des confrontation à des événements de vie traumatiques .

Face à ses événements de vie , l'homme est toujours en position d'agir et de réagir soit par l'adaptation ou l'inadaptation vis-à-vis son entourage .

Cependant, l'étude de ses réactions des personnes confronté à l'adversité montre la diversité des réponses adaptative , ainsi que la singularité comportementale , chaque personne à sa façons de réagir au événements , ya ceux qui font preuve de force et de souplesse qui sont qualifié de résilient , ainsi y'a ceux qui ne peuvent pas manipuler l'événement sont qualifié de non résilient .

La résilience n'est pas un simple comportement mais c'est un processus dynamique qui implique la réorganisation psychique après un traumatisme et il permet un développement normale .

Ainsi que , la naissance d'un enfant différent pourrait briser tout chez un couple , toute leur représentation et leur joie et la voire se transformer à un cauchemar , ses parents vont se trouver dans une situation qui les dépassent .

« La résilience suppose un développement spécifique, après la déchirure traumatique. Elle ne se situe pas dans le déni de ce qui s'est passé. Ainsi, après les épreuves, les sujets blessés vont reprendre un autre type de développement, il s'agit d'un néodéveloppement qui se met en place en intégrant l'expérience traumatique» Cyrulnik, Borris, (2004). ce qui veut dire que ses personne ayant subit une affraction vont développer un autre fonctionnement et ils vont intégrer l'expérience

qu'ils ont vécu .

Ainsi que la prise en charge d'un enfant autiste est considéré comme une grande responsabilité pour ses parents , c'est à eux de l'accompagner tout au long de ses activités ainsi que ses spécifique . La prise en charge d'un enfant autiste en Algérie est un réel défi vu le manque des établissements spécialiser, le personnel qualifié et l'absence totale de l'état , c'est des facteurs qui contribue à une vie défavorable pour ses parents d'un enfant autiste .

L'objectif de notre recherche c'est de montrer et de décrire se processus de résilience chez ses parents ayant un enfant autiste et de savoir comment ses parents arrivent à surmonter cette situation intense , ainsi que le développement du processus de résilience chez ses parents en Algérie .

Finalement pour la rédaction et la mise en texte de se travaille on la repartie comme suite :

La première partie consacrée au cadre théorique, qui se divise en deux chapitre : le premier chapitre aborde le thème de l'autisme , le second expose le thème de la résilience et ses ressources .

La partie pratique est organisée en un seul chapitre qui est la méthodologie de la recherche, inclus la description des méthodes et les techniques utilisées dans cette recherche .

➤ **Choix et intérêt du thème :**

Nous avons choisi ce thème « Résilience chez les parents ayant un enfant autiste » car c'est un thème d'actualité et qui se situe d'important, ainsi que c'est un sujet qui manque d'étude en Algérie se travaille vas venir apporter un plus et quelque chose de nouveau.

Le choix de ce thème à pour objectif de décrire, et de mettre l'accent sur ses parents ayant un enfant autiste et est-ce que ils ont pu développer un comportement résilient à l'égard de cette maladie de leur enfant et ses répercussions sur leur vie quotidienne

Problématique :

Un évènement ou encore une tragédie qui peut être un virage ou peut bouleverser toute une vie d'un être humain , Traumatique qu'elle soit dans ses différents degrés et différentes façon , violé , agression , perte d'un proche , ou même comme certains chercheurs l'on classer comme traumatique « la naissance d'un enfant » .

Comment-elle une naissance d'un enfant peut être aussi traumatique ? En effet, l'accouchement lui-même est considéré comme un facteur traumatisant ainsi que la période de grossesse qui représente un événement majeur dans la vie d'une femme et de l'homme et ainsi que du couple. Pour cette femme la grossesse est une étape de maturation et qui aboutit à un renforcement de sa féminité ainsi que cet étape comble en quelque sorte les représentations de se couple de leur enfant, sa beauté, sa forme , son intelligence , c'est un enfant modèle perçu par ses parents et qui vient satisfaire leur désir narcissique. (*Belkacem ourida 2013*).

Un grand niveau d'angoisse et de stress que les parents vivent notamment les parents ayant un enfant avec une anomalie, peu importe cette handicap que se soit trisomique , handicap moteur , ou encore autiste présentant un retard mentale .

Un diagnostic de l'autisme peut être lourd pour ses parents qui vient accompagner avec beaucoup de questionnement concernant tout d'abord comment comprendre un enfant différent et s'inquiéter pour son avenir. Ses parents vont vivre un haut niveau de choc qui leur oblige à rentrer dans une phase de deuil ou ils ont perdu une image d'un enfant idéale et faire face à une réalité qui est totalement différente à leur expectation.

De même un définition de l'autisme seras nécessaire , L'autisme est considéré comme un trouble envahissant du développement par opposition au

autres troubles du développement , les déficients intellectuels sont des troubles du développement sont le sphère cognitif qui est touchée . Dans les troubles spécifiques du développement c'est selon le cas , le langage (dysphasie du développement , retard du langage ou de la parole) , la motricité (dyspraxie du développement) ou les apprentissages scolaire (dyslexie , dysorthographe dyscalculie) qui peuvent être affecté est regroupés sous nom de « Trouble envahissant du développement ».

L'autisme est reconnu au niveau international comme une pathologie d'origine génétique, neurologique, biologique ou biochimique qui constitue un handicap multifactoriel, pour eux notre environnement est étrange et trouvent beaucoup de difficulté d'adaptation à la vie sociale est scolaire .

Beaucoup de chercheurs se sont intéresser à se domaine de l'autisme tell que Le Dr Bernard Rimland a été le premier à avoir introduit l'hypothèse de l'origine organique, pour lui l'autisme n'est pas unique c'est un syndrome dont les causes sont multiples. Dans son étude il s'est intéressé à l'aspect anatomique, électro-physiologique et biochimique des symptômes autistiques comme il fut le premier à avoir fait des critères de diagnostic (Rutter M. Schopler E.1991.P. 20)

Ainsi que d'autres chercheurs tell que Hermelin et O'connor se sont intéressés aux facteurs cognitifs, ont montrant que les performances dans le domaine du rappel d'une information verbale ne sont améliorées chez les autistes par l'organisation des mots.

Ainsi que d'autres chercheurs qui ont soutenu la théorie psychanalytique telle que Battelheim qui voyait que l'autisme est une conséquence d'une déficience entre la relation mère et enfant (Rodier P, 2000. P.88).

Après que ce diagnostic d'autisme est posé, un moment difficile où ses parents sont confrontés à une situation où ils sont obligés de prendre des sacrifices et doubler leurs efforts pour venir en aide pour leur enfant ou une vague de question sur son avenir, sa scolarité, est ce que il va guérir un jour ? est ce que en pourras communiquer avec lui un jour ? mais c'est des question sans réponse, même si d'autre part une tel situation provoque chez ses parents des souffrances qui peuvent infecter la relation du couple et toute la famille en temp que entité ainsi qu'un énorme sentiment de culpabilité, ils commencent à avoir des sentiment que c'est de leurs faute que leur enfant est dans cette état .

Mais n'en demeure pas moins que certain personnes semblent développer une certaine créativité et résistance, un vrais combat de résistance et de résilience, une forte envie d'aider leur enfant pour arriver à un potentiel que personne croyait y arriver

Selon Delage (2013) la famille est considéré comme un « système » sur le modèle de ce que on observe en biologie comme un ensemble d'éléments hétérogène, combinée entre eux et concourant à une même filiation, ses règles de communication et ses mécanismes régulateur obéissent à des principes cybernétiques d'autocontrôle pour maintenir l'ensemble dans un état d'équilibre (Délage, M, 2013, p8)

En psychologie influencée d'emblée par les études sociologiques qui ont défini la famille comme «un groupe de personnalité en interaction formant une entité dotée d'une existence propre du fait même de l'interaction entre ses membres ». Marie Anaut, (2008).

Cependant quand cette enveloppe familiale subit une fraction et ses parents seront confrontés à cette situation gravement douloureuse. Ses derniers doivent

manifester une certaine force pour se reprendre en main et se relever et se construire est c'est ce qu'on appelé la « résilience ». Pour qu'il y'es résilience il faut qu'il est une confrontation à un traumatisme ou un contexte traumatogène

Selon Marie Anaut : « la résilience désigne l'art de s'adapter aux situations adverses, (conditions biologiques et socio-psychologiques), en développant des capacités qui mettent en jeu des ressources internes (intrapsychiques) et externes (liens avec l'environnement social et affectif).

Pour les cognitivo-comportementaliste, affirme que la personne font essentiellement recours au stratégie de coping qui lui permet de faire face au différents situations de stress .

D'autre part , les analystes considéré et affirment que ses personnes ont utiliser des panoplie et de différents mécanisme de déffense mature et adéquat

Les premiers travaux qui ont été effectués sur ce concept viennent des pays anglo-saxons et nord –Américains. Parmi eux, les travaux de Emmy Werner en (1989,1993) psychologue Américaine reconnue comme ayant joué un rôle majeur dans l'approche de la résilience à travers la recherche longitudinale mené auprès des enfants de Kauai (archipel d'Hawaï.) L'étude montre le devenir d'une cohorte multi sociale de 545 enfants nés en 1955 vivant dans des situations défavorables, d'insécurité et de pauvreté .Elle a constaté que certains de ses enfants malgré le risque accru au quotidien développerait des capacités d'adaptation sociale remarquable et la capacité à rebondir. Marie Anaut, (2008).

Elle est de plus en plus située dans une perspective dynamique comme un ensemble de processus psychiques permettant de surmonter selon certains auteurs les «stress». Et Selon d'autres les traumatismes psychiques .De ce fait, la question

de la résilience est de plus en plus fréquemment liée à la clinique des traumatismes psychiques.

Ainsi que d'autres travaux dont on peut citer les travaux de Manciaux (2001) qui consiste principalement à désigner la qualité d'une personne qui ne se décourage pas et qui ne se laisse pas abattre . Ainsi que HILL dans son étude sur " événement de vie " affirme que le fait l'événement soit externe une famille peut favoriser la cohésion familiale , et tout à fait le contraire si l'événement est interne donnant exemple de (violence) pourra notamment favoriser la déviation de la famille .

D'après les dernière estimation du ministère de la santé en Algérie, en compte pas moins de 80.000 enfants autiste dont l'évolution de la maladie est d'un cas sur 150 naissances âgé entre 17 mois jusqu'à 17 ans .

En algérie , cette pathologie qui est mal connue et mal interprétée dans le milieu médical , et aussi voire mal diagnostiquée en raison de la méconnaissance des outils de diagnostic des praticiens. Surtout avec le manque des structures spécialisées qui disposent d'un nombre limité d'établissements qui s'occupent des enfants autistes, ainsi que peu d'hôpitaux qui accueillent ses enfants qui souffrent de troubles autistiques et ils sont généralement orientés vers des centres de CCP , par conséquent le manque de services d'accueil ses enfants se trouvent assimilés à des déficients intellectuels sans bénéficier d'une prise en charge .

Dans notre présente étude , on va essayer de montrer plus clairement comment la présence d'un enfant autiste pourrait affecter la vie des parents, ainsi que montrer qu'elles sont les attitudes adoptées par eux pour surmonter cet événement traumatisant ? Est-ce que ses parents ayant un enfant autiste développent-ils un processus de résilience .?

Les hypothèses :

Hypothèse Générale :

- Les parents qui ont un enfant autiste, développent t'ils un processus de résilience . ?

Les Hypothèses Secondaire :

- Le premier diagnostic d'un enfant autiste est un moment difficile perçus par ses parents
- Les parents ayant un enfant autiste développent t'ils un attitude d'altruisme .
- Les parents ayant un enfant autiste font t'ils preuve d'optimisme

Définition et opérationnalisation des concepts :

1. Définition de l'autisme : c'est le repliement excessif sur soi, entraînant un détachement de la réalité et une intensification de la vie imaginative. Cette attitude se retrouve à un degré prononcé chez les schizophrènes. (Sillamy N, 2003, P 31)

Opérationnalisation du concept :

Un enfant atteint d'autisme est un enfant qui présente des incapacités qui limitent ses performances et ceci se s'observe dans son :

Hyperactivité

Difficulté de communication

Stéréotypé

Repli sur soi

Il est indifférent au autres

Il apprécie les jeux répétitifs

Il résiste aux changements et ses habitudes

2-Définition des parents :

Le terme parent est relatif à la famille et désigne ceux qui élèvent et protègent l'enfant, père et mère, ou la parentèle mais aussi les membres d'une même famille : parenté. (*fr.wikipedia.org/wiki/Parent, famille*)

Opérationnalisation du concept :

Parent signifie famille, signifie père et mère , signifie le mur qui protégé l'enfant et être la pour assumer leurs besoins et assurer une bonne prise en charge

Définition de la résilience :

la résilience c'est la reprise d'un type de développement après un fracas, une agonie traumatique psychique, et dans des conditions adverses avec, dans la mémoire, la représentation de la blessure en tant que nouvel organisateur du moi» (Cyrulnik, 2008).

Opérationnalisation du concept :

Résilience représente une réorganisation après un fracas , de s'adapter à une situation en développant des capacité interne qui vient nous aider à surmonter cet situation traumato gêne .

Partie
Théorique

Chapitre I

L'autisme

Préambule:

L'autisme appartient à la catégorie des troubles envahissant du développement. c'est un trouble précoce, globale et sévère du développement de l'enfant. on parle actuellement du " trouble du spectre autistique " pour illustrer cette variabilité clinique.

1. Historique et définition de l'autisme:

1.1. Historique :

En 1934 Kanner utilise le terme d'autisme pour décrire le repli sur " soi-même" . Ce psychiatre américain décrit une cohorte de 11 patients . qui a abouti à cette définition. La conception de ce trouble a beaucoup évolué depuis.

Il est important de resituer le contexte dans laquelle le terme " d'autisme " à été choisi par Kanner ; puisque des confusions ont pu naître du choix de ces appellations ; ainsi le terme d'autisme ; est choisi par Kanner (1943) pour désigner chez un certain nombre de ces enfants rencontrés depuis 1938 ; cet état connu jusqu'alors ; ce terme lui permettait alors de distinguer ce tableau clinique différent des entités cliniques préexistantes (telle l'arriération mentale pour laquelle ces enfants lui étaient adressés) mais ,par le choix de ses termes déjà utilisés par Bleuler ,l'autisme a pu être confondu (et peut être encore) avec la schizophrénie or ,si l'identification des deux entités ne repose que sur des critères comportementaux et des descriptions cliniques parfois proches ,elles restent des pathologies distinctes . tandis que l'autisme apparaît très tôt ,dans la première enfance ; la schizophrénie est plus caractéristique de l'adolescence et de l'adulte de plus si la schizophrénie est composée de symptômes "négatifs" qui pourraient présenter des similitudes avec certains signes d'autismes (désintérêt , indifférence sociale) , elle présente en

revanche des symptômes " positif" qui se manifestent en principe dans l'autisme (délire , et hallucinations sur fond d'imagination fertiles) , en fin même si les syndromes autistiques et schizophréniques et peut être dans le mode de transmission , ces des affections ne sont pas superposable , ainsi bien qu'il soit parfois délicat d'isoler des signes très intriqué dans le développement(notamment à l'adolescence) et d'individualiser les tableau cliniques , il est important malgré tout de ne pas mélanger des affections contraste notamment pour les traitements , les prises en charges et la validités des recherches (Tardif C et Gepner . B , 2003 , p09) .

1.2. Définition de l'autisme :

L'autisme et les troubles qui lui sont apparentées constituent un ensemble de syndromes regroupés dans la classification internationale des maladies (CIM-10) sous les termes de " troubles envahissant du développement " (TED) les syndromes sont variés en ce qui concerne mes manifestations cliniques ; les déficiences associées , l'âge du début , les 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 " (*C . Philip. 2008, p 17.18*).

Selon l'auteur l'autisme est défini comme étant un trouble sévère du développement de l'enfant qui apparaît chez l'enfant à un âge précoce qui est liée à des caractéristiques différentes qui le qualifie des autres troubles , ce trouble est classé comme lourd et qui à des différentes conséquences chez un couple .

Selon L'OMS et la CIM-10 en 1992 : « trouble envahissant de développement, caractérisé par un développement qui se manifeste avant l'âge de 03ans avec une perturbation caractéristique ou un dysfonctionnement dans chacun des trois domaines suivants : interaction social, communication, comportement ». (*Pascal. L, et al, 2007, P 04*)

2. Classification des troubles autistiques :

2.1. Selon la CIM-10 :

2.1.1. autisme atypique :

Ce trouble se distingue de l'autisme infantile par l'âge d'apparition de ce trouble, et par la non correspondance des critères de diagnostic. Ce diagnostic se justifie par l'apparition de ce trouble au-delà de trois ans et que les anomalies sont discrètes, et aussi par l'absence d'un signe normalement atteint dans l'autisme (*Rogé B , 2003 , p 14)*

2.1.2. Syndrome de Rett :

Trouble qui touche principalement les filles, il se caractérise par une période de développement normale ou presque normale, suivie d'une perte total ou partielle du langage et de la motricité fonctionnelle des mains, lié à un blocage de la boîte crânienne. le début de se trouble se situe entre 07 et 24 mois et se caractérise par une perte de la motricité et une apparition des mouvements stéréotypés des mains. (*Rogé B, 2003, P.15*)

2.1.3. Syndrome d'asperger :

Trouble du développement dans lequel se retrouvent des anomalies qualitatives des interactions sociales réciproques qui ressemblent à celles qui sont observées dans l'autisme. Les intérêts restreints et les activités répétitives, stéréotypées sont également présents. Par contre, le développement cognitif et le développement du langage sont de bonne qualité. Une maladresse motrice est souvent associée. (*Rogé B, 2003, P15-16*) .

2.1.4. Autisme infantile :

Trouble envahissant du développement , dans lequel un développement anormale ou déficient est observé avant l'âge de trois ans . les perturbation du fonctionnement se manifestent dans les domaines des interactions sociales , de la communication et du comportement répétitif et des intérêt restreints.

L'autisme peut s'accompagner de niveaux intellectuel très variable, mais il existe un retard intellectuel significatif dans environ 75 des cas.

2.2. Selon DSM 5 :

2.2.1. Autisme atypique :

l'autisme atypique est compris dans le trouble envahissant de développement non spécifié, se caractérise par des Anomalies sévères et envahissantes dans le développement de l'interaction sociale réciproque, et des intérêts et des activités, mais sans que les critères soient réunis pour porter un diagnostic de trouble envahissant spécifique, de schizophrénie, de trouble de la personnalité schizophréniforme, ou de trouble évitant de la personnalité (par exemple, sujet qui présente les troubles de l'autisme mais avec une apparition des signes au-delà de trois ans, ou sujet dont la symptomatologie est atypique, ou dont la symptomatologie est juste sous le seuil de significativité. (*Rogé B, 2003, P. 20*))

2.2.2. Syndrome de rett :

Ce syndrome se caractérise par un développement prénatal et périnatal apparemment normal et un développement psychomoteur apparemment normal dans les cinq premiers mois en suite une apparition d'un ensembles de signes pathologiques qui se caractérise par un ralentissement de la croissance de la tête entre l'âge de 5 et 48 mois et une perte des habiletés manuelles fonctionnelles antérieurement acquises entre 5 et 30 mois. Cette perte est accompagnée de

l'apparition de mouvements stéréotypés des mains et une perte précoce de l'engagement social, bien que l'interaction sociale se développe souvent par la suite. Plus un développement sévèrement anormal du langage réceptif, expressif et un retard psychomoteur sévère. (Rogé B, 2003, P. 17-18).

2.2.3. syndrome d'asperger :

Ce syndrome se caractérise par des anomalies qualitatives de l'interaction sociale et des Comportements, et par des anomalies d'intérêts et activités restreintes, ces anomalies entraînent des altérations significatives dans le fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants .Ce syndrome ne présente ni un retard significatif dans le développement du langage, ni un retard dans le développement cognitif ou dans le développement des compétences concernant l'autonomie personnelle et les comportements. Les signes du syndrome d'asperger ne correspondent pas à ceux d'un autre trouble envahissant du développement ou à ceux de la schizophrénie.(Rogé B, 2003, P. 19-20).

2.2.4. Autisme infantile :

3-2-1. Autisme infantile :

Les manifestations varient selon le stade de développement et l'âge chronologique du sujet par une sévère altération des interactions sociales et une altération de la perception. L'enfant atteint peut ignorer les autres enfants, n'avoir aucune notion de besoin des autres. Les sujets atteints de ce trouble ont un mode de comportement restreint, répétitifs et stéréotypés. Ils ne sont souvent préoccupés que par un seul sujet. Ils peuvent passer leur temps à aligner un nombre précis de joués toujours dans le même ordre et aussi insister pour que les choses restent toujours

pareilles ou manifester une résistance et une détresse extrême à des changements mineurs de leur environnement. (*Guelfi. J-D et al, 1995, P. 359*).

3.les signes cliniques :

3.1. Anomalie Qualitatives des interactions sociales :

les anomalies touchent particulièrement les comportements non verbaux utilisé classiquement pour entrer en contact avec les autres . les signaux non verbaux qui permettent de régler l'interaction sont absents ou ne sont pas utilisés correctement. l'utilisation de regard est ainsi souvent déviante : le contacte oculaire est absent, le regard transfixant (le regard semble traverser l'interlocuteur), ou le regard est périphérique (la personne regarde de coté), et le regard n'est pas coordonné avec les autres signaux sociaux . les mimiques sociales sont appauvries ou exagérées et peuvent sembler peu adaptées au contexte : par exemple, l'enfant rit sans que l'on comprenne pourquoi ou alors il sourit en regardant un rayon lumineux et ne sourit pas quand on lui parle ou lorsque l'on cherche à attirer son attention . les stimulations physiques permettent souvent d'activer l'engagement sociale sociale et cela peut être trompeur . l'adulte qui stimule l'enfant en le balançant ou en le faisant tourner obtient momentanément le contact visuel et des mimiques de plaisir qui répondent en fait aux stimulation physiques plus qu'à la présence sociale de l'adulte . l'expression gestuelle est appauvrie . les gestes (ex: pointé du doigt), lorsqu'ils existent , sont rarement utilisés dans un but sociale de partage d'intérêt ou de demande d'aide . l'enfant pointe en direction de l'objet convoité mais ne cherche pas le regard de l'adulte pour faire participer celui-ci à la situation .

La faible compréhension des expressions des autres entrainer une difficulté à s'harmoniser avec eux et à partager sur le plan émotionnel. L'enfant est donc isolé, ne recherchant pas le contacte des autres et particulièrement des enfants de son age, il ne parvient pas à développer de jeux sociaux avec les autres enfants et ne s'adapte

aux situations de groupe . lorsque l'intérêt sociale se développe, les modes d'entrée en communication sont maladroit 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. B, 2003, p 23)

3.2. Anomalie de la communication :

Il existe un retard d'acquisition du langage . Certaines personnes autistes n'atteignent jamais le niveau de l'expression verbale (50) . Dans tous les cas, l'enfant n'utilise pas spontanément d'autres modes de communication (gestes, mimiques) qui lui permettraient de compenser le problème de langage . le langage n'est pas bien compris, surtout lorsqu'il est plus abstrait .

lorsqu'un langage apparait, il se développe en générale tardivement et comporte des anomalies :

- *écholalie immédiate* : l'enfant répété en écho ce que l'adulte dit . Il peut par exemple répéter une question qui lui est posée au lieu d'y répondre . L'adulte demande : " tu veux boire ? " et l'enfant dit " tu veux boire ? " au lieu de fournir une réponse . cette absence d'inversion des pronoms et la confusions entre le " je " et le " tu " montre que la fonction d'outils de communication qu'à le langage n'est pas comprise :
- *écholalie différée* : des mots ou phrases qui ont capté l'attention de l'enfant dans une situation donnée vont être répétés dans un autre contexte ou ils n'ont plus le sens . par exemple , l'enfant répété inlassablement une phrase entendue aux informations télévisées : " demain il fera beau " ;

- *utilisation idiosyncrasique du langage* : l'enfant utilise des mots ou expressions qui lui sont propre . L'expression verbale peut comporter des anomalies du rythme , de l'intonation et du volume .

même lorsque le langage est élaboré , il est peu utilisé socialement : la personne autiste initie peu de conversation à caractère purement sociale (pour le plaisir de bavarder) et a du mal à soutenir une conversation qui ne concerne pas directement ses propre intérêt .

les conduites d'imitation à caractère sociale se mettent difficilement en place, les jeux symboliques de " faire semblant " sont absent ou apparaissent tardivement . lorsqu'ils sont appris à partir de répétitions avec un adulte, ils gardent un aspect plutôt répétitif et peu créatif . par exemple l'enfant a appris à donner à manger à la poupée et il ne pourra pas varier de comportement . Il continue à donner à manger à la poupée et il ne pourra pas varier de comportement . Il continue à donner à manger quand on veut lui faire mimer le comportement de donner à boire . (Rogé . 2003, p 25)

3.3. Intérêt restreints ,Comportement répétitifs :

L'enfant oriente son intérêt vers un objet ou un type d'objets à l'exclusion des autres . les plus souvent, les objets qui retiennent ainsi son attention sont utilisé dans des activités répétitives : objet rond que l'enfant fait tourner, brindille qu'il agite devant ses yeux, agitation de ficelles, transvasement d'eau ou de sable . c'est parfois seulement une partie de l'objet qui capte l'attention .

les activités répétitives concernant aussi le corps . on peut observer des balancement , des postures anormales ou des mouvements de mains ou de bras .

Postures et mouvements complexes du corps peuvent se combiner surtout dans les formes sévère 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'autres jugeraient inconfortable, se glisser dans un endroit où son corps sera comprimé .

Les changements sont mal supportés et l'enfant affectionne les activités routinières . il peut insister pour utiliser le même itinéraire ou pour que l'on fasse les choses de la même manière . des arrangements ou alignement d'objets sont aussi observés.

À côté de ses troubles qui constituent les critères principaux de diagnostic, d'autres anomalies peuvent être relevées. (Rogé . 2003 , p 25).

3.4. Autres signes :

De nombreux signes dans l'examen clinique de l'enfant n'appartiennent pas à proprement parler aux critères de diagnostic de l'autisme .

3.4.1. troubles moteurs :

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 ; leary et hill , 1996) .

Au niveau de la motricité globale, que le rythme du 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 seul geste dans le contexte ou il serait adapté alors qu'il peut très bien le réaliser par ailleurs .

3.4.2. Troubles sensoriels :

La sensorialité comporte elle aussi de multiples anomalies d'apparition précoce . ces signes sont souvent très marqué avant l'âge de 6 ans . Elles se manifestent par des réactions atténuées, voir absente, ou au contraire par des réponses exagérées s'accompagnant par des réactions d'évitement. Certain enfants présentent des réponses dominées par l'hyperréactivité ou l'hyperréactivité et souvent dans la plupart des cas ces deux fonctionnement existe chez le même sujet et donc c'est la fluctuation des réponses qui caractérise le mieux le comportement .
(Rogé . 2003 , p 29).

3.4.3. Troubles de sommeil :

Les troubles de 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 un autre . Les périodes d'insomnie peuvent être accompagnées d'une détresse que rien ne peut consoler. mais l'enfant peut aussi rester les yeux ouvert de longues heures sans se manifester . Il est alors complètement passif ou présenter des stéréotypies telles que des balancements accompagnés ou non de crouomanie (il se tape la tête) et de vocalisations elles aussi répétitive . il se lève parfois pour se livrer à des manipulations stéréotypées d'objet ou simplement déambuler.

3.4.4. Problème dans l'acquisition de la propreté :

La propreté est généralement un problème. Des cas d'apprentissage instantané et brutale se rencontrent . dans ce cas, l'enfant 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 . 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 il ne les perçoit pas, soit qu'il n'en intègre pas le sens . L'éventualité des 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.

4. Diagnostic et évaluation :

Le diagnostic qui permet de renseigner sur la nature même du syndrome constitue la pierre angulaire de ce processus évaluatif .

Aujourd'hui le diagnostic d'autisme (PDD ou TED) est établi entre l'âge de 2 et 3 ans, le plus couramment autour de 3 ans, même si des signes précoces peuvent être décelés par des praticiens avertis autour de 1 à 15 mois, voir plus tôt encore, selon leur fréquence et leur intensité . (tardif. C . Gepner .B , 2003, p 26)

Le diagnostic nécessite une équipe pluridisciplinaire ayant une bonne connaissance de ce qui peut être proposé au parents en terme de soin , d'éducation, de pédagogie, et d'accompagnement de leur enfant .

4.1. Evaluation 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 G, Sauvage D, 1991, P. 99).

Dans cet évaluation clinique l'intérêt c'est de regrouper toute les comportements observé chez l'enfant pour faire une évaluation clinique qui est de base quantitatif

4.2. Evaluation psychologique :

L'examen psychologique repose sur deux objectifs :

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 spatio-temporelle

Ce constat est essentiel pour le diagnostique 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 (Lelord G, Sauvage D, 1991,p 121)

4.3. Evaluation du langage :

L'utilisation du langage par l'enfant autiste est toujours insuffisant et inadaptée. Cette caractéristique permet de distinguer l'autisme des troubles spécifiques du développement du langage. Chez l'enfant autiste on note souvent une parole chantonnée, une intonation montante dans une phrase affirmative, un rythme et une articulation appuyée.

5. Les prises en charge :

5.1. Prise en charge médicamenteuse :

Il n'existe pas de pharmacologie spécifique pour autisme et pas de médicaments dont on puisse affirmer qu'ils aient montré leur efficacité curative dans les troubles autistiques . toutefois, certains symptômes ou comportements autistiques peuvent bénéficier de traitement efficace .

Ainsi , les médicaments ont toujours été considérés dans l'autisme comme secondaire, comme un traitement d'appoint avec des objectifs symptomatique . En générale, et depuis longtemps, un effet principalement recherché a été la diminution des comportements gênant d'agitation, d'agressivité, éventuellement d'automutilation chez ces enfants, au moyen neuroleptique dit traditionnels , agissant essentiellement par une action sédatrice . Mais ,depuis une dizaine d'années, et surtout parce que des déficits fonctionnel ont été mis en évidence au plan neurobiologique, les données dans ce domaine ont permis une nouvelle réflexion en terme thérapeutiques, notamment pour améliorer certaines fonctions . (Tardif . C . Gepner . B , 2003 , p 107) .

De cela aucun traitement médicamenteux à montrer sont efficacité contre l'autisme mais , certains symptômes comme agitation peuvent bénéficier d'un traitement pour les diminuer .

5.2. Prise en charge éducative:

Les prises en charge éducative regroupent un ensemble de méthodes et de stratégies d'enseignement appliquées aux enfants et adolescents autistes afin de leur permettre accès au savoir . En effet , le but recherché par ces approches n'est pas d'enseigner un programme scolaire au sens habituel du terme , même si certains

enfants 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 ces prises en charges éducatives , la part consacrée aux activités ciblant le développement cognitif et celle visant davantage le développement socio-affectif , sensoriel, ou psychomoteur .

Il existe bien souvent des ajustement nécessaire lors des prises en charge , entre les concepts de bases et leurs applications en fonction de l'environnement de l'enfant , du pays , de la culture , des habitudes .

On peut dire que le prototype des prises en charges éducatives de l'autisme c'est basées sur l'approche TEACCH développée dans les années 60-70 (schopler et al , 1988) , axée sur l'éducation et la rééducation des personnes autistes à partir de l'évaluation de leur niveau de développement et de fonctionnement . elle insiste sur le travaille de structuration de l'environnement pour créer des repère , 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 individualisé) , sur la collaboration des parents au projets de leur enfant sur l'approche positive de l'enfant (ne pas le mettre en échec , partir de ses compétences , renforcer les capacités en émergences , favoriser les réussites et les renforcement qui en résultant) , sur l'approche globale de l'enfant . (Tardif . C . et Gepner B , 2003 , p114

5.2.1. le programme de schopler TEACCH (treatment and Education of Autistic and Related Communication handicap Children) :

le programme TEACCH a été élaboré par Eric Schopler et ses collaborateurs de l'université de Chapel Hill en Caroline du Nord dans les années 60 et conçu officiellement en 1972

L'acronyme anglais signifie " treatment and éducation of autistic and related communication handicapped children " c'est - à -dire, traitement et éducation des enfants autistes et souffrant de handicap apparentés de la communication.

Le programme TEACCH permet à l'enfant autiste d'entrer en communication avec les personnes qui l'entourent lorsque celle-ci s'investissent dans ce programme .

cette méthode s'adapte au fonctionnement de chaque enfant, c'est d'ailleurs pour cette raison qu'avant d'élaborer un programme TEACCH, l'enfant est évalué sur ses capacités psycho-éducatives et cela à l'aide du profil psychoéducatif également connu sous le nom de PEP (psycho éducationnel profil), est un outil d'évaluation spécialement conçu par l'équipe de la division TEACCH . il évalue les différents domaines d'apprentissage des enfants sur une base développementale , cote ses capacités acquises , et celle émergente . Le programme individualisé de l'enfant va être construit à partir des données recueillies .

Dans le programme TEACCH il faut que la collaboration entre les parents et le professionnel qui entourent l'enfant soit optimale . ses parents sont considérés comme partenaires dans l'éducation de leur enfant . le thérapeute

organise avec eux les applications à la maison, en fonction du PEP et de leur possibilités.

cette communication permanente avec l'éducateur permet l'information réciproque sur les acquisitions nouvelles pour maintenir et renforcer ces progrès . Le programme s'articule autour de grands principes destinées 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 manipulation motrices pour une communication concrète.
- les images pour représenter un objet , une personne ou une tâche elles exploitent la bonne mémoire visuelle des autistes .
- 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 , durées des actions) est favorisé par certaines règles :

- Séance dans les mêmes lieux , à la même heure
- durée des activités concrétisées par la quantité du matériel fourni au départ.
- tâches surtout visuelles.
- fin de l'activité associée à un jeu apprécié , à un jouet favori. (Schopler . E et al , 2007) .

Pour cela , Se programme conçu par shopler qui est considéré comme un programme qui vient diriger vers une vois ou ils va entrer en communication avec son entourage , mais se programme est spéciale pour chaque enfant puisque il va être passer par une évaluation pour mettre en avant son profil psycho-éducative .

5.2.2. le programme ABA (applied behavioral analysis) ou l'analyse appliqué du comportement.

Approche éducative inspirées du béhaviorisme et créer par Ivan Iovaas au Etat-Unis dans les années 1960 . ABA (applied behavior analysis), résulte de la recherche sur l'analyse expérimentale du comportement.

Les enfants qui se développent de façon "normale" apprennent spontanément au contacte de leur environnement (apprentissage du jeu , du langage , les relations sociale .) les enfants autistes quant à eux n'ont pas cet capacité spontanée d'apprentissage , Yvor Lovaas à imaginer de mettre en place des stratégies d'apprentissage dans un cadre bien structuré.

L'ABA est un programme qui repose sur ce modèle comportementale de l'apprentissage . il à pour objectifs de construire le répertoire des comportements sociaux nécessaire à l'adaptation et de diminuer les comportements problématique. ce type de traitement consiste en l'apprentissage de petits unités de comportements dans un cadre d'essai répéter , le comportement est donc fonctionnée en petites étapes qui seront enseignées le plus souvent dans une situation d'apprentissage individuel. (Rogé B . 2003 . p114)

Ce programme quant à lui c'est un programme qui est basée sur l'apprentissage essentiellement puisque l'enfant autiste contrairement aux enfants

normaux n'ont pas une capacité spontanée d'apprentissage donc il va être comme un appuis qui va le mettre en contacte avec son environnement.

Conclusion :

Pour conclure, L'autisme est un trouble qui touche une importante catégorie partout dans le monde . un trouble mystérieux qui reste méconnu par rapport aux facteurs déclenchant, et pour essayer de comprendre ses enfants autistes surtout dans leur premières années de leur vie , nécessite une étude approfondie sur cet psychose .

Chapitre II

La résilience

Préambule :

La résilience est une propriété du vivant, elle fait référence aux ressources développées par les sujets pour tolérer les séquelles délétères ou pathogènes des traumatismes et vivre malgré l'adversité, en gardant une qualité de vie avec moins de dommages possibles.

1. Histoire et définition de la résilience :**1.1. Historique de la résilience :**

la résilience est un terme français, issue du latin *resilientia*, qui est habituellement employé en physique des matériaux pour désigner "la résistance du matériel aux choc élevés et la capacité pour une structure d'absorber l'énergie cinétique du milieu sans se rompre ". Dans le contexte de la métallurgie; la résilience désigne donc la qualité des matériaux qui tien à la foi de l'élasticité et de la fragilité et qui manifeste la capacité à retrouver leur état initiale à la suit d'un choc ou d'une pression continue .

D'après le dictionnaire historique de la langue française, le terme *résilience* est étymologiquement constitué de " *re* " (indiquant le mouvement en arrière, le retrait) et *salir* (sauter , bondir , jaillir). *résilier* signifie donc littéralement *sauter en arrière, se retracer, se rejaillir* , Ainsi, la résiliation c'est l'acte par lequel on met fin à un engagement, à une promesse, à un contrat. La résiliation se situe donc dans le processus de désengagement mais aussi de renaissance. La

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.

En 1950, Emmy Warner une psychologue qu'on attribue le travail de fondateur. Cette psychologue avait cherché à aider, sur une île de Hawaï, 700 enfants qui coulaient tous les risques : abondance, carence affective, mauvaise santé, maltraitance, trente ans plus tard, elle en a retrouvé 200 et a pu vérifier, comme elle le craignait, que 72 % avaient eu un développement catastrophique. La surprise est venue constat que 28 % d'entre eux avaient appris un métier, fondé une famille et ne manifestaient pas plus de trouble que la population générale. De cet étonnement est partie le désir de comprendre ce qui leur avait permis de ne pas être fracassés.

1.2. Définition de la résilience :

"La résilience est la résistance d'une personne ou d'un groupe à des conditions de vie difficiles, capacités de se vivre et de se développer en dépit des circonstances défavorables, voir désastreuses ". *Syllamy, 1999, p.226.*

" la résilience c'est un processus qui permet de sortir vainqueur d'une épreuve traumatique et de continuer à se construire malgré l'adversité . La résilience désigne l'art de s'adapter aux situations adverses (conditions biologique et socio-psychologique) en développant des capacités qui mettent en jeu des ressources internes (intrapsychiques) et externes (lien avec l'environnement sociale et affectif) " *Annaut M, 2005 , p 34. "*

Selon Cyrulnik, Duval et al. , (2006). « Pour qu'il y ait résilience, il faut qu'il y'ait eu confrontation a un traumatisme ou à un contexte traumatogène. »

Donc par cella, on peut définir la résilience comme un processus biologique psychoaffectif, sociale et culturelle qui permet une nouvelle phase ou un nouveau développement après la confrontation à un traumatisme psychique.

C'est l'aptitude de rebondir au-delà des drames et surmonter les épreuves, elle est aussi utiliser pour définir scientifiquement le processus à partir du quelle une personne manifeste sa capacité de se développer bien et de continuer à se projeter dans l'avenir en présence des événements déstabilisants et des conditions de vie difficiles.

2. La résilience selon différentes approches:

2.1. Approche psychodynamique de la résilience:

Le processus de résilience est liée intimement à l'expérience traumatique. donc en ne peut pas parler de résilience sans citer l'événement traumatique et le danger physique et psychique que l'individu à subir.

En psychanalyse, le traumatisme est décrit ainsi : " événement qui par sa violence et sa soudaineté, entraîne un afflux d'excitations suffisant à mettre en échec les mécanisme de défense habituellement efficace. ce qui veut dire que : l'événement ou la situation pathogène entraînent une perturbation chez le sujet ; ce qui peut se traduire par un dysfonctionnement du Moi, dans le sens que le trauma déclenche un conflit dans le moi qui provoque une régression de la force du Moi, qui à son tour n'arrive pas à mettre en place, les mesures défensives adéquates face à cette effraction émotionnelle. Mais pour les individus résilients ; ils trouvent souvent des issues pour surmonter l'événement traumatisant. Ainsi, le fonctionnement psychique de la résilience chez un sujet peut être composé en deux étapes principales. Une première phase centrée essentiellement sur la réduction des effets du trauma ; et une deuxième qui installe véritablement le processus de résilience.

1-la première phase de résilience :

Elle consiste en l'utilisation des mécanismes de défenses d'urgence par le Moi afin de réduire l'intensité de l'événement aversif «déli, répression des affects, déplacement, passage à l'acte, l'imaginaire ».

2-La deuxième phase de la résilience :

Elle consiste en effet l'implication du traumatisme afin de réparer l'impact du trauma sur les fonctions essentielles du Moi. Cela peut passer par l'abandon des mécanismes de défense d'urgences par des mécanismes défensifs beaucoup plus souples et matures par: exemple: substituer le " déni" par " l'altruisme " .

Ainsi Freud à expliquer dans la théorie psychanalytique, que le traumatisme occupe une place fondamentale notamment pour expliquer l'étiologie de la névrose, Ainsi, dans sa première théorie de la névrose, Sigmund Freud a considéré le traumatisme comme résultant d'une expérience vécue remontant à l'enfance. Le traumatisme était expliquer par les expériences douloureuses qui étaient source d'une excitation tellement forte que les moyens psychiques et normaux pouvaient l'endiguer, ce qui entraîne l'apparition des troubles psychiques.

Donc cette théorie évolue vers l'idée que les excitations pulsionnelles interne (conflits) et situations externes (événements) pourraient être source du *traumatisme psychique* .

2.2 Approche transversales de la résilience :

L'approche transversale est une approche qui rapport une vision générale et globale du processus de résilience, elle à jumelé entre l'approche développementale et psychosociale .

Galligan (1997) , fondateur de se courant, met le point sur trois processus qui déterminent la résilience chez un individus, et ses trois concepts sont :

1) - Le sentiment d'avoir une base de sécurité interne :

Elle est liée au concept d'attachement développée par (John Bowlby), mais également au sentiment d'appartenance à un réseau sociale et relationnelle. Ce

sentiment d'appartenance et de sécurité se développerait au cours du développement de l'enfant auprès de ses parents, est par leur présence il va développer un certain paramètre qui va favoriser à l'arrivée à l'âge adulte un fonctionnement résilient face à une situation menaçante.

2)- l'estime de soi : dite aussi (auto- estime ou auto-appréciation) :

C'est le sentiment qu'il a de sa propre qualité, de sa valeur à ses propres yeux et celle des autres, c'est l'image qu'il a de soi-même et de ses compétences, le sentiment d'estime de soi trouve ses origines dès les premières relations expérimentées de l'enfant avec ses propres parents ce qui est appelé le " narcissisme"

Pour Rutter (1985) : les deux principales expériences qui s'avèrent les plus importantes pour influencer le développement de l'estime de soi dans le sens positif:

- Des relations amicales et amoureuses sécurisantes et harmonieuses.
- Le fait d'avoir du succès dans la réalisation de tâches qui sont considérées comme importantes par l'individu et donc au centre de ses intérêts.

3) - Le sentiment de sa propre efficacité :

La parentalité ou le (*parenting*) selon Marie-Anne, (2008) c'est : "s'entendant comme les modes relationnelles et d'éducation des parents qui vont modeler le développement de l'enfant dès le plus jeune âge". Les parents ont une influence sur le développement de leur enfant, de sa conscience, être responsable et répondre continuellement à ses besoins. Donc les parents doivent être un encouragement pour leur enfant à accomplir des tâches de manière autonome et

efficace ou bien , au contraire , le maintenir dans l'idée qu'il doit toujours être aidé pour accomplir quelque chose

3. facteurs de résilience et profil résilient :

3.1. Facteurs de résilience :

Ce sont des facteurs de protection qui modifient les réactions à ses situations présentes. Ses facteurs de protection pourraient inclure les compétences, les facteurs de personnalité et les mécanismes de soutien ambiants qui contribuent à la résilience. Ces facteurs agissent comme un tampon et procurent un réservoir de ressources qui permet de faire face efficacement au stress (Mangham et coll, 1995). Suite à cela, ils ont découvert trois grandes catégories de facteurs de protection qui ont contribué à la résilience : les facteurs individuels, facteurs familiaux et facteurs de soutien.

Facteurs de résilience individuelle:

À partir de l'étude des individus réputés résilients, on peut retenir un certain nombre de caractéristiques :

- Habiletés de résolution de problèmes
- autonomie
- Capacité de distanciation face à un environnement perturbé
- Empathie
- compétences sociales
- Altruisme
- sociabilité

- perception d'une relation positive avec un adulte

Facteurs de résilience familiale :

Parmi les caractéristiques de la structures familiale:

- Age des parents
- Nombre d'enfants
- Espace entre les naissances
- Spiritualité
- Discipline éducative

Parmi les caractéristique de la dynamique familiale:

- Qualité de la communication
- interaction chaleureuses et positive
- Support et affections

Facteurs de résilience sociale et/ou communautaire :

- La présence de personnes aidantes comme des enseignants.
- Des membres de la famille étendue ou des personnes se situant à l'extérieur de la famille immédiate.
- Des milieux de soutien qui favorisent l'autonomie, la responsabilité.

3.2 Profil d'un individu résilient :

L'Individu résilient quel que soit son âge serait un sujet présentant les caractéristiques suivantes (Selon Cyrulnik (1998))

- Un quotient intellectuel élevé (QI)

- 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 empathie.
- Capable d'anticiper et de planifier.
- Et ayant le sens de l'humour.

4. Critères de la résilience parentale :

Pour faire face à des situations difficile surtout pour ses parents ayant un enfants avec une anomalie, ses parents font appelle à des stratégies extraordinaire pour surmonter sa au quotidien. Donc en a choisi quatre caractéristiques de la résilience parentale et elles se situent comme suite :

4.1. L'altruisme des parents :

Il est considéré comme un mécanisme de défense mature, de degré d'adaptation élevée, l'utilisation de ses mécanismes de défense matures pourrait se développer dans un milieu familial cohérent, harmonieux, avec des caractéristiques familiales positives.

"L'altruisme désigne le fait d'accorder une aide à autrui sans que l'on ait l'intention d'obtenir un avantage en retour. Selon Plutchik, (1995), l'altruisme serait une stratégie de coping qui signifie «renversement», donc au lieu que ces parents attendent à recevoir une aide d'autrui, c'est eux par contre qui vont envers les autres en les aidant. (p.154).

C'est une caractéristique qui se développe beaucoup chez chez des sujets ayant subit des situations traumatiques douloureuses et essayer de porter aide au

autres personnes ayant subi la même situation pour surmonter ce malheur. Ce comportement d'altruisme témoigne des vrais sentiments de ses parents et de leur volonté de voir les autres se sentir mieux face à cette situation

« Pour qu'il y ait de l'altruisme il faut qu'il y ait de l'empathie, qui est la capacité de se mettre à la place de l'autre, de ressentir ce qu'il ressent, aussi ce qui permet d'agir envers l'autre », et selon le même auteur l'altruisme se différencie de la sympathie qui est selon lui « être juste attentif ». *Selage Chavel, (2011), (p.91)*

4.2. L'optimisme des parents :

L'optimisme est considéré comme l'un des traits de personnalité protecteurs, les chercheurs en psychologie, ont attribué une autre appellation qui est " optimisme comparatif " ce qui veut dire que ils ont tendance à croire que des événements positifs vont leur arriver plus probablement que d'autres, et que les événements négatifs vont plus probablement arriver qu'à eux.

Ce qui veut dire que ses parents, ont tendance dans ses situations extrêmes à percevoir leur avenir et l'avenir de leurs familles d'une manière positive et avoir une vue aussi favorable sur leur futur.

4.3. La spiritualité des parents :

Pour mobiliser des ressources, pour adopter une attitude combative et entretenir l'espoir, il faut croire qu'on peut s'en sortir, que c'est possible, que des jours meilleurs sont à venir.

En même temps, la résilience suppose qu'une telle croyance soit réaliste, que la famille sache faire la part de ce qui est possible et de ce qui ne l'est plus. Elle

suppose aussi que cette croyance soit active et ne contente pas de jours passive du jour meilleur.

Selon Delage la spiritualité : «c'est ce qui mène les êtres humains, qu'il s'agisse d'opinions philosophiques, de convictions religieuses, d'idées sur le sens de la vie, sur la justice." Aussi " Trouver un sens aux épreuves, s'investir dans un idéal, avoir foi en l'avenir pour les générations futures, développer l'idée d'un sacrifice utile aux autres, avoir le souci de transmettre l'espoir, sont autant d'éléments pouvant constituer des sortes d'organiseurs comportementaux et relationnels, d'autant plus efficaces s'ils sont le fait de quelqu'un dans la famille susceptible de mobiliser les autres par la position centrale qu'il occupe. » *Delage, (2002) aide à la résilience familiale, (p.282).*

4.4.L'intelligence émotionnelle :

Mayer et Salovey (1990) les principaux fondateurs du concept d'intelligence émotionnelle définissent l'intelligence émotionnelle de la manière suivante : « l'intelligence émotionnelle comprend l'habileté à percevoir précisément, évaluer et exprimer les émotions c'est l'habileté à accéder et/ou ressentir les sensations quand elles facilitent la pensée ; l'habileté à comprendre les émotions et la connaissance émotionnelle ; et l'habileté à réguler les émotions pour favoriser le développement émotionnel et intellectuel.

Pour ces deux chercheurs, L'intelligence émotionnelle est considéré comme une capacité de gestion propres émotions, en faisant preuve d'une maîtrise, de compréhension, et de savoir leurs issues. Et au même temps de comprendre l'émotion de l'autre et de les partager, et serait un moyen efficace de faire face aux situations troublantes.

5. Les déterminants de la résilience parentale :

5.1. Types de systèmes familiaux:

Dans son étude de typologie des familles structurales, (Salvador Minuchin) (1987), a sélectionné chaque famille en un type de fonctionnement et d'organisation interne soit qui favorise un état familial d'équilibre et d'homéostasie. Ce qui permet une meilleure protection contre les événements de nature intense. Dans notre étude nous retiendrons trois de ses types:

1. Les familles adaptatives ou (flexibles):

Les modes de communication et d'échange sont caractérisés par la sensibilité, l'empathie, l'ouverture, la communication, offrir un soutien tout en respectant l'autonomie de chacun. Ces familles sont capables de se transformer pour répondre aux circonstances, et aux événements de vie stressant qui peuvent menacer leur fonctionnement. Au contraire on peut trouver le contraire de ce système flexible qui peut engendrer un dysfonctionnement et perturbation et isolement pour le monde extérieur c'est ce qui caractérise le deuxième type afin de faire une comparaison entre un système résilient et rigide.

2. Les familles intriquées :

Ces familles sont repliées sur elles-mêmes, isolées du monde extérieur. Au contraire, les échanges internes sont caractérisés par l'implication excessive entre les membres du groupe familial, les relations familiales sont marquées par l'interférence le contrôle ainsi qu'un non-respect de l'espace, l'autonomie de chacun avec une confusion (parents-enfants). Donc les fonctions de protection de ce système familial sont défailtantes.

3. -les familles désengagées :

Ces familles sont caractérisées par l'évitement des sentiments et une sorte de relation formelle, Les échanges sont marqués par l'ignorance mutuelle, l'insensibilité entre les membres du groupe familial, le manque de solidarité. Les parents peuvent se désengager envers les difficultés de leurs enfants(comme par exemple des parents ayant un enfant handicapé ou présentant une pathologie particulière), la communication entre les membres est très difficile. Alors les fonctions de protection sont donc défaillantes et handicapées à la fois.

5.2. Le processus d'adaptation des parents face à le handicap de leur enfant :

Pour faire face aux situation anxiogène et évènement de vie, les parents font appelés aux différents stratégies d'adaptation pour en effet s'adapter à cet situation nouvelle et aussi maintenir l'équilibre et le bien de leur enfant (s) et leurs bien aussi.

plusieurs chercheurs et spécialistes dans se domaine le considère comme un processus puisque sa demande tout un potentiel et tout un ensemble de facteurs pour qu'il se réalise.

Les modèles d'adaptation et résilience :

1.Modèle d'adaptation double ABCX de Mc Cubbin:

Ce modèle détermine le processus d'adaptation des parents en se focalisant sur les ressources dont disposent ses derniers. Pour en arriver à l'adaptation il faut qu'il y'est interaction de trois éléments en situation de stress qui provoque une rupture d'un état d'homéostasie. Pour ce modèle la résilience au sein d'une famille ; d'un

couple parental est la faculté d'adaptation contrairement à une simple mise en place de stratégies pour faire face au coup par coup, la résilience est durable et positive, elle s'installe dans le temps. Chacun des membres de la famille enclencherait un processus d'ajustement positif grâce à un sentiment de compétence, de confiance en soi, une redéfinition et des objectifs personnels.

A: facteurs ou événements stressants ; perturbants l'équilibre familial.

B: les ressources disponibles.

C: la perception de l'événement.

X : la crise.

Pour que cet famille ou parents arrive a s'adapter a un environnement défailant il faut qu'il y'est deux type de facteurs selon ce modèle:

Le premier est le facteur de risque dont contient 03 catégorie ;

1 .les caractéristiques de la maladie ou de la déficience : handicap servers, trisomie, autisme, débilité.

2 .l'indépendance fonctionnelle : est liée à la santé psychologique, physique et au fonctionnement social d'aide et de prise en charge de l'enfant malade.

3.facteurs de stress psychosociaux : liés a le handicap de l'enfant ; les crainte

Le deuxième, est le facteur de résistance, 03 catégories sont :

1)- les facteurs intra personnels : ce facteur est considéré comme principe pour déterminer le processus d'adaptation dans ce modèle. Et parmi eux : le tempérament, les compétences, la motivation, et la capacité à résoudre les problèmes

2)-les facteurs socio- écologiques et la gestion du stress : correspond au soutien social, l'environnement familial, les ressources, la famille.

3)-la gestion du stress consiste en la capacité d'évaluation cognitive et stratégie d'adaptation.

2. Modèle de résilience de Richardson (2002) :

Ce modèle se base en effet sur l'adaptation comme critère important du processus il considère que tout individu possède des capacités d'adaptation qui lui sont propres et que ces dernières varient d'une personne à l'autre lorsqu'elle est confrontée aux stressés rencontrés, qu'ils soient négatifs ou positifs. Par ailleurs ses parents donc face aux événements stressants de la vie développeraient avec leurs caractéristiques personnelles (facteurs de protections) qui s'associeront avec les facteurs environnementaux sollicités un état d'équilibre et d'adaptation qui se diviserai en quatre niveaux d'adaptation. Et le modèle si dessous expose l'idée de Richardson.

Conclusion du chapitre :

Dans ce chapitre on a traité le sujet de la résilience, et notamment celle des parents face à l'handicap et l'anomalie de leur enfant et les différents processus qui ont participé dans l'émergence de cette résilience sur la vie personnelle et sociale de ses parents.

Les connaissances qu'on a retenues dans ce chapitre seront pour nous un support en quelque sorte pour les utiliser dans l'analyse et donner une image claire des entretiens des cas qu'on va aborder.

Partie Pratique

Chapitre III

Méthodologie de la recherche.

Préambule :

Tout travail de recherche nécessite de se baser sur une méthodologie bien précise, ce qui vient permettre au chercheur de bien structurer son travail et prendre en compte le terrain de recherche. La population d'étude, ainsi que les outils et techniques de recherche qui répondent à leur objectif

Dans ce chapitre en va présenter la méthode que notre recherche s'est basée et les différents outils qu'on a utilisés.

1. La Pré enquête :

La pré-enquête se définit comme étant « une phase d'opérationnalisation de recherche théorique, elle consiste à définir les liens entre d'une part, les constructions théoriques ou cadre conceptuel selon le cas, ou d'autre part les faits observables afin de mettre en place l'appareil d'observation ». (Chauchat. H. 1990, p19).

Elle est considérée comme une étape de préparation et indispensable, elle a pour objet de recueillir le maximum de données et d'information sur mon thème de recherche, ainsi que elle permet la première prise de contact avec le terrain d'étude.

Cette pré-enquête elle a pour but de s'assurer de la faisabilité de notre recherche ainsi que la présence effective des parents ayant un enfant autiste au sein de cette association, observer leur comportement, elle est constituée de nombreuses rencontres ouvertes avec les parents pour obtenir le nombre d'information sur notre thème d'étude, et quelle sont les difficultés qu'on peut croiser avant d'entamer notre recherche.

Nous avons effectué notre pré-enquête au sein de l'association de prise en charge d'enfant autiste située à Bejaia , dont une psychologue clinicienne est chargé de nous guider .

Au début en s'est renseigner sur les différents centres psychopédagogique que consultent les parents d'enfant autiste de la wilaya de Bejaia , pour préciser la ou vas se dérouler notre étude ainsi que préciser notre échantillon d'étude .

Par la suite, nous nous sommes dirigées vers l'association de prise en charge d'enfant autiste (A.D.E.A.) ou on à pu rencontrer le président de cet association .

Après avoir eu l'autorisation d'accès au terrain , on s'est présenter comme étant étudiants de psychologie clinique en master 2 à l'université Abderrahmane mira de Bejaia , en vue de l'obtention d'un mémoire de fin de cycle , ou on les à proposer notre thème de recherche qui est « la résilience chez parents ayant un enfant autiste » , et le but laquelle on s'est présenter à cet association c'est de trouver une population d'étude afin d'établir notre recherche .

2. Description du lieu de la recherche :

Notre recherche s'est effectuer au niveau d'une association pour enfants autiste (A.D.E.A) qui se situe à Bejaia . Le nombre des intervenant (psychologue et orthophoniste) est de 14 employée dont trois (03) éducatrice , une orthophoniste pour améliorer et aider les enfants sur le coté langagier , 2 psychologue scolaire et quatre (04) psychologue clinicien , sont tous inclus dans la prise en charge de ses enfants ainsi que l'orientation des parents

Ce lieu comporte deux étage dont le premier est destiner au bureau des psychologues et orthophoniste pour accueillir les parents et une salle de réunion , et le deuxième étage est composé de trois chambre pour effectuer le travail avec les

enfants autiste et une troisième chambre pour travaille orthophoniste .

3. La méthode de la recherche :

Toute démarche de recherche scientifique est guidée et planifié à l'aide d'une méthodologie, pour effectuer une recherche scientifique nous devons suivre une méthode spécifique qui convient à la nature de notre sujet de recherche

Dans notre domaine de recherche qui est la psychologie clinique en à opter pour la méthode descriptive, une méthode qui consiste d'abord à décrire, transmettre une information bien précise , complète et exacte , dont son objectif est « D'identifier les composantes d'une situation donnée et de décrire la relation qui existe entre elles.» (Chahraoui. KH et Benony. H, 2003).

L'approche dont nous nous basons dans notre étude est l'approche qualitative , c'est une méthode qui fait recours à des techniques de recherche qualitative pour étudier des faits particuliers (l'observation, l'étude de cas ; l'entretien directif ou semi directif ...) se mode qualitative fournis pas des données chiffrées mais plutôt des données de contenu.

4. Population d'étude :

Dans notre recherche l'échantillon qu'on effectuer est constitué de deux couple et deux femme seul sans leurs conjoint, dont on à déterminer l'âge entre 25 et 42 pour les femmes et 32 et 49 pour les hommes . Leurs niveau d'instruction et leurs professions varie, pour les enfants y'en à 2 scolarisé et leur moyenne d'âge est déterminé entre 02 ans et 11 ans .

5. Outils de la recherche :

Dans notre recherche on à utiliser les techniques suivantes :

l'entretien clinique de type entretien semi-directif et L'inventaire de ressources de résilience .

5.1 L'entretien clinique :

L'entretien est considéré comme un outil de base en psychologie clinique , son objectif principale c'est de comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet .

5.1.1. Définition de l'entretien :

L'entretien clinique est un dispositif de base en psychologie clinique. Il est à la fois un outil de diagnostic, un outil de thérapie et un outil de soutien, il permet d'accéder aux représentations du patient, à ses émotions et à son vécu. Il sert à comprendre le fonctionnement psychique en se centrant sur le discours, le vécu et la relation. Le thérapeute et le patient sont en situation active puisqu'ils vont construire ensemble cette situation d'entretien. (Chahraoui, K & all, 1999)

5.1.2. Entretien semi directif :

Dans notre recherche on a utilisé l'entretien semi directif à partir duquel on a préparé notre guide d'entretien qui s'est basé sur un ensemble de questions indirectes et qui renvoient au thème de notre recherche.

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. L'entretien clinique ; Bénony.H et Chahraoui, Kh (1999).

5.2. Le guide d'entretien :

" Il s'agit d'un ensemble organisé de fonction d'opérateur , et d'indicateur qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer " (Charaoui .KH. et Benony . H , 2003)

Ainsi que le guide d'entretien contient des axes thématique à traiter ou le clinicien chercheur va préparer quelque question, se guide que nous avons construit est organisé sous forme de thèmes et chaque thème est accompagné d'une série de question .

Selon M, Angers, (1990), «Cette technique est toute indiquée pour qui veut explorer les motivations profondes des individus et découvrir à travers la singularité de chaque rencontre des causes communes à leurs comportements.»

Notre guide d'entretien est reparti en quatre axes essentiels :

Axe I: Contient les données personnelles, des parents et de l'enfant

Axe II: Période de grossesse et de l'accouchement ainsi les premières réactions parentale face à cet évènement, l'impact de ce dernier sur leurs relation de couple et sur la perception de leurs enfant .

Axe III: Cet axe se compose de différents questionnement sur leur vie familiale et

essentiellement l'enfant et sur sa place au sein de la famille

Axe IV: Cet axe contient des question sur les ressources de résilience , ainsi que la relation parents enfant et aussi sur la résilience parentale .

5.3. Présentation de l'inventaire de résilience :

Tout étude et recherche scientifique est accompagner d'un outils , dans notre recherche l'outil qu'on déployer est l'inventaire de ressources de résilience élaborer par (Pourtois, Humbeeck et Desmet ; 2012), c'est un outils qui est essentiellement utiliser pour comprendre comment est ce que l'individu réussie à reconstruire son monde avant le fracas , pendant et après .

Il s'agit, des lors, de mettre à jour la connaissance qu'il avait de sa manière de se positionner face au monde avant d'être confronté aux risques de l'épreuve, et de constater les attitudes, ou les comportements nouvellement acquis, qui nourrissent ou non une trajectoire de néo-développement qui suggère la résilience.

L'inventaire de ressources de résilience permet l'appréhension des indices sous forme de données observables ou de réalités subjectivement vécues. Il permet de rendre compte de la manière dont ces signes se manifestent aux yeux du sujet lui-même, ou de façon dont ces indices peuvent être perçus par son entourage. Puis la conversion des indices en indicateurs plus précis sur le plan sémantique en favorisant une compréhension plus nuancée. En suite la traduction des indicateurs en concepts pour permettre une analyse conceptuelle.

5.4. L'usage de l'inventaire :

L'inventaire des ressources de résilience peut, d'une part, être utilisé comme un outil de recherche qui repère et identifie empiriquement les facteurs de

résistance, de résistance, de résilience ou de désilience. Mais dans notre recherche nous avons utilisé cet outil pour identifier et repérer uniquement les ressources de la résilience. Alors cet outil permet d'identifier les ressources et de faire une évolution complète d'un individu face à une épreuve de vie difficile :

- L'évolution des ressources affectives
- L'évolution des ressources sociales
- L'évolution des ressources conatives
- l'évolution des ressources cognitives

L'échelle de l'inventaire présente des tableaux, et chacun de ses tableaux contient des indices qui représentent l'évolution de chaque ressource de la résilience. Après chaque entretien, on analyse le contenu à partir des indices qui sont mentionnés dans chaque grille. En suivant l'ordre des questions sur trois axes : avant le fracas ; pendant le fracas ; après le fracas. Chaque réponse obtenu et selon les indicateurs proposés par l'échelle, et toujours en faisant référence a l'ordre des axes, on cote par (+) pour confirmer la présence de l'indice et(-) pour l'absence de l'indice. A la fin on calcul l'ensemble des + et – pour chaque période avant ; pendant et après le fracas sur le nombre d'indices mentionnés dans chaque tableau, pour donner enfin les résultats de chaque évolution.

Mais à cause de la situation sanitaire (COVID-19) nous avons pas pu faire la passation de l'entretien ni de l'inventaire de résilience .

6. Déroulement de la recherche :

Pour la partie théorique nous avons pu récolter un maximum de donnée avec les ouvrages et les revue pour entamer notre partie théorique

Pour notre partie pratique , notre recherche s'est dérouler au niveau de

l'association de prise en charge d'enfant autiste à Bejaia (A.D.E.A) , le personnel nous à très bien accueilli , en s'est vite mit en contact au fur est à mesure avec les parents des enfants autiste ce qui nous à permis d'élaborer un guide d'entretien , mais malheureusement à cause de la situation sanitaire (COVID-19) nous avons pas pu faire la passation de se guide :

7. Difficulté de la recherche :

Les difficultés qu'on à rencontrer durant cet recherche c'était essentiellement à cause de la situation sanitaire (COVID-19) qui nous à empêcher de poursuivre notre recherche sur le terrain .

Conclusion

CONCLUSION

L'autisme, est aujourd'hui largement utilisé pour qualifier une personne solitaire , replier sur soi-même ou isoler socialement . L'idée que autisme est associer à anomalie de comportement, de la communication et de relation . Arrivant à l'idée que ses anomalies arrivent jusqu'à affecter les parents en première ligne , ainsi que toute leur organisation et leur vie « ordinaire » .

Face à une tel pathologie lourde qui vient affecter et implique des conséquence sur l'enfant et ses parents , ses derniers tentent de garder équilibre entre vie quotidienne et leurs enfant autiste pour maintenir un emploi du temps adéquat entre celui des parents et l'enfant , ainsi que ses parents vont être en première ligne à faire face aux regard des autres et assurer un avenir à leur enfant .

Dans notre recherche , on à tenter de donner une vision large sur le processus de résilience chez ses parents ayant un enfant autiste , et comment cet maladie affecte en quelque sorte la vie d'un couple a partir des lectures qu'on à effectuer et les base théorique , malheureusement on à pas pu effectuer un stage pratique , on c'est just contenter d'une prê-enquête et cela c'est à cause du COVID-19 et de la situation sanitaire du pays qui nous à empêcher de poursuivre notre recherche

Bibliographie

Liste bibliographique :

1.Ouvrages :

1. Aktouf . O (1987) « méthodologie des sciences sociales , approche quantitative des organisations , une introduction à la démarche classic et une critique , les presse universitaires ». éd les presses université de montréal , Québec
2. Américan psychiatric association DSM-5 . manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux 4é éd (version international . washigot DC , 1995) traduction francaise par DJ- Guelfie et al , Paris , Masson
3. Anaut Marie, Pedinielli, Jean-Louis. (2005). **Surmonter les traumatismes.** Paris : Armand colin.
4. Anaut, Marie. (2004). **La résilience** : Paris. Armand colin.
5. Anaut Marie. (2008). **Les thérapies familiales** : Paris. Dunod.
6. Angers . M , (1997) , « **Initiation à la méthodologie des sciences Humaines** » Québec , C.E.C in C .
7. Bertrand . J (2008) « **Autisme , le gène introuvable, de la science business** » , éd du seuil , Paris .
8. Chahraoui. Khadija, Benony.Hervé. (1999). «**L’entretien clinique** ». Paris, Edition Dunod
9. Chahraoui. K, Benony.H. (2003). « **Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique.** » Paris : Dunod.
- 10.Delage M. (2003). « **Aide à la résilience familiale dans les situations traumatiques** » THERAPIE FAMILIALE.
- 11.Lenoir . P , Malvy . J et al (2007) , « **L’autisme , jour après jour , agir pour l’aider** » . Bruxelles .

12. Rogé .B (2003) , « Autisme , comprendre et agir » , Paris, Dunod.
- 13.Schopler . E et al (2007), « Activité d’enseignement pour enfants autistes, Herstal » , Masson.
- 14.Tardif. C et Gepner . B, (2003) ,« L’autisme » , Paris , Nathan .

2. Les dictionnaires :

1. Sillamy . N (2003) , « Dictionnaire de psychologie » , Paris, Larousse .

3. Sites internet :

1. (File : // A : Autisme) le 07 juin 2020 à 19H35

Annexes

Guide d'entretien clinique :

Ce guide d'entretien qu'on a élaborer à pour but comprendre qu'elle impacte à eu d'avoir un enfant éteint d'autisme, sur votre vie et quelle sont les facteurs qui ont permis ou pas de surmonter cet situation. Sur ce on va vous poser quelque question dont vous avez la totale liberté d'y répondre ou pas.

1. Information personnelle sur le sujet :

- Quelle âge avez-vous ?
- Quelle est votre niveau d'instruction ?
- Quelle activité professionnelle exercez-vous ?
- Quelle âge vous vous étés marié ?
- Combien d'enfant avez-vous ?
- Quelle âge à t-il votre enfant maintenant ?

2. Période de grossesses et d'accouchement et donnée sur la relation dans le couple :

- Vous pouvez me parler sur quelle genre de relation vous menez avec votre époux .
- parlez moi umpeux sur les condition de la conception de votre enfant ?
- Vous étiez en bonne santé dans cet période ? est-il programmé ?
- Pouvez vous me parler sur vos attentes (comment avez vous attendue l'arrivée de cet enfant) ?
- Pouvez vous me parler sur la période de la grossesse ?
- Comment vous avez vécu votre accouchement ?

3. vie familiale et Handicape :

- Parlez moi un peu de votre première réaction lors de l'annonce du diagnostic de votre enfant ?
- C'est quoi l'impacte à eu cet événement sur votre vie de couple ? et ainsi que vous personnellement ?
- C'est quoi votre sentiment en ce moment précis ?
- Quel genre de relation vous mener avec votre enfant par rapport aux frères et sœurs .?
- Parler moi de vos organisation , comment vous arrivez à gérer votre vie autour de votre enfant ?
- Quelle rôle à jouer votre entourage familiale et amicale ?

4. Ressources de résilience :

- Selon vous qu'elle comportement ou bien qu'elle stratégie vous avez mener pour arriver à surmonter cet événement intense ?
- Est ce que c'est important pour vous la communication dans la vie de couple ?
- Selon vous est ce que un ami ou une amitié est t'elle importante pour vous durant cet période ?

4.1. Altruisme :

- Comment vous considérer l'aide de l'autre pour toi ?
- Est ce que vous acceptez facilement cet aide ?
- pour vous sa vous apporte quoi d'aider l'autre .? Et comment vous vous sentez .?

4.2. Optimisme :

- Avez vous des visions positives sur les choses ?
- comment cet évènement à eu un impacte sur votre avenir ?

- Avez-vous des prêts pour l'avenir ? si oui , qu'elle importance accorde votre famille à ses projets ?

4.3. Intelligence émotionnelle :

- Est-ce que sa vous arrive de partager vous sentiment avec votre entourage . ?
- Pouvez-vous me parler de vos sentiments lors d'une rencontre avec d'autre personne qui leurs enfants sont dans la même situation que le vôtre ?
- Comment vous réagissez à leur égard ?

4.4. Spiritualité :

- Pouvez-vous nous parler de la religion dans votre vie .?
- Est-ce que vous pensez que cela à changer votre vision de voir les choses ?
- Comment la religion vous à aider à surmonter vous souffrance ?

Annexe B : L'inventaire des indices et des indicateurs :

LISTE DES INDICES	LISTE DES INDICATEURS
AFFECTIFS	AFFECTIFS
1. SOURIT 2. SOURIT À UN INCONNU	1. SOURIT DANS UN CONTEXTE RELATIONNEL DE FAÇON ADAPTÉE
3. RIT 4. VIT DES MOMENT DE GAITE 5. PARTAGE SA JOIE	2. EST CAPABLE DE FAIRE PREUVE D'HUMOUR
6. AIME 7. SE SENT AIME 8. OSE CHARMER UN INCONNU 9. OSE DES GESTES DE TENDRESSE 10. RECOIT POSITIVEMENT DES MARQUES DE TENDRESSE	3. EST HABILE À SOLLICITER L'ÉCHANGE AFFECTIF ; UTILISE ADÉQUATEMENT LES SUPPORTS AFFECTIFS
11. FAIT CONFIANCE 12. SE SENT AIMÉ POUR LA VIE 13. FAIT DES PROJETS 14. SE SENT SOUTENU DANS SES PROJETS	4. EST CAPABLE DE SE REPRÉSENTER L'AVENIR DE FAÇON À LA FOIS RAISONNABLE ET POSITIVE
15. SE SENT A SA PLACE CHEZ LUI 16. SENT QU'IL EST UN MEMBRE IMPORTANT DE SA FAMILLE 17. SE SENT DIGNE DE CONFIANCE 18. A SON COIN A LUI	5. ÉPREUVE LA CONVICTION D'ÊTRE AIMÉ AU SEIN DE SA FAMILLE POUR CE QU'IL EST ; OCCUPE DANS SA FAMILLE UNE PLACE QUI NE DOIT ÊTRE DISPUTÉE À PERSONNE
CONATIFS	CONATIFS
1. FAIT PREUVE DE SENSIBILITE 2. SE MONTRE COMPREHENSIVE 3. ECOUTE LES AUTRES	1. SE PRÉOCCUPE DE L'ÉTAT ÉMOTIONNEL DES AUTRES ; MANIFESTE DE LA COMPASSION
4. S'EMEUT 5. MONTRE SES EMOTIONSS 6. PARLE DE SES EMOTIONS	2. RESSENT DES ÉMOTIONS ; CONTRÔLE SON ÉTAT ÉMOTIONNEL
7. VEUT 8. SE PASIONNE 9. OSE	3. MANIFESTE DE LA VOLONTÉ ; SAIT CE QU'IL VEUT ET FAIT PREUVE D'OPINIÂTRETÉ ; SE MONTRE

10. PREND DES RISQUES 11. VA AU BOUT DES CHOSES	PERSÉVÉRANTE
12. CROIT A (EN) 13. DONNE DU SENS AU FRACAS 14. TROUVE LE MONDE SENSE 15. DONNE DU SENS A LA MORT	4. MANIFESTE DES CONVICTIONS ; TROUVE DU SENS DANS LA VIE ; ADHÈRE À UNE CROYANCE