

**Université Abderrahmane Mira de Bejaïa**

**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**

**Option : PSYCHOLOGIE DE DÉVELOPPEMENT ET HANDICAP**

### **Les Stratégies de coping chez les parents des enfants autistes**

**Au niveau de l' Association des autistes D'Akbou**

**(Etude de quatre cas)**

**Réalisé par :**

- **Kherbouche Siham**
- **Labdouci Wafa**

**Encadré par :**

**Dr. BAA Saliha**

**Année Universitaire  
2016-2017**

# Remerciement

*Louange à Dieu qui nous a donné la force pour terminer ce modeste travail.*

*Nos infinis remerciements vont ensuite à Mme BAA pour avoir accepté de nous encadrer et de nous diriger avec ses orientations et ses précieux conseils ainsi que son soutien à tout moment.*

*Nous remercions aussi les membres de jurys qui nous ont fait l'honneur d'accepter le jugement de notre travail.*

*Nous exprimons notre profonde gratitude à :*

*L'association espérance pour autistes Akbou qui nous a donné l'occasion d'effectuer notre stage pratique.*

*Nos remerciements les plus sincères à :*

*L'ensemble des enseignants de la spécialité « psychologie ».*

*Enfin, nous tenons à remercier tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce modeste travail, trouvons ainsi l'expression de nos profondes grâces et respects.*

# **Dédicaces**

*Avec un grand plaisir que je dédie ce modeste travail :*

*à ma très chère maman source d'amour, de tendresse et d'affection*

*à mon cher père qui était toujours à mes côtés pour me soutenir et  
m'encourager*

*à l'homme de ma vie, le précieux don de dieu à qui je doit la réussite de ce  
travail , le père de mes enfants mon cher mari*

*à ma belle mère surtout pour ses encouragements et son aide et biensur mon  
beau père*

*à mes frères et soeurs*

*à mes beaux frères et belles soeurs*

*à tous ceux qui m'ont donné une aide ou un soutien dans ce modeste travail  
(amis ou famille)*

*sans oublier ma binôme et sa famille*

# *Sommaire*

# Sommaire

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
---------------------------	----------

## **Chapitre I : Le cadre général de la problématique**

1- La problématique .....	3
2- L'hypothèse .....	5
3- Définition des concepts clé.....	5
4- Opérationnalisation des concepts.....	5
5- Intérêt de choix du thème.....	6
6- Les objectifs de la recherche.....	6

## **La partie théorique**

### **Chapitre II : le stress et les stratégies de coping**

Préambule.....	7
----------------	---

#### **1. Le stress**

1- Définition du stress.....	7
2- Aperçu historique sur le concept du stress.....	7
3- Les types du stress.....	8
4- Les étapes du stress.....	9
5- Les symptômes et les facteurs du stress.....	10
6- Les théories cognitives sur le stress.....	12

#### **2. Les stratégies de coping**

1- Définition des stratégies de coping.....	13
2- Aperçu historique sur le concept de stratégie de coping.....	13
3- Les stratégies générales du coping.....	14
4- Les différents modèles de coping.....	15
5- L'efficacité des stratégies de coping.....	17
6- Les stratégies de coping chez les parents des enfants autistes.....	17

Synthèse.....	18
---------------	----

### **Chapitre III : l'autisme**

Préambule.....	19
----------------	----

1- Définition de l'autisme.....	19
2- histoire et évolution du concept de l'autisme.....	20
3- Les différents types de l'autisme.....	22
4- Les signes cliniques de l'autisme.....	26
5- Le diagnostic et l'évaluation de l'autisme.....	29
6- Diagnostic différentiel.....	32
7- Les prises en charge.....	37
Synthèse.....	41

## **Partie pratique**

### **Chapitre IV : le cadre méthodologique de la pratique :**

Préambule.....	42
1- La méthodologie utilisée.....	42
2- La pré-enquête.....	43
3- La présentation de lieu de recherche.....	43
4- La présentation de notre groupe de recherche.....	44
5- Présentation des outils de la recherche.....	44
6- Procédure de recueils de données.....	47
Synthèse.....	48

### **Chapitre V : présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses :**

#### **1. Illustration clinique des cas :**

Le 1 <sup>er</sup> cas (Mr Fatah) .....	49
Le 2 <sup>ème</sup> cas (Mr Karim).....	52
Le 3 <sup>ème</sup> cas (Mr Mouloud).....	54
Le 4 <sup>ème</sup> cas (Mr Zoubir).....	57

#### **2. Discussion des hypothèses : .....61**

<b>Conclusion .....</b>	<b>62</b>
<b>La liste bibliographique.....</b>	<b>63</b>
<b>Les annexes</b>	

# Partie théorique



# ***Introduction***

# Introduction

---

## Introduction

« Avant les années 90, on nous disait que le retard de développement d'un enfant était de la faute des parents » témoignage Mireille Laverty.

En Algérie ce n'est qu'à partir des années 2000 que les parents commencent à être reconnus par les professionnels de l'accompagnement et par le personnel soignant.

On utilise le mot « autisme » pour désigner le trouble autistique, certains enfants autistes sont capables de bien parler et ont une intelligence normale (habileté de résolution de problèmes normale) c'est ce qu'on appelle parfois « l'autisme de haut niveau », d'autres enfants ont de graves déficits intellectuels et du langage.

Les termes « trouble envahissant du développement » et « trouble du spectre autistique » veulent dire la même chose.

Quand un enfant est diagnostiqué autiste, ou qu'il a des troubles du comportement de l'interaction sociale et de la communication..., il est important d'apporter aux parents un soutien pédagogique, médical et un soutien juridique. Au cours de l'annonce du trouble aux parents car il constitue un lourd fardeau pour eux et leur entourage, ce fardeau se traduit par les sacrifices qui et l'inacceptable du trouble de leurs enfants.

Pour Lazarus R.S et Folkman S, se sont intéressés au concept de notamment en regardant de la même manière dont l'individu le gère.

Soulignant que ces parents d'enfants autistes sont confrontés à des situations stressantes, fortes, on diversifie certains d'entre eux, car ils sont modifiables, contrôlables, d'autres inchangeables. Ceci est associé soit aux caractéristiques des situations, soit aux caractéristiques personnelles, car le coping en jeux comme un moyen utilisé par les parents, pour qu'ils trouvent un bien être psychologique et un certain équilibre, aussi pour dépasser la situation difficile qu'ils voient. Ils mettent en place des stratégies de coping désignant la manière de faire face à la situation stressante et la maîtriser, et on peut dire que ces parents exploitent des stratégies défensives pour faire face à la situation « avoir un enfant autiste ».

Alors dans notre travail, nous nous sommes intéressés à l'étude des stratégies de coping chez les parents des enfants autistes pour cela notre recherche a été effectuée au niveau de l'association espérance pour autistes Akbou. Car elle répond aux objectifs de notre recherche. Nous nous sommes servis de l'entretien clinique semi directif et de l'échelle WCC.

Notre recherche s'appuie sur le plan de travail suivant

En premier lieu, une introduction, un cadre méthodologique qui contient les éléments suivants : une problématique, la définition des concepts et l'opérationnalisation, les raisons du choix du thème, ses objectifs et son intérêt.

## Introduction

---

En second lieu, une partie théorique qui comprend deux chapitres, le premier sur le stress et le coping. Le stress comporte une définition de stress, l'aperçu historique du stress, ses types, ses étapes, ses symptômes et ses facteurs, les théories cognitives du stress, ainsi le coping qui contient une définition, l'aperçu historique, ses stratégies générales, ses différents modèles, l'efficacité des stratégies de coping et les stratégies de coping chez les parents des enfants autistes. Le deuxième chapitre aborde l'autisme, une définition, l'aperçu historique, ses différents types, les signes cliniques de l'autisme, le diagnostic différentiel et la prise en charge.

En troisième lieu, une partie pratique qui comprend deux chapitre : le cadre méthodologique contient la méthode de recherche, la pré-enquête, la présentation de lieu de recherche, la de notre groupe de recherche, la présentation des outils de recherche, la procédure de recueil de données.

Ensuite la procédure et l'analyse des résultats plus la discussion des hypothèses qui se termine par une conclusion générale de la recherche et une bibliographie.

En dernier lieu nous avons clôturé notre recherche par une conclusion suivie d'une liste bibliographie et l'ensemble des annexes.

# *Chapitre I*

*Le cadre général de la  
problématique*

## 1. Problématique :

L'un des troubles les plus complexes et non organiques qui affrontent beaucoup les personnes est l'autisme, ce trouble qui a soulevé beaucoup de questionnements et d'analyses depuis sa découverte jusqu'à ce jour.

Le psychologue américain Léo Kanner est le premier qui a fait référence à l'autisme lors de son observation sur 11 enfants (8 garçons et 3 filles) qui présentent certaines similitudes comportementales (isolement, retard de langage, comportements répétitifs...) ou il a énoncé sa thèse à partir de l'hypothèse suivante : « ces enfants sont venus au monde sans capacités innées à une communication affective avec les autres » (Roberl. L, 2009 : p1507).

D'après Kanner " si cette hypothèse est juste, une analyse de nos enfants peut aider à établir une référence sur les différentes idées répandues et même sanitaires qui peuvent stimuler les émotions." Alors Kanner et ses adeptes analysent ces résultats et proposent que les facteurs psycho-dynamiques sont la cause de l'autisme et ceci a omis les causes organiques pour un bon moment. (Roberl .L, 2009 : p1507).

Par contre Asperger a apporté une définition plus précise en établissant un lien entre le comportement de l'autisme et la diversité de la personnalité naturel de l'autisme et il arrive à deux facteurs principaux de l'autisme :

- L'insistance à l'isolement surtout dans les premières années de vie
- Maintenir la symétrie (30-25 : ص، 2004، ابراهيم عبدالله فرج الزريقات،

L'étude de Kanner et celle d'Asperger ont donné lieu à plusieurs autres études qui ont abouti à ce que l'enfant vienne au monde sain et très actif, et ce n'est qu'à partir du quatrième mois que certaines de ses comportements vitaux disparaissent (l'envie de le prendre entre les bras ou le câliner...) des années après, il rentre dans le comportement répétitif et l'isolement

(5: حورية باي، 2003، ص)

Généralement chez les enfants autistes, on trouve trois caractéristiques :

- Difficultés dans le comportement social ;
- Difficultés dans la communication verbale et non verbale ;
- Comportement répétitif.

Ces enfants ne répondent pas à leurs noms, ils évitent le contact visuel et ils trouvent des difficultés à comprendre les idées des autres et leurs sentiments, comme ils ne jouent pas avec d'autres enfants interactivement. (30: رسلان العلي، 2008، ص)

Tous ces comportements venant de ces enfants rendent leur prise en charge très difficile, de ce fait, les parents sont sous une pression énorme puisque ces derniers sont responsables de l'éducation de leurs enfants et leur développement ce qui mène à créer du stress chez ces

parents, et pour faire face à ce stress, ils utilisent des tricks conscients et inconscients et quelques stratégies cognitives et comportementales, c'est ce que Lazarus et Folkman appellent stratégies de coping. Ils définissent ces stratégies comme : « un processus dynamique variable selon la situation globale, selon l'état du sujet et selon le stade d'interaction entre le sujet et la situation ». (Lazarus et Folkman, 1984, p : 291).

Selon eux, il y a trois types de coping :

- Stratégies de coping centrées sur le problème ;
- Stratégies de coping centrées sur l'émotion ;
- Stratégies de coping de la recherche de soutien social.

Très peu de recherches ont été faites sur les stratégies de coping, chez les parents des enfants autistes, parmi ces études, on trouve l'étude d'Atelier, 2006 centrée sur les stratégies de coping chez les parents des enfants autistes, mais cette étude s'intéresse juste aux familles ayant une perception et une compréhension au soutien social.

L'étude de Smith et al. (2008), a montré que les mamans d'adolescents qui souffrent de TSA (trouble du spectre autistique) sont les plus stressées que les mamans des enfants plus jeunes, et aussi elles utilisent des stratégies de coping centrées sur l'émotion.

L'étude de Dailly et Goussé (2010), sur les stratégies de coping utilisées chez les mamans des adolescents atteints de TSA (trouble du spectre autistique). Cette étude a été faite sur 15 familles des adolescents qui ont le TSA et elle a montré que ces mamans utilisent : (42%) des stratégies centrées sur le problème, (32%) des stratégies centrées sur l'émotion, et les stratégies de recherche de soutien social sont les moins utilisées et elles présentent que (26%). (Dailly.F et Goussé.V, 2010, p : 10).

Lors d'un stage pratique effectué en fin de licence au niveau de l'association "APCEA " association de prise en charge des enfants autistes de Bejaia, nous avons remarqué une pression et un stress chez les parents des enfants autistes. Ceci nous a conduits à nous intéresser à cette thématique et travailler sur les stratégies de coping que les parents utilisent pour faire face à leur stress et s'adapter à leur situation.

Nos questions de recherche sont ainsi formulées :

Quelles sont les stratégies qu'utilisent les parents d'enfants autistes pour faire face à leur stress ?

## 1. Les hypothèses :

### 2.1 L'hypothèse générale :

Les parents des enfants autistes utilisent des stratégies de coping particulières pour faire face au stress.

### 2.2 Les hypothèses secondaires :

- Les parents des enfants autistes utilisent des stratégies de coping centrées sur le problème.
- Les parents des enfants autistes utilisent des stratégies de coping centrées sur l'émotion.
- Les parents des enfants autistes utilisent des stratégies de coping centrées sur la recherche de soutien social.

## 2. Définition des concepts clé

- a. **Le coping** : le coping est défini comme l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destiné à maîtriser, tolérer ou réduire les exigences internes ou externes qui nous semblent éprouvantes et qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu. (*Fischer G-N, 2009, P305*).
- b. **Le stress** : le stress est défini comme la condition qui émerge quand les transactions réel ou imaginée, entre les exigences de la situation, d'une part, et les ressources des systèmes biologiques, psychologiques ou sociaux de la personne. (*Chabrol H et Callahan, 2004, P 108*).
- c. **L'autisme** : « c'est un troubles global et précoce du développement apparaissant avant l'âge de trois ans et se traduisant par des difficultés dans la communication, les interactions sociales et le comportement ».

## 3. L'opérationnalisation des concepts

### a. Le coping :

- Désigne la façon de s'ajuster aux situations.
- La mise en place d'une réponse pour faire face à un événement stressant.
- Acceptation.
- Évitement.
- Réduction de l'effet du stress.
- Stratégie centrée sur l'émotion, le problème, ou le soutien social.

### b. Le stress:

- C'est l'état de tension et le malaise interne que l'individu a l'impression de vivre.
- Manque de spontanéité et de joie.

- C'est l'augmentation de la pression artérielle, une accentuation ou irrégularité des battements cardiaques, des tensions musculaires au cou, à la tête ou aux épaules.
- Difficultés de concentration.
- Perturbation du sommeil, des réveils en pleine nuit, manque d'appétit et perte du poids.
- Domination de la pensée négative.

#### 4.3 L'autisme :

- Peu capable d'utiliser un langage.
- Répète souvent ce qu'il a entendu.
- N'est pas sociable.
- Isolement.
- Moins bonnes capacités d'attention.
- Mauvaise adaptation aux changements de son environnement.

#### 4. Intérêt du choix de thème :

Acquérir des connaissances sur le coping en générale et le coping chez les parents ayants des enfants autistes.

L'augmentation du nombre des autistes dans notre pays.

#### 5. Les objectifs de la recherche

- Mettre en pratique les connaissances acquises durant notre cursus universitaire et dans notre spécialité de psychologie.
- Voir comment les parents réagissent face aux situations de leurs enfants.
- Décrire les stratégies de coping utilisées par des parents ayant des enfants autistes.
- Diagnostiquer par **WCC**.



# *Chapitre II*

*le stress et les stratégies de  
coping*

## Préambule

Dans le deuxième chapitre, nous présentons tout d'abord la notion de stress notamment au travers de différents modèles, puis nous apporterons un éclairage détaillé sur la stratégie du coping que les parents mettent en œuvre pour faire face aux situations de leurs enfants. Dont le cas pour maîtriser ou mieux tolérer le stress.

### I. Le stress :

#### 1. Définition du stress

##### 1.1 Définition étymologique :

Le stress est utilisé dans de nombreux domaines de nos jours et occupe une place centrale en psychologie et en médecine comportementale.

Ce terme est anglo-saxon, est un mot qui provient de l'ancien français *destress* et *stress*.

C'est un phénomène complexe qui implique des dimensions biologiques et comportementales. Contrairement à l'aspect négatif que laisse apparaître généralement cette notion de stress, il faut rappeler qu'un certain niveau de stress est même indispensable à la vie. (Fischer. G, 2009, P 115).

Pour Lazarus et Folkman le stress est défini comme étant « le stress est une transaction particulière entre la personne et l'environnement, dans lequel la situation est évalué par l'individu comme taxant ou accident ses ressources et pouvant menacer son bien être ». (Lazarus et Folkman, 1984, P19).

#### 2. Aperçu historique sur le concept du stress

Le mot stress vient du latin *stringens* qui signifie serré et l'ancien français *destresse* signifiant étroitesse, oppression.

Au départ, c'est un terme anglais employé en physique avec la loi de Hooke (1678), à la base de la résistance des matériaux. Cette loi « relie les composantes définissant l'état de déformation d'un matériau en un point aux composantes de l'état de contrainte (stress) en ce même point ».

A partir de l'utilisation de la notion de stress en physique, une analogie se crée pour l'être humain.

Le terme stress est utilisé dans différentes sciences, telles que la psychologie, la biologie et la médecine.

En 1868, le médecin physiologiste français Claude Bernard distingue le milieu intérieur (intra-organique) et le milieu (extra-organique) et précise que l'organisme possède la capacité de maintenir l'équilibre quel que soit l'environnement extérieur.

En 1932, un neurophysiologiste américain, Walter Bradford Cannon, a nommé cette recherche d'équilibre l'homéostasie. Celle-ci indique la capacité d'autorégulation de l'organisme face aux contraintes extérieures. **W.B.Cannon** est le premier à introduire le terme dans le domaine de la biologie.

Hans Selye (1907-1982), médecin canadien d'origine austro-hongrois, est le premier à parler d'état de stress sur un plan médical pour décrire les changements physiques provoqués par une situation stressante. En 1956 paraît son livre « le stress de la vie ».

Pour Henri Laborit, chirurgien français et disciple de Hans Selye, « confronté à une épreuve, l'homme ne dispose que de trois choix : combattre, ne rien faire ou fuir ».

H. Laborit a réalisé des expériences pour répondre à la question : « Que se passe t'il quand on ne peut ni fuir ni lutter face à une situation conflictuelle ».

Dans les années 1970, à partir d'expériences réalisées sur des rats, H. Laborit a pu démontrer que l'être humain, dès qu'il se trouve enfermé, coincé dans une situation sans issue et qu'il ne peut réagir ni par la fuite ni par l'attaque, se trouve dans une situation qui provoque des symptômes plus ou moins importants selon son état de santé physique et psychique antérieur et la durée de la situation. Pour H. Laborit, il s'agit d'un programme biologique de survie qu'il a appelé le syndrome d'inhibition (Zablocki B, 2009, P 19-20).

### **3. Les types de stress :**

On distingue deux types de stress aigu et chronique.

#### **3.1. Le stress aigu :**

Vient sous forme de réaction soudaine engendrée par un stresser identifiable, par exemple suite à un événement important comme un deuil, une promotion et les réactions variées d'un individu à un autre. Le stress aigu est caractérisé par l'augmentation de la production d'adrénaline et de cortisol, appelé hormone du stress si elle dure, elle peut alors entraîner un syndrome de stress post-traumatique.

Ainsi les symptômes du stress aigu sont très fréquents et parmi les plus répandus on trouve :

- . Un changement émotionnel qui mélange colère, irritabilité et déprime.
- . Un rythme cardiaque accéléré des palpitations des vertiges. (Fmos. J, 1999, P.05).

Ces symptômes peuvent être identifiés par tout le monde c'est toutes les choses qui peuvent mettre une pression sur la personne, des problèmes d'alcool la pression des examens...etc.

#### **3.2. Le stress chronique :**

C'est un stress ressenti jour après jour , et il a des conséquences sur le corps. Il touche les personnes qui vivent dans des conditions de vie précaires. Le stress chronique tire son origine du fait que la personne ne voit pas de sorties positives dans une situation problématique, du fait la personne arrête de chercher des solutions.

Certaines formes de stress chronique proviennent d'expériences traumatisantes dans l'enfance qui continue d'être douloureuse au moment présent.

Pour A. Alonzo (2000) le stress chronique est comme une réponse à un accroissement de pressions sur une longue période de temps. Ce type de réaction débute graduellement et progresse lentement.

Le stress chronique entraîne une augmentation du risque de maladies cardio-vasculaires (Stella. CH et all, 2009, P.56).

Donc les conséquences du stress chronique peuvent être un excès de violence, des maladies cardiaques et même du suicide, ses symptômes étant à la fois physiques et psychologiques peuvent nécessiter un accompagnement à la fois médicale et psychologique.

#### **4. Les étapes du stress :**

H. Selye parlait en 1946, de syndrome général d'adaptation (S.G.A) dans lequel les divers organes internes, spécialement les glandes endocrines et le système nerveux, aidant l'individu à s'adapter aux modifications constantes qui se produisent aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du corps. Le S G A passe par 03 phases qui sont :

##### **4.1. Phase d'alarme :**

Cette phase est caractérisée par la manifestation de différents symptômes selon le tempérament de chacun, l'éducation reçus favorise ou non l'habitude de gérer avec plus ou moins de maîtrise avec l'événement stressant, l'organisme répond par une mise en alerte face à un danger ou une menace. L'état d'alerte prépare la personne à réagir face à l'événement, comme une nation se prépare à l'agression d'une armée ennemie.

##### **4.2. Phase de résistance :**

Dans cette phase le corps mobilise toute son énergie, l'organisme est prêt, bien organisé pour une défense efficace. L'équilibre peut être maintenu grâce à la mise en route des mécanismes d'autorégulation. Tant que persiste l'agression, l'organisme est stimulé et résiste grâce à diverses modifications, sanguines, hormonales et à une production d'adrénaline. Mais si cette phase se prolonge, il en va de même pour l'organisme qui ne peut pas répondre en même temps, d'une façon efficace, à plusieurs situations stressantes. Lorsque ces dernières s'accumulent, le corps se fatigue très vite, n'ayant pas le temps de recharger ses accus.

##### **4.3. Phase d'épuisement :**

En état de fragilité, l'individu laisse porte ouverte à de nombreuses maladies psychosomatiques (tachycardie, ulcère gastrique...) sans compter les troubles psychologiques plus ou moins graves. Dû à cette surcharge l'individu craque et n'aura pas la force physique ni psychologique pour faire face, c'est la phase où toutes les réserves sont consommées (Stora. J, 2005, P.12).

#### **4. Les symptômes et les facteurs du stress :**

Les études menées sur le stress depuis plusieurs années nous permettent d'évaluer son impact sur la vie de la personne et surtout sa santé. De plus la présence du stress ne passe pas inaperçue car des symptômes nous indiquent la présence du stress chez une personne et qui sont :

##### **5.1. Les symptômes du stress :**

###### **5.1 .1. Les symptômes physiques :**

L'un des grands symptômes physiques que la personne présente c'est la fatigue. Elle est généralement non avouée. Et la personne essaye de la camoufler par d'autres activités dites compensatrices, la fatigue entraîne de nombreux problèmes comme (la difficulté de concentration, les troubles de la mémoire, et de l'attention).

On trouve aussi d'autres symptômes (douleur, maux de tête, les vertiges) qui sont aussi souvent présents en situation de stress.

###### **5.1.2. Symptômes psychologique :**

Dans ce côté on peut trouver des troubles psychologiques liés à l'émotion, les crises de larmes, anxiété, tristesse comme on remarque aussi des troubles de comportement agressivité, nervosité, troubles de conduite alimentaire.

D'autres se réfèrent aux somnifères qui ne sont pas une solution dans la majorité des cas, car ils mènent à la dépendance. Des troubles sexuelles peuvent aussi être enregistrées chez certaines personnes, manifestées par une baisse de libido (impuissance sexuelle). (Hareau D, 2001, P.171).

###### **5.1.3. Symptomes psychosomatique :**

Sur le plan psychosomatique on peut trouver certaines affections digestives comme l'ulcère d'estomac, qui a un lien avec l'état psychique de l'individu, du stress en particulier cette infection résulte de la réduction de la production « suc gastrique » sécrété avec excès par des bactéries spécifiques.

On trouve aussi certaines infections dermatologiques chroniques, comme (l'eczéma, pelades...).

## 5.2. Les facteurs du stress :

Toute personne affronte dans sa vie des situations et des événements stressants. Les réactions des individus diffèrent selon la signification attribuée à l'événement par le sujet, on trouve des facteurs qui jouent un rôle dans l'apparition du stress qui sont liés à la personne parmi eux va citer :

### 5.2.1. Les facteurs liés à la personne et sa vie socio-professionnelles :

Tout le monde affronte dans la vie de tous les jours des situations stressants mais ils ne réagissent pas tout de la même manière à ces situations, ils diffèrent selon le sexe, les femmes sembleraient plus stressées que les hommes. Les personnes ayant des implications émotionnelles élevées et un caractère perfectionniste sont plus prises par le stress que d'autres dans les mêmes conditions. Les compétences et les qualifications insuffisantes d'une personne engendrent aussi un état de stress. « Enfant, adolescent ou adulte peuvent vivre des situations stressantes à n'importe quel moment de leur vie ». (Dominique, 2001, p. 75).

Le fonctionnement de la famille peut également provoquer des situations conflictuelles et un mal être entre ses membres, et comme dans toute famille il y a des périodes plus difficiles que d'autres décès, maladies, départ et c'est des situations qui génèrent des états de stress profonds.

Pour **B. Schweitzer** (1997), la famille est une source de protection pour ses membres contre le stress. Mais ces relations peuvent être troublantes dans le cas où ses membres ne s'entendent pas ou étant en conflit.

Selon **M. Bodarène** (2005), l'environnement de travail pourrait être responsable de certaines tensions. Pour un enfant c'est l'environnement scolaire et extra familiale qui crée en lui ces états de fortes tensions.

### 5.2.2. Les facteurs psychologiques :

Beaucoup d'évènements stressants affectent la vie de l'être humain mais pour certains d'entre eux cette évènement prend chez eux une valeur psychologique et on trouve :

- La perte ou la menace de perte : la personne peut avoir peur de perdre une autre personne, un objet ou une idée, qui pour lui fait partir de son soi et a pris une place irremplaçable dans la réalisation de ses besoins, on l'appelle la perte d'objet, elle se déroule dans le réel ou dans l'imaginaire. (Engel. L, 1962, p.112).
- Le préjudice ou menace de préjudice : la menace du préjudice est plus importante que le préjudice lui-même dans le sens psychologique. A cause de la place symbolique qu'il s'occupe chez la personne car étant symbolique il s'active dans la tête de cette personne plus qu'un événement réel. (Ibid. P.113).

- La frustration d'une pulsion : tous les désirs et besoins qu'une personne n'a pas pu satisfaire engendre chez lui des tensions. Induisant chez lui des comportements qui ont pour objectifs la diminution du malaise psychique et satisfaire le besoin lui-même. (Engel. L, 1962, p.138-141).

Il s'avère que le stress n'est pas dû seulement aux conditions de vie, et aux événements durs qui confrontent dans la vie quotidienne qu'on voit de l'extérieur. Mais aussi aux conflits internes et psychiques qui régissent la vie interne de la personne qui sont plus difficiles à détecter et analyser.

## **5. Les théories cognitives sur le stress :**

### **6.1. La théorie de l'attribution :**

Cette approche se concentre sur le rôle de pensées et attributions spécifiques, et reconnaît les réactions complexes de l'individu face au stress. Pour cette théorie les attributions consécutives à certains événements déterminent le niveau du stress, c'est l'existence d'une relation causale que suggère cette théorie. Cette théorie utilise les formulations de la dépression et du désespoir, elle reflète une appréciation croissante de l'interaction complexe entre les événements négatifs.

### **6.2. La théorie de la construction personnelle de Kelly :**

La théorie de **Kelly** (1955-1963) est importante dans la compréhension de la réponse au stress, car elle cherche à appréhender la manière dont l'individu construit le sens de son expérience, pour **Kelly** faire une construction personnelle signifie donner une interprétation et comparer les événements à la base des stimulations et différences.

### **6.3. La théorie cognitive de Aaron Beck :**

Pour **Beck** (1984) une transaction stressante est le résultat d'un processus actif continu qui inclut des analyses, des interprétations et évaluations successives de la situation externe. (Graziani et. P, 2005, p.32-38).

**Beck** a repris le modèle interactionniste de **Lazarus** et l'approche des constructions personnelles de **Kelly**. Les théories cognitives du stress reconnaissent la complexité des réactions physiques au stress. Mais elles se centrent plus sur le rôle de la pensée et le processus cognitifs, aux influences de la pensée et ses attributions aux événements stressants.

## **II. les stratégies de coping :**

## **1. Définition du coping :**

### **1.1. Définition étymologique :**

Coping vient du verbe anglais to cope qui veut dire « faire face » en français on emploie aussi le terme stratégie d'ajustement. Le terme coping est laissé tel qu'il est parce que le terme stratégie de faire face est lourd à employer. Le grand dictionnaire de la psychologie définit le coping comme la « succession d'événements conduisant un objet ou un organisme à changer de forme ou d'état selon une évolution ou diverses étapes peuvent être généralement repérées » (Quintard. R et al , 2001 . P122).

### **1.2. autres définitions :**

Lazarus et Folkman (1984) donnent une définition claire et large au coping « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux constamment changeants déployés, pour gérer des exigences spécifiques internes ou externes, qui sont évaluées comme excédant de ses ressources ».

On peut dire que le coping est un ensemble de stratégies cognitives et comportementales que l'individu pose entre lui et un événement perçu comme menaçant son bien être ,il se rend compte de ses actes et pensées face à une situation inhabituelle.

## **2. Aperçu historique du coping :**

Quant à l'origine de la notion du coping, elle est apparue pour la première fois dans un ouvrage de Richard Lazarus, Psychological stress and coping process. (1966).

Le coping est un concept récent dans la psychologie est extrêmement populaire depuis les années soixante quinze dans les pays Anglo-saxon, utilisé dans deux approches distinctes, celle concernant la psychologie du comportement, animal (perspective évolutionniste de Darwin) et la psychologie de l'égo (inspiration psychanalytique) en mettant l'importance de l'importance de l'adaptation pour comprendre la dynamique du moi.

Historiquement la notion de coping a été affiliée à celle de mécanisme de défense, développée depuis la fin de 19<sup>ème</sup> siècle par la psychanalyse et à celle d'adaptation, développée depuis la deuxième moitié du 19<sup>ème</sup> siècle et comme à la biologie (La perspective évolutionniste de Darwin en particulier). (Burchon .M et al, 2006, p354).

On a tout d'abord parlé des mécanismes de défenses « adaptés » en tant que activités de coping (Alken,1968), mais au fur et à mesure que le coping est devenu une notion en soi étudiée à part, la formulation s'est modifiée, ce changement s'est notamment opéré quand l'étude des stratégies adaptatives à commencer à s'intéresser aux stratégies conscientes utilisé pour faire face aux situations difficiles. Ces stratégies étaient définies dans la littérature en tant que « réponses de coping » (H. chabrol et autres, 2004, p105).



Dans les premiers textes de Freud sont décrits les divers mécanismes défensifs utilisés par les individus pour détourner, déformer ou déguiser des affects et pensées inacceptables.

Puis le concept de défense évoluera et celui de « répression », jouera un rôle grandissant. Dans un texte de Freud de 1926 («inhibition, symptôme et angoisse ».) Le terme de défense est utilisé dans un sens général pour désigner la lutte du moi contre les idées et affects intolérables, la répression apparaissant comme l'un des mécanismes de défense essentiels. (M. Bruchon. Schweitzer, 2001, p69).

Hann et Freud en (1933) considèrent les mécanismes de défense rigide et pathologique et ceux du coping comme souples et adaptatifs.

Lazarus et Folkman ( 1984) voit le coping comme un processus dynamique variable selon la situation globale.

Le coping représente de nos jours un concept central dans les théories contemporaines du stress. De nombreuses études qui sont consacrées donnant à divers définitions, et l'étude des facteurs et susceptible d'influencer le choix des stratégies (Lazarus.R, 1978, p.85).

### **3. Les stratégies générales du coping :**

Il existe de nombreuses stratégies de coping spécifiques, différentes d'une situation aversive à l'autre, mais si l'on considère le regroupement de celles-ci en facteurs plus généraux, alors une certaine stabilité des situations obtenues apparaît et l'on obtient habituellement deux ou trois stratégies de coping.

#### **3.1. Le coping centré sur le problème :**

Cette stratégie correspond aux efforts cognitifs et comportementaux du sujet pour modifier la situation, il comprend diverses stratégies : élaboration de plan d'action, réévaluation positive, recherche d'information, esprit combatif...etc. On le nomme parfois coping « vigilant ou actif ». (M.Bruchon.schweitzer, 2001, p26).

A l'origine, Lazarus et Folkman (1984) ont appliqué une échelle de 67 items, le WCC ( Ways of Coping Chechlist) sur 100 adultes qui devait y répondre chaque mois pendant un an, en pensant à un événement récent qui les avaient perturbés et à la façon dont ils ont réagi. Ils obtiennent, en regroupant en deux stratégies générales, le coping centré sur le problème et le coping centrée sur l'émotion. Celui du problème vise à l'élaboration de plan d'action et problèmes. Certains auteurs le dénomment coping « vigilant » et d'autres l'appellent stratégie d'approche ou encore coping « actif ».

#### **3.2. Le coping centré sur l'émotion :**

Comprend les diverses tentatives du sujet pour gérer les tensions émotionnelles induites par la situation :

Evitement( dormir plus que d'habitude, ne pas penser aux problèmes )distraction ( regarder la télévision, écouter la musique...), pensée « magique » ou dénégation( faire comme si la situation n'existe pas...), dramatisant , impuissance ,désespoir ou pessimiste (maximation de la menace, perte de contrôle , anticipation d'une issue défavorable...),expression ou contraire, répression des émotions négatives(anxiété , colère, tristesse...). Autoaccusation (se sentir responsable) stoïcisme et fatalisme (supporter, se résigner), religiosité (prier...), donc en parle parfois ici de coping « évitement » ou encore « passif ».

### **3.3. La recherche du soutien social :**

La recherche du soutien social apparaît parfois comme troisième stratégie générale. Elle correspond aux efforts du sujet pour obtenir la sympathie et l'aide d'autre et ne doit pas être confondue avec le réseau social ni avec le soutien social, notions déjà présentées ci-dessus (et qui sont caractéristique réelles ou perçus de l'entourage social) or ici, il s'agit de tentatives effectives d'une personne pour obtenir une écoute, des informations ou encore une aide matérielle. C'est donc bien une stratégie de coping (qui suppose l'activité du sujet) et non une ressource simplement existante ou perçue.

En dehors de sa fonction interne de régulation émotionnelle, le coping est avant tout un moyen de faire face à un problème précis et le résoudre si possible. Il peut être aussi classé selon les cibles de stratégies, c'est-à-dire l'orientation de la personne et son activité en réponse à un stresser.

-soit la personne fera face directement et ouvertement à son problème (coping actif).

## **4. Les différents modèles de coping :**

### **4.1. Le modèle animal :**

Il est issu des théories évolutionnistes, en particulier de Darwin. Très général, il est applicable à tous organismes vivants, et comprend des réponses comportementales automatiques de type attaquer ou fuir, innées et acquises, face à une menace issue de l'environnement. (A. Pupat, 2004, P28).

Le modèle animal est utile uniquement dans un but biologique, les animaux utilisent le coping uniquement dans un but de survie.

### **4.2. Le modèle de la psychologie du moi :**

Le coping est associé aux mécanismes de défense, inconscients et rigides, dont la fonction est de diminuer l'angoisse face à des pensées et des affects inacceptables.

Ce modèle a permis de mieux comprendre certaines réactions des individus face à un événement stressant, cependant il ne concerne que la réduction de la tension à un seuil acceptable, de façon inconsciente et n'inclut pas la résolution du problème. Pour certains, les mécanismes de défense jouent un rôle de filtre entre agent stresser et réponse, pour d'autres, ils sont considérés comme précurseurs du coping.

Selon Revidi 1986, en France des études ont été menées sur le rôle des défenses dans l'adaptation à la maladie. Ainsi certains mécanismes tel que le déni l'isolation ; un esprit combatif protégerait plus efficacement le sujet de l'anxiété qu'une tendance à la projection à l'agressivité et colère (Quintard R, 2001,P 545-557).

Bien que ce modèle ait largement contribué à une meilleure compréhension de l'individu à un événement stressant, il reste incomplet.

### **4.3. Le modèle transactionnel :**

Dans leur approche transactionnelle du coping, le définissent comme l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeant, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources.

Ce modèle se différencie des précédents par le fait que l'on parle ici du coping comme un processus dynamique et non une simple réaction automatique est répétée conscient et spécifique est non inconscient, générale et stable à une situation qui est évaluée comme stressante ou coûteuse. Dans ce processus, des évaluations constantes de la relation entre l'individu et la situation interviennent, faisant varier les efforts cognitifs et comportementaux. (A.Pupat, 2004, P28).

Le processus de coping est décrit comme séquentiel, impliquant des boucles de rétroactions entre les différentes étapes.

L'intérêt majeur de ce modèle est qu'il propose un cadre d'analyse qui peut s'adapter à n'importe quel événement stressant qui ponctue une vie.

## **5. L'efficacité des stratégies de coping :**

On ne peut pas parler de bon ou de mauvais coping car c'est plus difficile de prendre un jugement de la valeur des stratégies mises en place, mais il y a juste la situation ou la mise de stratégies de coping est efficace et on peut le voir dans :

On parle d'efficacité de coping sur la détresse émotionnelle, si les sujets utilisent une stratégie active ; c'est-à-dire recherche d'informations sur le déroulement de l'opération et

ses conséquences. L'efficacité du coping dépend aussi des caractéristiques situationnelles comme la durée et la contrôlabilité de l'événement stressant.

Les stratégies de coping sont efficaces, si elles permettent à l'individu de maîtriser la situation stressante, et réduire son impact sur le bien être physique et psychologique. Ça veut dire que la personne maîtrise ses émotions et contrôle ses problèmes (Lazarus et Folkman, 1984, P.188).

Schmidt (1988) a observé que parmi des patients devant subir une intervention chirurgicale, ceux qui avaient utilisé une stratégie vigilante (recherche d'informations, participation aux traitements) étaient moins anxieux et présentait moins de complications poste préparatoires que ceux qui avaient eu recours à une stratégie d'évitement (résignation, inhibition).

Moos et Holahan (1986) ont suivi pendant un an un groupe de personnes ayant subi le plus d'événements stressants, ceux qui avaient utilisé pendant cette période des stratégies d'évitement ont eu beaucoup plus de symptômes psychosomatiques à la fin de l'étude (maux de tête, maux d'estomac etc.) que ceux qui avaient utilisé des stratégies vigilantes.

Les recherches récentes sur le coping ont montré qu'un coping centré sur le problème réduisait la tension subie par l'individu en éliminant le stresser. Le recours à cette stratégie corrèle négativement avec l'anxiété et à dépression d'après plusieurs études (Bolger, 1990, Felton et Revenson, 1984, Terry, 1994). Les stratégies émotionnelles sont très nocives. Certaines d'entre elles comme la répression des émotions sont révélées associées à des issues dysfonctionnelles.

Un coping centré sur le problème n'est vraiment efficace que s'il est contrôlable face à un événement incontrôlable.

## **6. Les stratégies de coping chez les parents des enfants autistes :**

Les parents d'un enfant autiste traverse plusieurs périodes difficiles (Bruchon-schweitzer et datzer .1994) ont élaborés un modèle pour l'étude des phénomènes d'adaptation qui tient compte des déclencheurs du stress et des processus transactionnels jusqu'à présent, plusieurs recherches se sont intéressées au stress des parents et aux stratégies de coping qu'ils utilisent pour faire face au trouble de l'enfant.

L'autisme grève la qualité de vie des parents qui ont plus que jamais besoin de moment de répit.

Élever un enfant autiste est source de stress considérable. Le manque de soutien familial, amical et social et la difficulté qu'il y a à gérer des comportements anormaux (agression ou auto-mutilation par exemple) sont des facteurs de stress bien documentés dans la littérature scientifique.

Les parents d'enfants autistes ont une inquiétude massive dans tous les domaines, allant de la dépendance à vie à la dysharmonie familiale, des réseaux de soutien à l'acceptation sociale.

Ces parents sont perturbés et en colère, dans des proportions directement en rapport avec l'intensité des problèmes de comportements de leur enfant

Il n'est toutefois nullement mention d'un quelconque bien entre la souffrance émotionnelle des parents et la perception subjective de la souffrance de leur enfant.

### **Synthèse :**

Nous avons vu dans ce chapitre, le rôle joué par le coping et il est considéré comme l'effort adopté par les sujets pour s'adapter à la situation stressante et la manière dont ce dernier construit ses stratégies d'adaptation et en fonction de sa personnalité et ses dispositions personnelles.

On va maintenant passer un autre chapitre, qui va aborder le chapitre de l'autisme.

# *Chapitre III*

## *L'autisme*

## Préambule :

L'autisme est estimé comme le plus sévère des troubles psychopathologiques du développement de l'enfant. L'ensemble du développement est affecté dès la petite enfance, et la construction de repères en fonction de l'expérience en est profondément troublée. Il ne s'ensuit pas pour autant que son étude soit toujours menée dans une perspective développementale. Constat bien banal, mais encore trop peu nourri de données de recherche. Pour preuve, les fréquentes déclarations comme " l'enfant autiste a un déficit en ceci " ou " ne peut pas faire cela ", sans plus d'information sur l'âge chronologique, l'âge de développement, le sexe, l'environnement familial, etc., comme si l'autisme était une entité fixée. Plus qu'une position, c'est un état d'esprit, d'autant plus contestable que l'hétérogénéité du syndrome est avérée, et que beaucoup préfèrent désormais parler d'autismes au pluriel, ou de sous-groupes d'autisme, ou de spectre autistique ( " Autistic Spectrum " ), reconnaissant ainsi que des développements différents peuvent être attendus à partir de troubles de niveaux et d'étendue différents.

En organisant un numéro thématique ciblé sur le développement dans les cas d'autisme, *Enfance* a l'ambition de mettre l'accent sur la nécessité – dans la recherche et les pratiques – , de voir l'enfant au diagnostic d'autisme avant tout comme un enfant en développement. (Jacqueline Nadel, et René Pry, 2002, p.114).

### 1.3. Définition de l'autisme :

« Polarisation de toute la vie mentale d'un sujet sur son monde intérieur et perte des contacts avec le monde extérieur. Le malade vit avec le monde familier de ses désirs, de ses angoisses, de sa sensibilité et de son imagination : ce sont, pour lui, les seules réalités. Le monde extérieur n'est qu'une apparence ou tout au moins un monde sans échange possible avec le sien propre. 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 ». (Y. PELICIER, A. POROT, J.SUTTER, 1975, P 30).

#### 1.3.1. Selon la CIM-10 :

Dans la CIM-10, les TED sont classés dans les troubles du développement psychologique. Les TED sont un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet en toute situation.

#### 1.3.2. Selon le DSM-IV-TR :

Les TED sont caractérisés par des déficits sévères et une altération envahissante de plusieurs secteurs du développement – capacités d'interactions sociales réciproque, capacités de

communication – ou par la présence de comportements, d'intérêts et d'activités stéréotypées. Les déficiences qualitatives qui définissent ces affections sont en nette déviation par rapport au stade de développement ou à l'âge mental du sujet. Ces troubles apparaissent habituellement au cours des premières années de la vie et sont souvent associés à un certain degré de retard mental. Ils sont parfois associés à des affections médicales générales (par exemple : anomalies chromosomiques, maladies infectieuses, maladies infectieuses congénitales, lésions structurelles du système nerveux central).

## 1. Histoire et évolution du concept de l'autisme

### 1.1. Historique :

Le terme « autisme » est dérivé de grecques autos qui signifient « soi-même ». Durant le XIXème siècle, l'autisme est considéré comme le résultat d'une déficience du développement de l'intelligence.

En 1911, Eugen Bleuler utilise la première fois le terme « autisme » pour décrire, chez les patients atteints de schizophrénie, l'évasion de la réalité et le repli sur la vie intérieure.

En 1943, Léo Kanner reprend le terme « autisme » pour dépeindre l'autisme infantile.

Ce handicap se traduit par le retrait autistique, le besoin d'immuabilité, des stéréotypies et bizarreries du comportement, des troubles du langage, une impression subjective d'intelligence, ainsi que par son apparition précoce.

En effet, l'autisme infantile est généralement mis en évidence pendant les 36 premiers mois de vie extra-utérine de l'enfant.

Durant plusieurs décennies, l'autisme est considéré comme une psychose et est traité par une thérapie de type psychanalytique.

Bruno Bettelheim mettait en avant le fait que l'enfant autiste éprouvait une peur résultant « D'une interprétation négative faite par l'enfant, d'affects venus des personnages les plus signifiants pour lui, sans possibilité de mettre en place des processus défensifs contre cette angoisse pour en atténuer l'intensité ». (FERRARI.2004. P 39).

Les enfants autistes étaient alors placés en institution, où on leur permettait de pallier la mauvaise expérience vécue avec leurs proches.

Cela provoque évidemment une immense culpabilité pour les parents. Dès les années 1980, l'autisme figure parmi les troubles envahissants du développement, c'est-à-dire, l'ensemble des altérations du développement des grandes fonctions psychologiques, telles que l'utilisation du langage et la gestion des relations sociales. Selon l'actuel Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV), l'autisme comprend trois grands critères diagnostiques :



- L'altération qualitative des interactions sociales
- L'altération qualitative de la communication
- Le caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités. (*DSM-IV, 1996. P 84*)

Certaines personnes atteintes d'autisme présentent également des troubles sensoriels importants qui peuvent être de l'ordre de l'hypo- ou de l'hypersensibilité aux stimuli, ainsi que des troubles du comportement (hétéro/auto agressivité, angoisse...) De même, des troubles du sommeil sont souvent observés chez les enfants.

L'autisme est fréquemment associé au retard mental et à l'épilepsie. Il est nécessaire de savoir que l'autisme est un handicap dont on ne guérit pas.

On peut observer une atténuation relativement importante des troubles autistiques. Les caractéristiques propres à l'autisme, surtout en ce qui concerne les capacités relationnelles, resteront présentes à un degré ou moins élevé, durant la vie entière de l'individu.

## 1.2. Evolution nosographiques :

Malgré la somme d'étude sur ce trouble, aucune définition consensuelle n'a encore pu être donnée, notamment parce que ses limites sont difficiles à déterminer de façon certaine.

Preuve en est la difficulté à lui donner une place dans la classification des maladies psychiques :

\_ Jusque dans les années 1970, ce syndrome était rattaché à la schizophrénie infantile, aux Etats-Unis, bien que ce dernier trouble ne survient qu'après une phase de développement normal de plusieurs années ; en France, cependant, l'autisme de Kanner était rattaché aux psychoses précoces, volet des psychoses infantiles, qui regroupent les troubles graves de l'organisation de la personnalité (*BURTSZTEJN 2000, ROGE 2003, LEMAY 2004*).

\_ À partir des années 1970, on voit figurer le terme d'autisme dans la classification Internationale des Maladies (CIM) de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) ;

\_ À partir des années 1980, dans la classification américaine, l'autisme figure parmi les troubles Envahissants du Développement (TED), qui apparaissent précocement et viennent altérer les fonctionnements intellectuels, sensoriels, moteurs et du langage, cela aboutissant à des troubles de la communication et de l'adaptation sociale (*ROGE 2003*) ;

\_ en 1988, a été créée une classification Française des Troubles Mentaux de l'enfant et de l'Adolescent, qui conserve le groupe des psychoses infantiles (atteintes globales de la personnalité et de la relation au monde) (*FERRARI 2004*), au sein duquel figurent d'une part, l'autisme pur de Kanner et ses formes atypiques (*BRUSZTEJN 2000*) (bien que leur début soit très précoce et que l'imagination soit souvent très pauvre, contrairement aux autres

psychoses de l'enfant), et d'autre part, les psychoses déficitaires, les dysharmonies psychotiques, ainsi que la schizophrénie de l'enfants (Diagnostic différentiels) ;

\_ En 1993, dans la révision de la CIM, apparaît le syndrome d'Asperger (tiré du nom d'un pédiatre autrichien), parfois rapproché de l'autisme (Diagnostic différentiel) ;

\_ Dans la quatrième classification américaine, le syndrome autistique a été limité, diminuant ainsi le nombre de diagnostics d'autisme, et cela permettant de nommer différemment des troubles proches. Ces multiples aspects de la nosographie sont importants à prendre en compte pour l'interprétation des études, pour lesquelles nous avons conservé la terminologie utilisée par les auteurs, car les individus inclus peuvent donc parfois appartenir à des groupes distincts ou non de l'autisme, en fonction de la période et de la classification considérés, d'une part, et de la subjectivité de l'observateur d'autre part. (DAUBREE 1997, LEMAY 2004).

## **2. Les différents types de l'autisme :**

### **2.1 La définition de l'autisme infantile :**

Trouble envahissant du développement, dans lequel un développement anormal ou déficient est observé avant l'âge de trois ans. Les perturbations du fonctionnement se manifestent dans les domaines des interactions sociales. L'expression des déficits se modifie avec l'âge, mais ces déficits persistent à l'âge adulte. L'autisme peut s'accompagner de niveaux intellectuels très variables. (B.ROGE, 2004, P 14).

#### **2.1.1. Selon le CIM-10 :**

Un développement anormal est observé avant l'âge de trois ans. Les perturbations du fonctionnement se manifestent dans les domaines des interactions sociales, de la communication et du comportement qui est répétitif et lié à des intérêts restreints. L'expression des déficits se modifie avec l'âge, mais ces déficits persistent à l'âge adulte. L'autisme peut s'accompagner de niveaux intellectuels très variables, mais il existe un retard intellectuel significatif dans environ 75% des cas (*Ibid.*).

#### **2.1.2. Selon le DSM-IV-TR :**

Les caractéristiques essentielles du trouble autistique sont un développement nettement déficient de l'interaction sociale et de la communication, et un répertoire considérablement restreint d'activités ou d'intérêt. Les manifestations du trouble varient selon le stade de développement et l'âge chronologique du sujet. L'altération des interactions sociales réciproques est sévère et durable. Souvent, la perception qu'a l'enfant des autres personnes est très altérée.

L'altération de la communication est marquée et durable. Elle affecte à la fois les capacités verbales et les capacités non verbales. Dans le cas où le langage se développe, le timbre, l'intonation, la vitesse, le rythme ou la charge émotionnelle de celui-ci, peuvent être anormaux. Les structures grammaticales sont souvent immatures, le langage est

utilisé de manière stéréotypée et répétitive, ou bien le langage est idiosyncrasique (langage qui ne prend sens que pour les personnes habitués au style de communication du sujet). La compréhension du langage est souvent très tardive et l'individu peut être incapable de comprendre des questions ou des directives simples.

Une perturbation dans la pragmatique (utilisation sociale) du langage se traduit souvent par l'incapacité à coordonner la parole avec la gestuelle ou à comprendre l'humour ou des aspects non littéraux du discours comme l'ironie ou sous-entendu. Le jeu d'imagination est souvent absent ou notablement altéré.

Les sujets atteints de trouble autistiques ont des modes de comportement, d'intérêts et d'activités restreints, répétitifs et stéréotypés. Ils ont une gamme d'intérêt particulièrement restreinte. Ils ne sont souvent préoccupés que par un seul sujet. Ils peuvent passer leur temps à aligner un nombre précis de jouets toujours dans le même ordre. Ils peuvent insister pour que les choses restent toujours pareilles ou manifester une résistance ou une détresse extrême à des changements mineurs de leur environnement. (GUELF. J-D et al, 2005).

Le trouble autistique est caractérisé par un retard ou un fonctionnement anormal avant l'âge de 3 ans dans au moins un des domaines suivants : interactions sociales, langage nécessaire à la communication sociale, jeu symbolique ou d'imagination. Dans la plupart des cas, il n'y a pas eu de période de développement franchement normale. Si une période de développement normal a existé, elle n'a pas pu excéder l'âge de 3 ans. (*Ibid.*).

## **2.2. La définition de l'autisme atypique :**

Trouble envahissant du développement qui se distingue de l'autisme infantile par l'âge d'apparition des troubles ou parce qu'il ne correspond pas à l'ensemble des trois groupes de critères diagnostiques requis pour rétablir le diagnostic d'autisme infantile. Le recours à cette catégorie diagnostique se justifie par le fait que chez certains enfants les troubles apparaissent au-delà de 3 ans, mais cela reste rare, ou que les anomalies sont trop discrètes, voire absentes dans un des trois secteurs normalement atteints dans l'autisme (interactions sociales, communication, comportement). (*OP.cit. 14,15*).

### **2.2.1 : selon le CIM-10 :**

Trouble envahissant du développement qui se distingue de l'autisme infantile par l'âge d'apparition des troubles ou parce qu'il ne correspond pas à l'ensemble des trois groupes de critères diagnostiques requis pour rétablir le diagnostic d'autisme infantile. Le recours à cette catégorie diagnostique se justifie par le fait que chez certains enfants les troubles apparaissent au-delà de 3 ans, mais cela reste rare, ou que les anomalies sont trop discrètes, voire absentes dans un des trois secteurs normalement atteints dans l'autisme (interactions sociales, communication, comportement). (*B.ROGE, 2003, p 15*).

### **2.2.2. Selon le DSM-IV-TR**

On doit se servir de cette catégorie quand existe une altération sévère et envahissante du développement de l'interaction sociale réciproque associée à une altération des capacités de communication verbale ou non verbale, ou à la présence de comportements, intérêts et activités stéréotypés, ont l'absence des critères complets d'un Trouble envahissant du développement spécifique, de Schizophrénie, de personnalité schizophrénique ou de personnalité évitant. Par exemple, cette catégorie inclut sous le terme d'« autisme atypique » des tableaux cliniques qui diffèrent de celui du Trouble autistique par un âge de début plus tardif, par une symptomatologie atypique ou sous le seuil, ou par l'ensemble de ces caractéristiques.

### **2.3. La définition du Syndrome de Rett :**

Trouble décrit principalement chez les filles. Il se caractérise par une première période de développement apparemment normale ou presque normale, suivie d'une perte partielle ou totale du langage et de la motricité fonctionnelle des mains, associée à une cassure du développement de la boîte crânienne dont le résultat est une stagnation du périmètre crânien. Le début de ce type de trouble se situe entre 7 et 24 mois. Les signes les plus caractéristiques sont la perte de la motricité volontaire des mains, l'apparition de mouvements stéréotypés de torsion des mains, l'hyperventilation. (*Ibid.*, P156).

#### **2.3.1. Selon le CIM-10 :**

Trouble décrit principalement chez les filles. Il se caractérise par une première période de développement apparemment normale ou presque normale, suivie d'une perte partielle ou totale du langage et de la motricité fonctionnelle des mains, associée à une cassure du développement de la boîte crânienne dont le résultat est une stagnation du périmètre crânien. Le début de ce type de trouble se situe entre 7 et 24 mois. Les signes les plus caractéristiques sont la perte de la motricité volontaire des mains, l'apparition de mouvements stéréotypés de torsion des mains, l'hyperventilation. (OP. cit. p14, 15).

#### **2.3.2. Selon le DSM-IV-TR :**

Développement prénatal et périnatal et psychomoteur apparemment normaux ; après la naissance ; périmètre crânien normal à la naissance. Décélération de la croissance crânienne entre 5 et 48 mois ; perte des compétences manuelles intentionnelles acquises antérieurement, suivie de l'apparition de mouvements stéréotypés des mains ; perte de la socialisation dans la phase précoce de la maladie ; apparition d'une incoordination de la marche ou des mouvements du tronc ; altération grave du développement du langage de types expressif et réceptif, associée à un retard psychomoteur sévère.

### **2.4. La définition du syndrome d'asperger :**

Le syndrome d'asperger (abrégé en SA ou bien AS en anglais), est un trouble envahissant du développement (TED) apparenté à l'autisme et parfois appelé autisme « de haut niveau ». Il a été utilisé pour la première fois par la psychiatre anglaise Lorna Wing en 1981, en référence aux travaux de Hans Asperger, psychiatre et pédiatre autrichien. Les capacités intellectuelles, bien que parfois anormales, sont d'un bon niveau. (LEMAY 2004).

Ce syndrome regroupe des sujets aux signes autistiques nets, mais qui ne présentent que très peu de retard de langage ; et qui ont même parfois des facultés étonnantes dans ce domaine, bien que l'on trouve des anomalies (notamment concernant l'emploi des pronoms). (ATTWOOD 2003, FERRARI 2004).

Concernant la motricité, un retard modéré dans l'âge de la marche est fréquent, de même qu'un manque d'habileté dans les jeux, des troubles légers de l'équilibre, et parfois des anomalies dans la motricité fine sont notées, comme l'écriture, et surtout lorsque cela implique une coordination des deux mains. (ATTWOOD 2003).

Des stéréotypies gestuelles sont parfois présentes, notamment à l'occasion d'un stress (ROGE 2003).

#### **2.4.1. Selon le CIM-10**

Trouble de validité nosologique incertaine, caractérisé par une altération qualitative des interactions sociales réciproques, semblable à celle observée dans l'autisme, associée à un répertoire d'intérêt et d'activités restreints, stéréotypés et répétitifs. Il se différencie de l'autisme essentiellement par le fait qu'il ne s'accompagne pas d'un déficit ou trouble du langage, ou du développement cognitif. Les sujets présentant ce trouble sont habituellement très malhabiles. Les anomalies persistent souvent à l'adolescence et à l'âge adulte. Le trouble s'accompagne parfois d'épisodes psychotiques au début de l'âge adulte.

#### **2.4.2. Selon le DSM-IV-TR :**

Altération qualitative des interactions sociales, de comportements non verbaux multiples, tels que le contact oculaire, la mimique faciale, les postures, les gestes. Incapacités à établir des relations avec les pairs correspondant au niveau du développement, le sujet ne cherche pas spontanément à partager ses plaisirs, ses intérêts, manque de réciprocité sociale ou émotionnelle. Caractère restreint, répétitif et stéréotypé. La perturbation entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants. Il n'existe pas de retard général du langage significatif sur le plan clinique. Au cours de l'enfance, il n'y a pas eu de retard significatif sur le plan dans le développement cognitif ni dans le développement, en fonction de l'âge des capacités d'autonomie, du comportement adaptatif. (*Présentation du Syndrome Asperger, 2003*).

### **3. les signes cliniques de l'autisme :**

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 l'interaction sociale, la communication, et les intérêts et comportements.

### 3.1. Les 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 effectif. Chez les autres, ce peut être davantage des réactions excessives d'agrippement, même si les capacités de réception et d'expression sont à la base déficitaires. 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 mettent 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 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. (ROGE. B, 2003, P23).

### 3.2. Les troubles de la communication :

Les difficultés de communication, tant dans le registre verbal que non verbal, apparaissent elles aussi massivement entre 2 et 5 ans. Elles touchent aussi bien la capacité de compréhension des signaux et des codes sociaux que la capacité d'utilisation de ceux-ci. L'expression gestuelle, comme le pointage du doigt vers un objet ou un aliment convoité, reste pratiquement inexistante pendant des années et lorsqu'elle apparaît, elle est rarement coordonnée avec le regard. Le geste de solliciter le parent pour qu'il participe à sa propre activité est le plus souvent absent. Les conduites d'imitation se mettent très difficilement en place. Les mimiques de l'interlocuteur sont mal décodées, comme si l'autiste ne pouvait interpréter à leur vue les émotions correspondantes telles la peur, la colère, la joie ou la tristesse. La communication verbale est gravement atteinte elle aussi, bien que 50% des autistes parviennent à un certain niveau de production de la parole.

D'après (MOTTRON, 1996) le langage n'est pas relié au QI de façon linéaire mais qu'il suit une évolution par paliers. Après avoir été mutique, puis longtemps écholalique, l'enfant autiste manifeste généralement par la suite un phénomène d'inversion pronomiale, doué fréquemment d'une mémoire auditive, il n'est pas rare de l'entendre ultérieurement rapporter mot à mot de longs passages qu'il a mémorisés à partir de conversations. On observe toutefois une différence marquée entre ces productions très fidèles à l'original et les réponses qu'il fournit aux demandes de l'intervenant. Ces dernières présentent des immaturités grammaticales propres à son niveau général de développement langagier. Cependant lorsque ces enfants sont d'intelligence normale ou supérieure, ils acquièrent habituellement une qualité de langage tout à fait comparable à celle des enfants normaux sur les plans tant syntaxique que grammatical. Seule l'intonation de la voix, le timbre, le rythme et la vitesse d'élocution demeurent souvent atypiques.

Tager-Flusberg et Anderson 1991 ont étudié l'écholalie immédiate ou différée que présentent les autistes à un moment de leur développement et ils en ont conclu qu'ils n'ont pas conscience d'être une source de nouvelles connaissances pour leur interlocuteur, ce qui reflète une anomalie de réciprocité.

Ils semblent pour la même raison incapables d'accorder une intention à l'interlocuteur ou plus globalement des états psychologiques aux autres personnes. Ce qu'a expliqué par l'absence de construction d'une « théorie de l'esprit » (BARON COHEN 1993). Pour cet auteur, il s'agirait même d'un trouble cognitif tout à fait spécifique à l'autisme, auquel il a donné le nom de cécité mentale. Cette dernière serait elle que les sujets se révèlent incapables de comprendre et prévoir la majorité des comportements humains.

### **3.3. Les troubles du comportement répétitifs :**

Les problèmes de comportements sont une des caractéristiques de l'autisme. Chez les enfants jeunes, on observe souvent qu'ils n'utilisent pas les jouets d'une façon fonctionnelle, l'attention étant parfois dirigée vers une seule partie de l'objet manipulée (comme les roues d'une voiture). Sa manipulation entraîne généralement des comportements répétitifs comme des mouvements de rotation. Ces activités stéréotypées peuvent être produites sans l'aide d'un objet et touchent souvent une partie du corps. Ces enfants peuvent passer leur temps à tourner, se balancer, agiter les doigts ou la main devant les yeux. Le sujet peut adopter des postures étranges dans lesquelles il peut se figer pendant de longs moments. Lorsque l'autiste grandit, le changement le plus minime dans son environnement l'amène souvent à une grande intolérance et à une forte angoisse.

### **3.4. Autre signes clinique :**

La déficience mentale est une condition qui accompagne fréquemment l'autisme, (B. ROGE, 2004). Il n'en reste pas moins que l'évaluation psychométrique de ces enfants se révèle

particulièrement difficile, en raison de leur symptomatologie, ce qui peut accroître la fréquence des diagnostics de déficience mentale. De plus, le fait même que ces enfants ne puissent pas toujours bénéficier d'un programme intensif de stimulation cognitive en bas âge a de fortes chances de ralentir le développement de leur intelligence. Une incidence élevée de troubles du sommeil, et des troubles de l'alimentation. Il existe aussi des retards marqués dans l'acquisition de la propreté. C'est toutefois le développement sensori-moteur qui semble le plus inhabituel chez ces enfants. LELORD a envisagé l'hypothèse d'un trouble du développement des structures nerveuses responsables du filtrage et de la modulation sensorielle, émotionnelle et posturo motrice. (G. LELORD, 1990, P252). Ce trouble expliquerait le caractère hyper sélectif de leur attention et leurs comportements d'hypo ou d'hyper réactivité face aux stimulations extérieures. (LOOVAS et al, 1971).

Toutes les modalités sensorielles semblent touchées et c'est la fluctuation de leurs réponses qui décrit le mieux leurs comportements tel que :

#### **Les déficits auditifs :**

Ils sont plus fréquents dans l'autisme qu'en population générale. Dans une méta analyse, Fombonne rend compte que les estimations de la prévalence des déficiences sensorielles dans l'autisme varient selon les études. Rosenhall, Nordin, Sandstrom et al ; concluent que la prévalence des déficits auditifs dans l'autisme est dix fois plus élevée qu'en population générale. Plus récemment, Kielinen observe dans une population d'enfants autistes qu'ils ont un déficit auditif léger, un déficit modéré et un déficit sévère. Par ailleurs, si l'association d'une déficience auditive est fréquente, elle pourrait retarder des certains cas le diagnostic de l'autisme. C'est ainsi que Roper et col ; constatent dans une population d'enfants autistes sourds que leur diagnostic d'autisme a été beaucoup plus tardif que dans le cas d'enfants autistes non sourds alors même que les deux groupes d'enfants ne présentaient aucune différence dans leur présentation clinique.

#### **Les déficits visuels :**

Ils semblent aussi fréquents dans l'autisme ; Kielinen rapporte, à partir de l'observation des caractéristiques de enfants et adolescents autistes âgés de moins de 16 ans et diagnostiqués selon le DSM IV, que la plupart d'entre eux ont un déficit visuel sévère pouvant aller jusqu'à la cécité et un trouble visuel modéré.

Fombonne , dans une méta-analyse (1999), fait état des résultats de quatre études publiées entre 1976 et 1997 et dans lesquelles la prévalence des déficits visuels dans l'autisme se situe entre 0% et 3 %. Ils sont fréquents dans le développement avec notamment des manifestations d'anxiété. Avec l'âge, les manifestations anxieuses s'estompent le plus souvent. Dans certains cas cependant, les manifestations phobo-obsessionnelles s'installent durablement et s'amplifient. Des éléments dépressifs peuvent aussi apparaître, surtout à partir de l'adolescence et avec la prise de conscience des difficultés. (ROGE. B, 2003, P30).



## 4. Le diagnostic et l'évaluation de l'autisme :

En général, un diagnostic certain ne peut être établi avant l'âge de 24 à 30 mois ; avant, on peut mettre en évidence des signes de développement anormal, mais on ne peut pas prédire comment évoluera l'enfant, et s'il évoluera vers un trouble autistique (LEMAY 2004).

Le diagnostic de l'autisme repose sur un ensemble de signes comportementaux et sur l'histoire du développement. Pour poser le diagnostic d'autisme il faut non seulement opérer un regroupement de symptômes dits autistiques, mais tenir compte du contexte social et familial de l'enfant, de son histoire médicale et biologique et les hypothèses étiologiques avancées. Ce diagnostic va permettre ensuite de circonscrire les informations nécessaires au traitement thérapeutique et ou éducatif ; pour cela plusieurs bilans sont nécessaires :

### 4.1 Le diagnostic précoce :

Le diagnostic précoce n'est pas seulement un soulagement pour les parents, mais aussi une aide ciblée aux enfants concernés, améliorant ainsi sensiblement leur potentiel de développement. Cependant, plus précoce sera la détection et donc la prise en charge, meilleur sera le pronostic (FERRARI 2004, LEMAY 2004, ROGE 2003).

#### 4.1.1. CARS : échelle d'évaluation de l'autisme infantile :

Élaborée par Eric Schopler et ses collaborateurs, il s'agit d'un outil d'abord conçu pour l'observation des enfants. Cette échelle peut être utilisée avec les enfants au-dessus de 24 mois. Le recueil de l'information se fait classiquement d'une double manière : entretien avec la famille et observation de l'enfant. Le CARS est largement reconnu et utilisé comme un instrument fiable pour le diagnostic de l'autisme. Son administration prend environ trente à quarante-cinq minutes. Le CARS est probablement l'instrument de diagnostic le plus utilisé en France. Il est important de prendre en compte l'évolution antérieure des troubles et cet aspect représente un élément crucial pour le diagnostic. (B. ROGE, SCHOPLER et al. 1989).

#### 4.1.2. ADI-R: autism diagnostic interview revised:

L'ADI-R (Le COUTEUR et al. 1989 ; LELORD et al. 1994) est un entretien semi-structuré mené avec les parents. L'orientation de l'entretien repose sur des items définis au préalable et qui sont cotés en fonction de la description précise du comportement recherché, de son intensité, de son degré déviance par rapport au développement ordinaire, et de sa fréquence. Cet entretien permet de rechercher les symptômes de l'autisme dans le domaine des relations sociales, de la communication et des comportements ritualisés et répétitifs. Il permet de faire un diagnostic de trouble du spectre autistique en référence au *DSM-IV* (APA, 1994) et à l'*ICD-10* (Who, 1992, 1993)

Cet entretien prend en compte les éléments du développement dans la partie enfance comme la présentation clinique actuelle. En ce qui concerne l'aspect rétrospectif, cet outil permet de

rechercher les premières manifestations du trouble et leur évolution dans la petite enfance. Elles correspondent au degré de déviation par rapport au comportement normal. L'administration prend beaucoup de temps (deux à trois heures) et demande un entraînement et une validation spécifiques. De ce fait, il est moins utilisé en clinique que dans le domaine de la recherche.

## 4.2. L'évaluation de l'autisme :

### 4.2.1. 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. (G. LELORD, D. SAUVAGE, 1991, P99). 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 l'apparition des troubles avant l'âge de 3 ans ; altération qualitative des interactions sociales 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.

### 4.2.2. 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 métabolique, infectieuses, génétiques. Pour contribuer à la connaissance et à la compréhension de l'autisme, des disciplines qui sont longtemps ignorées ; tels 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. (G. LELORD, D.SAUVAGE, 1991, P59). Le bilan doit être soigneux et réalisé par un spécialiste en pédiatrie, ORL, neurologie... il recherchera notamment : l'existence d'une anomalie neurologique et 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 le cas : IRM cérébrale, imagerie fonctionnelle...

#### **4.2.3. 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 (Echelle d'évaluation du comportement psychomoteur). (*Ibid.*, P. 162)

#### **4.2.4. Evaluation 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 spatio- 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 le mode de contact avec son entourage, l'utilisation des objets...

On ajoute aux tests psychométriques classiques un niveau test construit par *SCHOPLER et REICHLER en 1980*, la psycho éducationnel profil (PEP). (G. LELORD, D.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.

#### **4.2.5. 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.

## 5. Diagnostic différentiel :

Dans la plupart des cas, la détermination d'un diagnostic précis nécessite une phase d'observation de l'individu, qui peut parfois être longue (plusieurs mois dans certains cas).

De plus, il s'agit d'un syndrome qui n'évolue pas de façon totalement linéaire, dont les symptômes varient au cours de la journée, et d'une manière générale.

Toutes ces variations inter mais également intra-individuelles rendent le diagnostic relativement difficile, d'autant plus que la majorité des praticiens comme des parents ne sont pas suffisamment sensibilisés à ce trouble précoce (*ATTWOOD 2003, LEMAY 2004, ROGE 2003*).

### 5.1. Diagnostic différentiel au sein des troubles autistique :

Dans tous les cas d'autisme, on retrouvera des altérations qualitatives des aptitudes à la communication réciproque, des anomalies dans les modes d'expression symbolique (langage, graphisme, imitation, jeux de faire-semblant), ainsi que des stéréotypies, une réception des informations et un traitement de celles-ci toujours singulier mais avec des intensités variables (*AUSSILLOUX et al. 2004, FERRARI 2004, LEMAY 2004*).

#### 5.1.1. L'autisme pur de Kanner :

C'est la plus sévère. Les premiers signes sont généralement visibles avant l'âge d'un an, mais ne sont pas encore spécifiques. On met en évidence des anomalies des modes d'intégration sensorielle, notamment concernant les stimuli visuels, auditifs et tactiles, des anomalies de motricité les limites du corps sont très mal perçues, avec des fonctions exploratoires très réduites et des stéréotypies nombreuses. (*LEMAY 2004, ROGE 2003, SIGMAN et CAPPS 2001, VOLKMAR et al. 2005*).

Le langage et les modes d'expression symboliques sont extrêmement limités et la pensée est rigide ; les contacts avec autrui, s'ils existent, se font par les sens, mais généralement, l'enfant se place très tôt dans un retrait important. La plupart des sujets présente un déficit intellectuel assez marqué.

On observe souvent une impulsivité marquée ainsi que des troubles du sommeil, liés à des seuils de vigilance plus élevés, qui surviennent généralement après l'âge de 2 ans (*FERRARI 2004, LEMAY 2004, ROGE 2003, SIGMAN et CAPPS 2001*).

### **5.1.2. Le syndrome d'asperger :**

Ce syndrome regroupe des sujets aux signes autistiques nets, mais qui ne présentent que très peu de retard de langage et qui ont même parfois des facultés étonnantes dans ce domaine, bien que l'on retrouve des anomalies. (*ATTWOOD 2003*).

La maladie est généralement repérée vers l'âge de 4 ans assez souvent au moment de la scolarisation, grâce aux anomalies de conduite sociale qui deviennent visibles au sein du groupe d'enfants, avec un enfant qui s'isole, à ses activités propres, ou bien qui, au contraire, joue avec les autres mais en imposant ses règles. (*Ibid.*).

Leur langage, qui apparaît précocement, présente des anomalies, et font parfois des réflexions embarrassantes ou interrompent une conversation de façon incongrue (*ATTWOOD 2003, LEMAY 2004, VOLKMAR et al. 2005*). Et dans la forme (les thèmes sont répétitifs, et les échanges rares : il s'agit souvent de véritables monologues) que dans la tonalité, avec un aspect pédant du langage. Contrairement aux autres formes d'autisme, on observe une grande stabilité des signes jusqu'à la fin de l'adolescence, puis la majorité (bien qu'il ne soit pas possible d'établir un pronostic) pourra s'intégrer socialement, avec toujours cependant, des difficultés relationnelles.

### **5.1.3. Les dysharmonies psychotiques :**

On utilise souvent le terme d' « enfant éponge » pour parler des enfants atteints : en effet, ils semblent comme envahir par les informations sensorielles issues de l'environnement, sans possibilité de les moduler pour permettre leur intégration, et les appréhender dans leur globalité (dans les autres formes d'autisme, il s'agit d'une incapacité à intégrer plusieurs stimuli à la fois) ; il en résulte une séparation radicale des expériences vécues en bonnes ou mauvaises. Des phases de retrait ou au contraire, de fusion avec l'entourage, seront souvent pour eux le moyen d'éviter un débordement. Cependant, lors d'une situation structurée, clairement définie, l'adaptation se fera souvent bien, du fait d'un besoin d'immuabilité spatiale et temporelle. De ses flots de sensations impossibles à maîtriser, découle la création d'un univers intérieur imaginaire angoissant, à isoler de la réalité. (*LEMAY 2004, FERRARI 2004*).

Ce sont également des individus angoissés quant à la préservation de leur intégrité corporelle. Le langage apparaît tardivement, mais le retard se comble suffisamment vers trois ans, pour pouvoir décrire l'univers intérieur de façon répétitive. La scolarité de tels enfants peut être maintenue, dans un cadre structuré. Souvent, à partir de l'adolescence, les sujets s'adaptent mieux à la vie quotidienne, mais en contrepartie, cela passe par une ritualisation obsessionnelle des séquences de l'existence (*Ibid.*).

#### **5.1.4. Les psychoses précoces déficitaires :**

Elles associent les signes de la série autistique (difficultés de communication, repli sur soi, comportements impulsifs et auto-agressifs), et des signes de déficience mentale. (*Ibid.*). C'est au sein de cette catégorie que l'on trouve le plus fréquemment une association avec certains troubles organiques tels que le syndrome de l'X fragile, des anomalies chromosomiques, métaboliques. Cette maladie toucherait préférentiellement des individus de sexe masculin.

Se pose le problème des psychoses des intégratives en tant que forme d'autisme : dans la classification américaine, elles figurent dans le groupe des TED en tant que troubles désintégratifs de l'enfance, mais au contraire des différentes formes d'autisme, l'évolution n'est pas stable. Elles surviendraient environ dix fois moins souvent que l'autisme (*VOLKMAR et al 2005*).

Dans ces psychoses, on a un développement normal de l'enfant jusqu'à l'apparition du langage, des capacités relationnelles, des jeux, d'une motricité fine, et de bonnes aptitudes intellectuelles, puis tout ou partie de ces acquisitions se détériore, de même que le contrôle sphinctérien. (*ROGE 2003, LEMAY 2004*).

### **5.2. Diagnostic différentiel avec d'autres troubles :**

#### **5.2.1. Schizophrénie infantile :**

Ce trouble, très rare, débute dans la grande majorité des cas après l'âge de 5 ans la forme qui débute à l'adolescence ou à l'âge adulte est cependant beaucoup plus fréquente. (*KAPLAN et SADOCK 2002, ROGE 2003*).

Cette maladie, présente certains symptômes retrouvés dans le cadre de l'autisme : pauvreté des relations avec l'entourage, rejet par les pairs, repli sur soi et difficultés scolaires, qui sont en fait les prémices de la maladie, avec parfois, retard des acquisitions motrices et du langage. Cependant, la schizophrénie infantile, d'apparition plus tardive que l'autisme, survient chez des enfants dont l'intelligence n'est pas affectée. Les traits caractéristiques de cette maladie, qui sont des hallucinations visuelles et auditives, des idées délirantes, des affects inadaptés, et des troubles du cours de la pensée, ne sont pas retrouvés chez les autistes (*ATTWOOD 2003*), (*Ibid.*).

### 5.2.2. Syndrome de l'X fragile :

Ce syndrome se trouve parfois associé à des troubles autistiques, notamment avec les psychoses précoces déficitaires. Il s'agit essentiellement d'un retard mental, généralement modéré, souvent associé à des traits rappelant ceux de l'autisme : troubles du comportement avec une pauvreté des relations sociales, parfois des automutilations une hyperactivité ou de la dépression, une hypersensibilité à certains stimuli ainsi que des troubles du langage ; on note aussi une dysmorphie de la face et des anomalies testiculaires. (FERRARI 2004, ROGE 2003).

### 5.2.3. Syndrome de West :

Cette encéphalopathie qui provoque de brèves, mais fréquentes crises journalières de contractions des différentes parties du corps, et qui entraîne une régression psychomotrice de l'individu, peut parfois être confondue avec un syndrome autistique, en raison de troubles importants du contact à un moment donné de l'évolution de la maladie. (FERRARI 2004).

### 5.2.4. Syndrome de Prader-Willi :

Cette maladie d'origine génétique, qui se caractérise par une hypotonie sévère dès la naissance, ainsi que par une recherche compulsive de nourriture, comporte, de même, certains signes présents lors d'autisme. On note un retard de langage et du développement psychomoteur, des troubles du sommeil, des stéréotypies de grattage, des crises de colère et une sensibilité moindre à la douleur. (B.ROGE 2003).

### 5.2.5. Syndrome d'Angelman :

Il s'agit aussi là d'une maladie d'origine génétique dont certains des signes peuvent évoquer l'autisme : les sujets atteints présentent des stéréotypies manuelles, des signes d'auto agression, un langage absent ou peu développé, un retard de développement psychomoteur, une hyperactivité, des troubles du sommeil et de l'alimentation, et enfin, une sévère déficience intellectuelle dans la majorité des cas. Cependant, les contacts sociaux sont généralement normaux. (*Ibid.*).

### 5.2.6. Déficience mentale isolée :

Dans les premières années de vie de l'enfant (environ jusqu'à l'âge de 4 ans), il est très difficile de déterminer si une absence d'intérêt pour l'entourage est causée par un syndrome autistique pur ou bien par une différence intellectuelle sévère, ou enfin, par une association des deux ; des éléments peuvent cependant orienter le diagnostic vers une déficience mentale importante, notamment un accident périnatal, des malformations, une impossibilité d'apprentissage des différentes stations (debout, assise...), de la propreté, un faciès inexpressif, des résultats d'examen neuromoteurs nettement inférieurs à la moyenne, puis de lents progrès seront notés, avec atténuation des signes de type autistique. Vont se

développer les échanges visuels, des sollicitations et des réponses aux sollicitations de l'entourage, un langage tout à fait normal. Dans le cadre des deux troubles associés, le pronostic concernant les aptitudes intellectuelles ne pourra être effectué de façon certaine avant l'âge de 9 ans dans la majorité des cas (LEMAY 2004).

### **5.2.7. Absence ou retard de développement du langage :**

Nous ne parlons ici que de la dysphasie du langage expressif et réceptif, non lié à un trouble auditif ni à une anomalie anatomique, ni à une déficience intellectuelle. Deux syndromes peuvent parfois être confondus avec l'autisme : le déficit de l'agnosie verbale », qui fait que les mots n'ont plus de sens pour les enfants , et « la dysphasie sémantique pragmatique » , qui touche essentiellement la compréhension , plutôt que l'expression avec entre autres une expression verbale rare avant l'âge de 5 ans , des erreurs de syntaxe et de phonologie , et une entrave aux échanges impliquant la tonalité de la voix ou les mimiques faciales . (LEMAY 2004, ROGE 2003). De cette incapacité à communiquer correctement verbalement, il résulte peu à peu un repli sur soi, avec des comportements auto sensoriels répétitifs, malgré un certain désir d'entrer en communication avec l'entourage. (ATTWOOD 2003, LEMAY 2004). On constate de plus, souvent, des anomalies dans les mouvements. Dans ce tableau, identique par bien des points à celui des syndromes autistiques, il est très difficile de reconnaître un certain effort pour communiquer (essentiellement par les gestes, au sein de cette attitude de repli ; de ce fait, le diagnostic nécessite une période d'observation longue. Un soutien éducatif appuyé par le rôle essentiel de l'orthophoniste permettra de faire régresser les signes de type autistique, à condition que l'on ait au préalable vérifié que la dysphasie n'était pas l'un des symptômes d'un syndrome autistique. (Ibid.).

### **5.2.8. Dépressions infantiles précoces :**

La réaction de certains enfants , suite à une carence affective précoce par exemple ( cas d'abandons multiples, d'une longue période passée en orphelinat, d'une mère qui a un enfant dans le seul but non avoué de combler son manque d'affection, cas de parents fortement dépressifs,...), ou à de la maltraitance , peut être une recherche de protection dans l'isolement, accompagnée de stimulations auto sensorielle répétitive, très difficile à distinguer d'un syndrome autistique (il s'agit en fait de défenses autistiques). L'histoire de l'enfant, seule, ne permet pas de donner une orientation, sauf si l'on retrouve des périodes où l'enfant communique normalement avec son entourage.

## **5.3. Examens complémentaires :**

Certains vont permettre d'éliminer des hypothèses de maladie ou d'affection concomitantes comme la réalisation d'un audiogramme, tests de vision, électroencéphalogramme (EEG) en



cas de troubles de type épileptique, caryotype, techniques d'imagerie médicale pour objectiver des anomalies cérébrales, étude des différents potentiels évoqués. D'autres examens permettent d'apporter un élément de confirmation comme le dosage de la sérotonine sanguine, ou bien d'établir le degré d'atteinte de l'enfant, avec une batterie de tests, pour évaluer le niveau intellectuel, les compétences linguistiques, le degré de développement psychomoteur. (DANION-GRILLIAT 1996, FERRARI 2004, ROGE 2003).

## **6. les prises en charges :**

A l'heure actuelle, n'existe pas de traitement qui apporterait une amélioration prouvée aux autistes. On n'est pas encore arrivé à guérir l'autisme. Aucun traitement médical ou psychologique n'a été trouvé à ce jour, malgré le nombre considérable jamais égalé d'études et recherches consacrées à cette affection.

Il est clair qu'une éducation spécialisée, conçue et mise en œuvre en fonction des capacités et des spécificités de chacun constitue la base indispensable de toute prise en charge de la personne autiste. Le traitement médicamenteux ne peut être prescrit qu'en association à une éducation spécialisée. Il est important de prendre en charge l'enfant autiste le plus rapidement possible afin de lui offrir les meilleures chances d'atténuer les troubles encombrants inhérents à l'autisme. De plus, un « traitement » adéquat pour leur enfant autiste permet aux parents d'être soulagés par ce soutien. Cela les amène à ne pas focaliser leur attention uniquement sur l'enfant atteint d'autisme, mais d'offrir également à la fratrie ce dont elle a besoin.

### **6.1. Les traitements médicamenteux :**

Faire l'état de la question des médicaments dans l'autisme n'est pas facile, car les données en pharmaco-épidémiologie sont rares et les études peuvent présenter des résultats opposés pour un même essai médicamenteux. Il n'existe pas de pharmacologie spécifique pour l'autisme et pas de médicaments dont on puisse affirmer qu'ils aient montré leur efficacité curative dans les troubles autistiques. Certains symptômes ou comportements autistiques peuvent bénéficier de traitements efficaces.

Mais les effets des médicaments pourront considérablement varier d'un sujet à l'autre et parfois aussi chez un même sujet au cours du temps. Les médicaments sont toujours considérés dans l'autisme comme secondaires, comme un traitement d'appoint avec des objectifs symptomatiques. Depuis longtemps, un effet principalement recherché a été la diminution des comportements gênants d'agitation, d'agressivité, éventuellement d'automutilation chez ces enfants, au moyen de neuroleptiques dits traditionnels, agissant essentiellement par une action sédatrice.

Il y a donc un objectif double dans le traitement proposé aux personnes autistes : réduire des comportements gênants quand ils existent et réhabiliter des fonctions déficitaires. Or ceci pose un problème d'utilisation de certains produits qui, prescrits pour atteindre le premier

objectif de façon efficace, risque d'entraver le second (par exemple, les neuroleptiques vont faire baisser les troubles du comportement, mais diminuer la vigilance et risquer d'entraîner une sédation des fonctions cognitives, communicatives ...). De plus, dans l'autisme, les traitements sont souvent de longue durée.

Ainsi, à côté des médicaments traditionnels (neuroleptiques à visée sédatrice), il existe de nouveaux produits antipsychotiques qui semblent avoir de bons effets au plan clinique sans présenter des inconvénients majeurs des produits classiques (la Risperidone). De même certains produits sont en cours d'expérimentation ( Naltrexone , sécrétine , vitamine B6, et magnésium, fenfluramine...) pour viser à améliorer des cibles particulières (hyperactivité, auto agressivité, agitation, interaction). Il est donc important avant toute prescription, d'évaluer sur quelles cibles comportementales ou quelles fonctions on veut intervenir, et pour quels types de troubles autistiques et quel profil d'enfant autiste on veut essayer ce traitement. (TARDIF. C ET GEPNER. B, 2003, P107).

## **6.2. Les prises en charges thérapeutiques :**

Les psychothérapies sont multiples ; elles peuvent être individuelles ou groupales et elles peuvent être utilisées assez diversement pour agir sur les troubles du comportement, sur l'éveil sensoriel, sur les perceptions corporelles, sur les capacités de jeux, sur les fonctions instrumentales ... elles peuvent être médiatisées par des supports (jeux, peinture, musique...) pour permettre à l'enfant de communiquer à partir d'un intérêt particulier. (Op .cit, P108).

### **6.2.1. La psychothérapie individuelle :**

Notamment pour les personnes d'assez bon niveau et ayant des moyens de communication à disposition, pourra être un soutien utile pour évoquer et élaborer leur peurs, leurs angoisses et la souffrance d'être différent, pour comprendre des situations sociales si déroutantes pour elles, et les aider à gérer le stress que cet ensemble de difficultés génère au quotidien. (Ibid., P109).

### **6.2.2. Les thérapies familiales systémiques :**

La personne autiste soit vue et reçue avec ses proches dans un espace prévu pour parler des interactions familiales et du système dans lequel les échanges s'opèrent. Par l'analyse de communication et des rôles des uns et des autres au sein de la famille, elles peuvent être utiles pour la fratrie, dans ses liens et modes d'échange avec leurs parents et leurs frères et sœurs autistes. (TARDIF. C ET GERBNER. B, 2003, P109).

### **6.2.3. Les thérapies cognitives comportementales (TCC) :**

Dans leurs différentes formes s'intéressent généralement à modifier certains comportements inadaptés ou dangereux pour la personne ou pour autrui (automutilations, agressivité). Elles

doivent utiliser des procédures positives pour aider la personne à avoir des conduites plus adéquates socialement. Les renforcements positifs sont utilisés pour aider la personne à progresser. Le but est de réapprendre à la personne un comportement approprié par des techniques très codifiées. (Ibid., P109).

#### **6.2.4. La thérapie institutionnelle :**

C'est la méthode utilisée dans les établissements du secteur médico-social et hospitalier. Prendre en charge l'enfant dans sa globalité au sein d'une pluridisciplinaire. L'institution est alors posée comme un espace de rencontre, un cadre protecteur est protégé, assurant une fonction contenante (au sens de Bion) est un espace transitionnel (au sens de Winnicott). La personne généralement prise en charge dans des séances individuelles, mais de groupe, lors d'ateliers. La vie de l'institution fait alterner des temps dits thérapeutiques et des temps dits occupationnels. Une occupation doit avant tout avoir un objectif, le choix d'une occupation intéressante, appropriée, régulière et ciblée pour la personne autiste pourra diminuer son ennui, ses stéréotypies ou ses comportements difficiles, et lui permettre d'apprendre ou de se faire plaisir. (TARDIF. C ET GERBNER. B, 2003, P109, 110).

#### **6.3. La prise en charge éducative :**

On retrouve donc des actions éducatives, mais non isolées, et tenant compte des mécanismes psychopathologiques. Elles vont tendre à faire parvenir l'enfant à un certain degré d'autonomie dans la vie quotidienne (propreté, vie sociale, intégration...) en passant par des approches corporelles, des thérapies du langage et des thérapies cognitivistes. (FERRARI 2004, LEMAY 2004, ROGE 2003).

Plusieurs études recensées par (ADRIEN, 1996, P193) montrent l'intérêt d'imiter les comportements propres des enfants autistes pour améliorer la relation de l'autiste avec son entourage ; en effet, les échanges visuels seraient plus fréquents pendant cette période, et les interactions plus longues. On peut également travailler sur certains comportements pivots desquels découlent certaines compétences : il s'agit par exemple des conduites à adopter en société pour permettre une intégration la meilleure possible. (ROGE 2003).

##### **6.3.1. Le programme de Schopler (TEACCH) :**

La division TEACCH traitement et éducation des enfants avec autisme et autres handicaps de la communication, créée aux États-Unis, est une méthode éducative spécifique. (Ibid. P174).

En partant de l'observation et de l'étude du fonctionnement cognitif de l'enfant autiste. Il s'agit en réalité d'un programme qui vise à insérer l'enfant autiste dans son environnement naturel en favorisant le développement de son autonomie. Afin de concrétiser l'objectif, le programme s'appuie sur trois grands principes : le programme met l'accent sur les stades de développement de l'enfant afin d'intervenir adéquatement ; dans la petite enfance on s'intéresse au diagnostic, l'entraînement des parents et sur l'aide psychopédagogique ; à l'âge

scolaire, on se penche sur les problèmes d'apprentissage et les troubles du comportement ; à l'adolescence et l'âge adulte, on tend vers une grande autonomie, avec une formation professionnelle.

Dans ce programme, les parents jouent un grand rôle dans la prise en charge de leur enfant. Les parents sont orientés par les professionnels. De leur côté les parents s'impliquent dans le programme éducatif de l'enfant. Le projet éducatif individuel repose sur une véritable collaboration et une reconnaissance mutuelle. Sa mise en œuvre repose sur deux principes :

La structuration : il s'agit d'adapter l'environnement à l'enfant autiste et de lui rendre compréhensibles les concepts abstraits qui lui posent le plus de problèmes, notamment l'écoulement du temps.

La communication : il est nécessaire d'introduire une communication codée non verbale à travers le canal visuel qui est le moins entravé par les troubles. Et ce par le biais de gestes, objets, images, photographies.

Adaptation du programme éducatif et thérapeutique à chaque enfant, en fonction des données du bilan des émergences, ces attentes des parents. Ce qui implique une formation approfondie des personnes chargées d'intervenir auprès de ces enfants. (SCHOPLER. E, REICHLER R.J, LANSING M, 1988).

### **6.3.2. L'ABA (Applied Behavioral Analysis):**

Yvor Lovaas a mis au point la méthode ABA ou l'analyse appliquée du comportement.

Une approche novatrice qui implique un thérapeute, les parents et éventuellement la fratrie. Cette méthode doit d'abord et avant tout s'adapter au caractère spécifique de chaque enfant autiste ce qui oppose une observation constante de son comportement quotidien : son rapport aux objets, à ses proches, son langage, le rythme de son développement par rapport à celui d'un enfant normal. (RON LEAF et J.MCEACHIN, PEARON ,2006. V, ATTALL, SEPTENTRION ,2007).

L'ABA c'est une méthode fondée sur des principes scientifiques et expérimentaux qui emploie des stratégies basées sur la théorie de l'apprentissage selon laquelle celui-ci est affecté par les événements qui précèdent et qui suivent certains comportements.

Son principe c'est que l'enfant est pris en charge de façon continue chez lui et à l'école. C'est donc une méthode intensive L'ABA a pour objectif, la modification du comportement par la manipulation de l'environnement.

Les parents pourront participer activement en recevant conseils et orientation du psychologue et du personnel encadrant, ainsi qu'éventuellement, une formation spécifique pour pouvoir appliquer le programme à domicile dans un but de généralisation, de continuité et de cohérence. C'est la généralisation des apprentissages concrets acquis dans l'établissement et

extrapolés dans l'environnement quotidien /social qui viendra participer au développement et renforcement des mécanismes et compétences recherchés. (Op.cit.).

**Synthèse :**

On a vu au long de ce travail, que l'autisme à beaucoup évolué depuis sa première description malheureusement, on ne connaît pas la cause des troubles envahissants du développement. Les recherches actuelles laissent supposer que ces troubles sont liés à des facteurs génétiques (héréditaires) qui touchent le développement du cerveau dès le plus jeune âge.

Il n'existe pas de méthode miracle pour traiter l'autisme, mais, par contre, plusieurs types de prise en charge conviennent bien aux enfants autistes qui nécessitent une collaboration étroite entre les professionnels et les parents.

Dans ce chapitre, on a essayé d'aborder les grandes lignes composant le trouble envahissant du développement ; et de cerner tous les aspects de la triade autistique d'une manière générale, puis on a essayé de globalisé et théorisé ce trouble.

Et par la suite on va passer à un autre chapitre, qui va aborder le chapitre méthodologique de notre travail.

# *Chapitre IV*

*Le cadre méthodologique  
de la  
recherche*

**Préambule :**

Dans chaque cadre de recherche, le praticien a recours à une méthodologie spécifique, avoir un terrain de recherche, une population d'étude en se basant sur différents outils d'investigations.

Ce chapitre comporte la méthode pour laquelle on a opté pour réaliser cette recherche, on s'est appuyé sur une méthodologie qui permet de valider la pertinence en utilisant un terrain et une population d'étude avec des méthodes convenables à la recherches.

**1. La méthode utilisée :**

Pour effectuer notre étude, nous avons adopté la méthode clinique afin d'analyser les différents éléments de notre recherche.

**1.1. 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 ». (N. Sillamy, 1999, p.58).

La méthode clinique est une méthode historique. Son concept repose sur le fait d'essayer d'obtenir des données qui concernent des événements passés ou bien des données qui concernent un problème actuel à la lueur de ses antécédents historiques ou passés. Cela tend à la question, pourquoi suis-je aujourd'hui ce que je suis, à savoir finalement le fruit de mon passé. La psychanalyse fonde sa recherche sur l'anamnèse d'un sujet, c'est-à-dire l'histoire racontée par un individu pour faire revivre son passé et ainsi comprendre son présent. Et l'objectif de la recherche clinique est d'accroître les connaissances que l'on a d'un individu et de comprendre les changements qui surviennent chez lui et aussi d'acquérir beaucoup d'informations à son sujet. (Bédinieli. L-J, 2006, p.43).

Les recherches en psychologie clinique, font principalement appel aux méthodes descriptives, elles interviennent en milieu naturel en tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière.

Dans notre recherche, on a donc décidé d'adopter la méthode clinique, parce qu'elle nous permet d'approfondir dans le vécu psychologique des stratégies de coping chez les parents des enfants autistes.

**1.2. L'étude de cas :**

Elle met l'accent sur la compréhension des dynamiques présentes au sein d'un environnement unique, elle se limite à un domaine d'investigation bien spécifique, elle

permet la récolte des données très diverses. Elle se justifie par la complexité de problème à étudier. (Martine Hladyrispal, 2002, p.48).

Cette étude de cas est une étude approfondie sur un cas particulier soit il est une personne, un groupe ou un sujet spécifique, c'est une enquête empirique qui examine un phénomène contemporain au sein de son contexte ne sont pas clairement évidentes et pour lesquelles de multiples sources de données sont utilisées (Ibid. p.48).

L'étude de cas comme méthode de recherche, nous permet de rester au plus près de la réalité clinique, et de décrire le groupe de recherche avec ses détails, et d'approfondir pour mieux les analysés.

## **2. La pré-enquête :**

C'est une étape très importante dans toute recherche car c'est le premier élément qui nous aide à effectuer notre recherche, afin d'arriver à la pertinence des hypothèses avec laquelle nous confirmer ou infirmer nos hypothèses de recherche et de désigner notre groupe d'étude.

On a effectué notre pré-enquête au niveau d'une association à Bejaia où on a expliqué l'objectif et la nature de notre recherche à la psychologue et elle nous a orienté vers les parents qui ont le problème et souffrent des enfants autistes ; ainsi on a effectué des entretiens avec les parents, on s'est présenté d'abord comme des stagiaires psychologues dans le cadre d'une recherche pour la préparation de notre démarche pour effectuer un entretien et administrer un test (WCC).

Nous les informons que les résultats vont être utilisés des fins de recherche tout en gardant leurs anonymats.

## **3. La présentation de lieu de recherche :**

On a réalisé notre pratique de recherche dans une association des autistes à Akbou (Espérance pour Autistes), à partir de la date 19/04/2017 au 19/07/2017 sur une durée de 60 jours.

Le cabinet se compose :

- Un petit pavillon où se trouve le bureau d'accueil avec la rentrée.
- Un bureau de plus où on a effectué nos entretiens.
- Une salle réservée à la passation des activités des enfants où la psychologue exerce son travail.
- Un espace réservé pour la motricité fine des enfants.
- Il y a une psychologue, un orthophoniste et une éducatrice.



## 4. La présentation de notre groupe de recherche :

### 4.1. Critère d'inclusion :

Les critères sur lesquels on s'est basé pour la sélection des cas :

- Tout les cas de notre étude sont des parents ayants des enfants autistes.
- On a pris en considération les enfants dans l'association.
- Les parents ayant un enfant de plus de 30 ans.

### 4.2. Critère d'exclusion :

Dans notre recherche nous n'avons exclus les critères suivants :

- On n'a pas choisit le niveau d'étude.
- On n'a pas pris en considération autres troubles associée à l'autisme.
- On n'a pas pris les enfants moins de 03 ans.

### 4.3. Echantillon d'étude :

Notre groupe de recherche est constitué d'un nombre de 04 cas, consiste les parents ayants des enfants autistes âgées de 04 ans et plus :

Cas	Nom
1 <sup>er</sup> cas	Fatah
2 <sup>ème</sup> cas	Karim
3 <sup>ème</sup> cas	Mouloud
4 <sup>ème</sup> cas	Zoubir

## 5. Présentation des outils de la recherche :

Dans chaque recherche la méthode clinique fait appel à des techniques spécifiques on a opté pour ce travail de recherche la méthode descriptive qui est adéquate a notre recherche a accompagne a cette dernière : entretien ; l'échelle (WCC) utilisé dans le cadre de la pratique de clinicien (B .gaillad 2000, p.20).

### 5.1. L'entretien :

On a choisit un entretien semi directif pour nous guider à récolter le maximum d'information sur les personnes interrogées tout en les laissant s'exprimer librement auprès des parents des enfants autistes.

L'entretien consiste à une conversation avec le sujet ou des membres se son milieu de vie permettent de préciser les antécédents et l'évolution de la situation ou de la maladie qui à conduit à l'examen mettant les sujets dans une situation particulière.

L'entretien est un dispositif de base en psychologie clinique à la fois outil de diagnostic, outil de thérapie et de soutien. C'est lui permet d'accéder à la représentation du patient, à ses émotions et son vécu, il prend en compte tous les aspects originaux, en amnésiques et actuels de problème posé par le sujet. (Chahraoui kh et benouny, 2003, p.43).

L'entretien clinique « comporte peu de question c'est l'enquête qui choisit le secteur de souvenir, les sujets qu'il veut aborder, le plus souvent, et le monologue tout ce qu'il dit intéressé l'enquêteur, dans quelques domaines ordre d'idées que se soit une série d'intérieur, est nécessaire, l'enquêteur dans ce type d'interviews, s'intéresse non seulement du contenu manifeste, que le dit le patient mais aussi la dont il dit ». (M. Grawtiz, 2006).

Il existe différent type d'entretien mais dans le cadre de notre recherche et vue les qualités des informations recherchées on a opté pour l'entretien « semi directif ».

Selon Chiland. L'entretien semi directif est « comme la situation ou clinicien pose quelque question simplement pour orienter le discours sur certain thèmes, cette structuration peut se précise jusqu'à propose un véritable guide d'entretien, les thèmes abordés par le clinicien sont préparé à l'avance, elle s'adapte à l'entretien, la structure d'un guide d'entretien reste simple ». (C. Chiland, 1983).

Dans ce type d'entretien, permet au clinicien dispose d'un guide d'entretien qui contient de certain nombre de questions préparée à l'avance, on a donc mis au point un outil d'enquête constitué de questions en abordant successivement trois axes :

Axe 1 : Inclut des informations générales y compris les variables démographiques.

Axe 2 : Réactions des parents au diagnostic.

Axe 3 : L'impact de la maladie sur quotidienne des parents.

## 5.2. Le teste de WCC :

La WCC est une échelle utilisée pour évaluer les stratégies d'ajustement au stress, c'est-à-dire l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et un événement pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien être physique ou psychologique. Ces stratégies peuvent aussi bien consister en une activité qu'un processus de pensée.

La WCC couvre les 2 dimensions du coping (Lazarus 1984) : la régulation de la détresse émotionnelle et la gestion du problème lié à cette détresse.

Toutefois une 3ème dimension, la recherche de soutien social, apparaît dans cette échelle.

L'échelle originale est constituée de 68 items répartis en 8 sous-échelles. Deux sous échelles correspondent au coping centré sur le problème : 1/ résolution du problème et 2/

Esprit combatif ou acceptation de la confrontation. Les 6 sous-échelles suivantes correspondent au coping centré sur l'émotion : 1/ prise de distance ou minimisation des menaces, 2/ réévaluation positive, 3/ recherche d'un soutien social, 4/ fuite-évitement, 5/auto-accusation, 6/ maîtrise de soi. A partir de la description d'une situation bouleversante, les sujets sont amenés à désigner, parmi diverses stratégies présentées, celles qu'ils ont le

plus souvent utilisées pour faire face à ce type de situation. Plusieurs versions françaises existent, l'une comportant 42 items (Vitaliano, 1985), 29 items (Paulhan, 1994), ou 27 items (Cousson, 1996).

Les scores aux différentes échelles sont obtenus en faisant la somme des scores d'items correspondant à chaque dimension, soit pour la version à 27 items, les regroupements suivants :

- coping centré sur le problème : items 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 27 ;
- coping centré sur l'émotion : items 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26 ;
- recherche de soutien social : items 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24.

**Catégorie de réponse** : Echelles de Likert

**Mode de passation, cotation, scores** :

A chaque item, le sujet répond sur une échelle de Likert à 4 degrés. Le score total est calculé par sous-échelle de coping. Les scores peuvent être comparés aux normes françaises (Cousson, 1996) :

	Coping problème		coping émotion		recherche soutien	
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type
Hommes (N= 221)	28,04	5,71	20,22	5,49	25,5	5,04
Femmes (N=247)	27,79	6,78	21,70	5,60	20,2	4,76

**Durée de passation** : Dix minutes

**Population cible** : Adultes

**Qualités métrologiques** :

La version française à 42 items de cette échelle a été validée auprès de 468 adultes, afin d'étudier sa structure factorielle et de déterminer ses qualités psychométriques (Bruchon-Schweitzer, 1996). L'analyse en composante principale a permis de dégager 03 facteurs expliquant 35,3 % de la variance totale :

Facteur 1 :

– Coping centré sur le problème : ce facteur rend compte de 11 à 16 % de la variance totale. Son contenu renvoie aux efforts pour résoudre le problème, suivre un plan d'action, se battre, se sentir fort, prendre les choses une par une, trouver des solutions.

Facteur 2 :

– Coping centré sur l'émotion : ce facteur rend compte de 10 à 12 % de la variance totale. Son contenu renvoie au sentiment de malaise, de culpabilité, à l'autocritique, l'espoir d'un miracle, d'un changement, au besoin d'oublier. Il n'y a pas de dissociation entre les diverses stratégies émotionnelles. La stabilité est tout à fait satisfaisante.

Facteur 3 :

Recherche de soutien social : ce facteur rend compte de 10 à 12 % de la variance totale. Son contenu renvoie aux notions de soutien informel et matériel mais aussi de soutien émotionnel.

La fidélité test-retest a été sur les scores bruts des trois échelles à une semaine d'intervalle.

Ces coefficients étaient de 0,90 pour le facteur 1, de 0,84 pour le facteur 2 et de 0,75 pour le facteur 3.

**Langues** : Anglais, français (traduction française : Paulhan et al. (1994) ; Cousson et al. (1996))

**Intérêts et limites** : Cette échelle permet d'évaluer l'efficacité des stratégies générales de coping chez des sujets confrontés à une situation stressante.

## 6. procédure de recueils de données :

### 6.1. Les conditions de déroulement de la pratique :

Les entretiens ont été effectués dans un petit bureau dans le siège, quelquefois sont été perturbés par les interlocuteurs à cause de facteur de temps ils se sentent presser afin de rentrer chez eux mais on a pu passer l'entretien ainsi le test WCC qu'on a utilisé avec des bonnes conditionnements on n'avait pas de difficultés, les parents étaient surpris au début après ils ont confié à nous.

### 6.2. Les étapes de déroulement de la pratique :

Notre pratique s'est déroulée en trois étapes :

**La première** : C'est la prise de contact avec chacun de nos cas.

**La deuxième** : était consacré à la réalisation des entretiens semi directif avec les parents et avec leurs accord, la durée moyenne des entretiens était 45 minutes, on c'est basé sur un guide d'entretien.

**La troisième** : était l'administration de l'échelle WCC.

Cette étape nous a permis de nous référer a un guide d'entretien ainsi les étapes de déroulement de l'échelle.

On a effectué notre pratique avec trois langues : (français, kabyle et arabe).

## Synthèse :

Afin d'étudier la stratégie de coping chez les parents des enfants autistes, on s'est appuyé sur une méthodologie qui est l'entretien clinique semi directif et l'échelle WCC, ainsi on s'est basé sur la méthode clinique qui est l'étude de cas afin de récolter des données pour voir le résultat faible.

Par le biais des méthodes effectuées ; la passation des entretiens et l'administration de test de coping, ce qui nous a permis d'avoir les informations nécessaires sur notre groupe de recherche et ses réactions défensives face à la situation de leurs enfants.

*Partie*  
*Pratique*

# *Chapitre V*

*Présentation, analyse des  
résultats et discussion des  
hypothèses :*

## **Préambule :**

Dans notre dernier chapitre, le travail portera sur « présentation, analyse et discussion des hypothèses ». Notre travail sera réparti en trois plans différents et complémentaires, qui sont : sur le premier plan, on aura à présenter nos cas cliniques, à partir desquels on a recueilli des données des entretiens cliniques de recherches effectués. Sur le second plan, on tentera d'analyser ces entretiens en utilisant l'interprétation qualitative du contenu, en se basant sur leurs propos, puis, analyser les résultats de l'échelle de coping en nous référant aux différents travaux théoriques du coping. De ce qui est du troisième plan, on aura à analyser nos hypothèses qu'on a formulées à partir des témoignages de nos sujets de recherche.

## **1. Présentation, et analyse des cas :**

### **1-1. Le cas de FATEH :**

Fateh est un homme âgé de 40 ans, un enseignant à l'université, sa femme à 38 ans, il a un enfant atteint d'autisme « Mouhamed » qui a 4 ans et une fille, la plus grande elle a 7 ans.

#### **1.1.1. Analyse de l'entretien :**

Monsieur Fateh vit une vie normale et calme avec sa femme et sa fille jusqu'à la naissance de leurs deuxième enfant « Mouhamed » qui était un enfant très calme et normal les premiers jours, mais au bout de ses 18<sup>ème</sup> mois sa grande mère, ( la mère de monsieur Fateh) a remarqué quelque chose qui n'est pas normale, elle a remarqué qu'il ne bouge pas quand elle le tient dans ses bras et qu'il marche sur la pointe de ses pieds, monsieur Fateh a ramené son enfant chez un psychologue, mais ce dernier n'a pas diagnostiqué Mohamed comme un autiste.

Mais monsieur Fateh a connu l'autisme grâce à un copain, puisqu'il dit : « mon copain m'a donné un article sur l'autisme ou j'ai trouvé les mêmes symptômes que j'ai remarqué chez mon fils. A partir de ça monsieur Fateh a commencé ses recherches sur l'autisme et il a décidé d'amener son fils à Alger, exactement au centre de KOUBA pour les autistes. Où il a exposés les symptômes de son fils à plusieurs spécialistes qui ont donné un seul diagnostic ; celui de l'autisme, et ils ont confirmé qu'il a des troubles autistiques et ont donné un diagnostic très précis, ce qui a beaucoup influencé sur monsieur Fateh et sa famille, monsieur Fateh a dit : « c'était un choc » il a dit aussi : « nous nous sommes préparés après avoir entendu le diagnostic », monsieur Fateh sait très bien que l'état de son fils n'est pas du tout une chose facile pour lui et pour sa famille aussi depuis ce temps il a commencé à faire beaucoup de recherche pour connaître profondément tout ce qui concerne ce trouble

Il a dit : « depuis que j'ai entendu le diagnostic, j'ai fait beaucoup de recherche sur l'autisme, sur internet, magazines, TV et partout où j'entends le mot autisme »



Il dit aussi : «Malgré tout on essaye d'être toujours positifs» parce que il se retrouve dans des situations très stressantes et embarrassantes soit devant la famille ou devant la société à cause de comportement de son fils, il ne peut pas par exemple le ramener n'importe où, ou le fait sortir avec lui, y a des endroit où il lui cause des critiques, il dit :

« Quand il y a une fête de mariage dans la famille, je reste moi ou sa maman avec lui, on le ramène pas aux fête ». Mais monsieur Fateh s'intéresse a donné des informations sur l'autisme à toute sa famille et l'entourage et il essaye de les sensibiliser pour qu'ils le traite comme il faut il dit aussi :

« de les informer pour qu'ils ne disent pas que mon fils est mal éduqué », des fois le petit Mouhamed montre des crises de colère au milieu de la route et n'importe où dans les lieux publics et c'est ce qui attire l'attention des gens sur lui, Monsieur Fateh trouve aussi des difficultés devant la grande famille, il dit : « chez moi y a pas de problème parce que j'habite tout seul dans un appartement avec ma femme et mes enfants mais quand nous visitons la grande famille sa commence les problèmes parce que Mouhamed crie beaucoup et dérange la famille et les voisins ».

Et comme monsieur Fateh et sa femme travaillent dehors, ont inscrit leur fils à la garderie mais après des jours, monsieur Fateh a remarqué que son fils perdre sa propreté, il a décidé de le faire sortir de la garderie, parce que c'est intolérable pour lui que son enfant soit négliger

Il essaye toujours qu'il soit dans le meilleur état et que rien ne lui manque, il dit : « je me fatigue, je cherche et je fais tout pour son bien » et pour cela il a appris lui et sa femme la technique de **T.E.A.C.C.H (Traitement and Education of Autistic Children and related communication Handicapped)**.

Monsieur Fateh rencontre aussi des difficultés ce qui concerne d'essayer de changer les habitudes de son enfant par exemple : manger Pizza chaque jour, parce que il crie beaucoup jusqu'à ce qu'il obtient ce qu'il veut et dérange tout le monde

Mais malgré la souffrance de monsieur Fateh, il voit qu'il a appris beaucoup de ces situations, il dit : « chaque comportement de mon fils est une expérience pour moi ».

Il paraît que monsieur Fateh est trop inquiet sur l'avenir de son enfant, il dit : « je pense toujours comment il va devenir d'ici 10-15 ans, je sais que plus il grandit plus la situation sera difficile ».

### **1.1.2. Analyse de l'échelle :**

- Des stratégies de coping centrés sur le problème 32
- Des stratégies de coping centrés sur l'émotion 24
- Des stratégies de coping centrés sur le soutien social 20

### **1.1.3. Synthèse générale sur le cas :**

D'après les résultats de l'analyse de l'entretien et de l'échelle de coping, on constate que monsieur Fateh a utilisé des stratégies de coping centrés sur le problème beaucoup plus par rapport aux stratégies de coping centrés sur l'émotion et stratégies de coping centrés sur le soutien social.

Son utilisation des stratégies de coping centrés sur le problème est apparue dans les stratégies suivantes :

« J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi »

« Je me suis battu pour ce que je voulais »

« Je me suis concentré sur un aspect positif qui pourra apparaître après »

« J'ai changé des chose pour que tout puisse bien finir »

« J'ai trouvé une ou deux solutions au problème »

Son utilisation de ces stratégies est apparu aussi dans le fait de ne pas abandonner l'atteinte de son fils par contre il a beaucoup cherché pour mieux connaître ce trouble, Il a dit : « depuis que j'ai entendu le diagnostic, j'ai fait beaucoup de recherche sur l'autisme, sur internet, magazines, TV et partout où j'entends le mot autisme » aussi on voit qu'il donne des informations sur l'autisme à toute la famille et son entourage, il dit :

« Je ne veux pas qu'ils disent que mon fils est mal éduqué »

Et ce qui concerne les stratégies de coping centrés sur l'émotion, il a utilisé :

« J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse »

« J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé »

« Je me suis senti mal de ne pas pouvoir éviter le problème »

« Je me suis critiqué ou sermonné »

Comme il a utilisé beaucoup des stratégies d'évitement, où il évite des faire sortir son enfant avec lui dans les lieux public ou aux fêtes du mariage dans la famille, il dit :

« Quand il y a une fête de mariage dans la famille, je reste moi ou sa maman avec lui, on le ramène pas aux fête ». Comme il ne fait pas confiance aux autres et qu'il ne laisse pas son fils avec eux.

Par contre il n'a pas beaucoup utilisé les stratégies de coping centrés sur le soutien social :

« J'ai parlé à quelqu'un de ce que j'ai ressenti »

« J'ai essayé de ne pas m'isoler »

On les voit aussi quand il a cherché de l'aide chez son copain et qui lui donne après un article qui l'a beaucoup aidé, aussi sa recherche et ses contacts avec beaucoup de spécialistes et le faite aussi d'apprendre les différentes techniques.

## **1-2. Le cas de Karim :**

Karim est un homme âgé de 37 ans il travaille enseignant au lycée, sa femme à 30 ans, il a un enfant autiste appelé « Yanis » qui a 05 ans et c'est le fils unique

### **1.2.1. L'analyse de l'entretien :**

L'entretien a été fait avec monsieur Karim dans son bureau, il était très compréhensif, il a répondu à toutes nos questions sans objection.

Monsieur Karim vie avec sa femme une vie normal et il était très content d'avoir son premier enfant Yanis, mais bientôt il a remarqué quelque chose anormal chez son enfant parce qu'il avait 2 ans mais il ne parlait toujours pas , dit monsieur Karim « quelque chose étrange, je le trouve toujours assis seul, il fait des gestes étranges, il ne m'entend pas quand je lui parle » il a décidé de l'amener chez un spécialiste il dit : « Je l'ai amené premièrement chez un pédopsychiatre sachant qu'il fait des entretiens avec l'enfant, mais après quand il a entendu qu'il y a un centre des enfants autistes à ALGER « KOUBA » il a décidé de le ramener, il dit : « au début on a cru que c'était un centre spéciale aux enfants autistes mais après on a découvert qu'il y avait beaucoup et différentes cas comme le retard mental et trisomie 21, monsieur Karim a trouvé dans ce centre beaucoup de spécialiste psychologiques et orthophonique qui ont donné à lui et à sa femme beaucoup de techniques comme (T.E.A.C.C.H)font des entretiens avec les parents et leurs enfants mais tellement le centre est très maintenant il ne le ramené plus.

Le diagnostic de petit « Yanis » selon son père était :

« Mon fils a un autisme mais sans retard mental »

Le diagnostic de l'autisme a beaucoup touché la famille même si ils ont fait des recherches avant surtout ce qui concerne ce trouble, monsieur Karim dit : « c'était une très lourde nouvelle le fait d'entrer le mot autisme, nous avons appris qu'il nous attend beaucoup de sacrifices, c'est un défi » monsieur Karim sait très bien que l'état de son fils n'est pas quelque chose simple et facile, mais il n'a pas baissé les bras, il continue ses recherches sur tout ce qui concerne ce trouble il a dit : « je sais que ce n'est pas une situation normale mais nous avons essayé de la rendre comme si c'est ça la situation normale » .

Monsieur Karim essaye d'être toujours avec son fils parce qu'il sait qu'il a un rôle très important dans l'amélioration de sa situation, il dit : « je sais que les parents ont un rôle plus important que celui des spécialistes » il tient toujours pour que son fils ne perds pas ses connaissances et il essaye de lui apprendre de nouveaux connaissances, il dit : « je prends

bien soin de lui, et si il dit un mot j'insiste pour qu'il le répète , et je le rappelle de ce mot à chaque fois que l'occasion se présente » .

Selon monsieur Karim son rôle c'est d'améliorer la situation de son fils, selon lui les spécialistes ne s'intéressent pas à donner des connaissances à son enfant comme ils ne s'intéressent pas que son enfant ne perd pas ce qui a appris (mots, connaissances, compétences, etc.....)

Monsieur Karim voit que prendre son enfant avec lui à n'importe quel lieu publique ne lui pose aucun problème mais au contraire ça lui aide à développer ses connaissances, il dit : « je le ramène avec moi partout, café, marché, fête, etc., je veux qu'il acquis plus de connaissances et qu'il améliore sa relation avec les autres » il dit aussi : « par exemple, je le ramène avec moi au pour lui apprendre comment s'asseoir sur la chaise et prendre le verre et les critiques des autres ne m'intéresse pas » comme il s'intéresse beaucoup monsieur Karim pour que tout le monde connais la situation de son fils et connais qu'est-ce que veut dire l'autisme, il dit : « je leurs explique qu'est-ce que veut dire l'autisme et je sais que ça est dans l'intérêt de mon fils, pour qu'ils sachent comment se comporter avec lui »

Malgré tout ce que monsieur Karim a dit et tout ce qu'il fait, tous ses sacrifices, il est très touché par la situation de son enfant et la complication de son état il dit : « mon idée sur l'autisme reste toujours que c'est un trouble très compliqué, qui touche tous les aspects, qu'il a beaucoup de problèmes et qui nécessitent beaucoup de sacrifices » il voit toujours que son fils est mieux que les autres, il a dit : « mon fils n'est pas comme les autres, il fait beaucoup de chose que les autres ne peuvent pas faire et il a beaucoup de connaissances c'est pour ça il ne faut pas le considérer comme eux »

### **1.2.2. Analyse de l'échelle :**

- Des stratégies de coping centrés sur le problème 31
- Des stratégies de coping centrés sur l'émotion 28
- Des stratégies de coping centrés sur le soutien social 25

### **1.2.3. Synthèse générale sur le cas :**

D'après les résultats de l'analyse de l'entretien et de l'échelle de coping, on constate que monsieur Karim a utilisé des stratégies de coping centrées sur le problème en premier degré par rapport aux stratégies de coping centrées sur l'émotion et celles centrées sur le soutien social.

L'utilisation des stratégies de coping centrés sur le problème apparaît dans :

« Je me suis concentré sur un aspect positif qui pourrait apparaître après »

« J'ai essayé de ne pas réagir de manière précipitée ou de suivre la première idée »

Ca apparaît aussi dans sa résistance face à l'atteinte de son fils malgré il est touché beaucoup mais vu que c'est son fils unique il poursuit ses recherches sur ce trouble et tous ces détails et aussi quand il s'intéresse beaucoup à lui faire apprendre personnellement et améliorer ses compétences, il a dit :

« Je prends bien soin de lui, et si il dit un mot j'insiste pour qu'il le répète, et je le rappelle de ce mot à chaque fois que l'occasion se présente ». Aussi il s'intéresse pas aux regards des autres et il ne regrette jamais de l'amener partout où il va, parce que il pense seulement à l'intérêt de son fils, il a dit : « je le ramène avec moi partout, café, marché, fête, etc., je veux qu'il acquiesse plus de connaissances et qu'il améliore sa relation avec les autres » il dit aussi : « par exemple, je le ramène avec moi au pour lui apprendre comment s'asseoir sur la chaise et prendre le verre et les critiques des autres ne m'intéresse pas »

En plus il donne des informations à son entourage sur l'autisme pour savoir comment se comporter avec son fils, et ce qui concerne les stratégies de coping centrés sur l'émotion apparaître dans :

« J'ai souhaité que la situation s'arrête ou finisse »

« J'ai souhaité pouvoir changer ce qu'est arrivé »

« J'ai espéré qu'un miracle se produirait »

Il a aussi utilisé des stratégies des réévaluations positive quand il essaye de croire que son enfant est normal et le traiter normalement hors que lui il a besoin d'un traitement spécial, il a dit : « je sais que ce n'est pas une situation normale mais nous avons essayé de la rendre comme si c'est ça la situation normale ». ces stratégies apparaît aussi dans sans défi contre ce trouble même si il connaît ses difficultés et que sa nécessite beaucoup de sacrifices, ou il a dit : « mon idée sur l'autisme reste toujours que c'est un trouble très compliqué, qui touche tous les aspects, qu'il a beaucoup de problèmes et qui nécessitent beaucoup de sacrifices ».

Ce qui concerne les stratégies centrés sur le soutien social, il a utilisé les suivantes :

« J'ai essayé de ne pas m'isoler », ils ont apparu aussi dans ses contacts avec les différents spécialistes pour apprendre les techniques correctes pour bien traiter son fils.

### **1-3. Le cas de mouloud :**

Mouloud est un homme âgé de 42ans, il travaille comme commerçant, sa femme a 32ans, il a un enfant autiste qui s'appelle « Rayane » il a ans et une fille c'est la plus petite elle a 10 mois.

#### **1.3.1. L'analyse de l'entretien :**

L'entretien a été fait au bureau du psychologue au sein de l'association, monsieur mouloud était très compréhensif et il a accepté de répondre a toute nos questions.

Monsieur Mouloud vivait une vie très normale avec sa femme jusqu'à la naissance de son premier enfant « Rayane », il était très content vu que c'était son premier mais quand « Rayane » avait ses (18 mois) ses comportements commencent à apparaître bizarres et étranges ce qui a dérangé la famille et la situation s'aggrave à chaque fois l'enfant grandit, Monsieur Mouloud dit : « le premier symptôme que j'ai remarqué chez mon fils et ma beaucoup dérangé est qu'il a grandi et ne parle toujours pas, aussi il bouge et saute beaucoup, il reste à la même position pour longtemps, il ne joue pas avec ses copains le ballon et si il joue il le fait avec une seule main » c'est tous ces comportements qui l'ont incité à ramener le petit « Rayane » chez une psychologue, il dit : « c'était pas un seul symptôme si c'était le cas je m'en doute pas, mais mon fils a montré plusieurs symptômes » ;

Mais malheureusement la psychologue de « Rayane » n'a pas reconnu son trouble et c'est Monsieur Mouloud qui a lui proposé l'idée de l'autisme, il dit : « il y'avait un site d'internet où j'ai mis tous les symptômes que j'ai remarqué chez mon fils et ils m'ont donné le diagnostic et à partir d'ici que j'ai commencé à connaître l'autisme puis je l'ai proposé à la psychologue », quand monsieur Mouloud a su que son enfant est autiste, il était très touché par ce diagnostic et même sa femme aussi, il dit : « c'était très difficile, difficile, difficile et lourd au même temps, je l'appelle il m'entend pas, je suis ici devant lui je le parle il me donne pas l'importance », puisque c'était son premier enfant il a beaucoup espéré de lui, il dit : « il était notre premier, on a centré sur lui tous nos souhaits iiih, mais inshallah il va devenir ainsi mais c'est comme un projet qui va échouer d'avance », même si Monsieur Mouloud a voulu que son fils soit normal mais il n'accepte pas de le traiter tel un traitement de père envers son fils en état normal, il dit : « je veux le traiter comme c'était un enfant ordinaire, c'est bien par rapport à nous, ça sert à nous mais lui non, il a besoin d'une éducation spéciale ».

Monsieur Mouloud pensait au début que c'était la naissance de sa petite sœur qui est la cause de la maladie de son fils, parce que selon lui, dans ses premiers mois il était un enfant normal, mais quand le moment de l'accouchement est arrivé dit monsieur Mouloud : « sa maman est allée à l'hôpital, nous sommes restés seuls à la maison moi et lui, j'ai remarqué qu'il était très triste, il ne voulait pas me parler, je lui emmener dehors pour le soulager un peu mais je me souviens très bien il a poussé tous ceux qui ont essayé de lui toucher ou lui parler », mais monsieur M a corrigé cette idée avoir vu le pédopsychiatre qui a fait un séminaire à la wilaya de Bejaia et qui a expliqué qu'il existe deux types d'autisme, celui qui apparaît à la naissance et l'autre qu'on peut pas diagnostiquer qu'après l'âge de (3ans) ou (4 ans) de l'enfant.

Monsieur Mouloud rencontre beaucoup de problèmes à cause du comportement de son enfant soit avec la famille ou dehors, il dit : « il nous a beaucoup souffert, surtout sa maman c'est qui reste avec lui (24h/24h) », les comportements bizarres de petit « Rayane » dérangent des fois son père ? Il a dit : « quand je reviens du travail j'aimerais lire un journal, voire la télévision ou dormir mais quand il crie il me dérange, il me laisse pas faire ce que je veux ». tous ces comportements venant de cet enfant ont un effet négatif sur la vie conjugale de ses parents, il dit : « ce qui me dérange le plus, quand je trouve mes affaires déchirées ou ruinées,

je me mis en colère et je crie sur ma femme » monsieur M reconnaît très bien la difficulté d'avoir un enfant autiste, il dit : « je vous ramène un enfant autiste gardez le avec vous 15 minutes et vous voyez l'étendue de la souffrance », monsieur M rencontre beaucoup de problèmes avec la grande famille à cause de son fil surtout la famille de sa femme vu qu'il n'ont pas accepté la maladie de Rayane et ils considèrent que c'est sa maman qui est la cause du comportement de son enfant parce que elle le puni, le frappe et crie sur lui beaucoup, dit monsieur mouloud « au début j'étais d'accord avec eux, mais après quand j'ai connu l'autisme et la vérité de ce trouble j'ai réalisé que ma femme n'est pas la cause du maladie de mon enfant » il rajoute « j'ai beaucoup disputé avec ma femme à cause d'eux » mais monsieur M insiste pour que toute la famille réalise la vraie cause du problème « l'autisme et même il essaye de leurs faire apprendre les techniques et comment se comporter avec lui mais malgré tout ça ils ont pas accepté que le petit est un enfant autiste parce que il était leur premier et le seul petit fils et ils attendaient pas à ça , alors il a essayé de minimiser le maximum de ses relations avec la famille de sa femme dans l'intérêt de sa femme et pour qu'ils ne dérangent pas son fils , il dit : « ma femme à risquer d'entrer dans une dépression sévère à cause d'eux » alors la relation avec la famille est très sensible mais monsieur M n'a pas abandonné il a essayé de sensibiliser surtout la sœur de sa femme vue qu'elle est étudiante en psychologie pour qu'elle l'aide à convaincre sa famille mais monsieur Mouloud dit : « finalement elle n'a pas accepté la situation de Rayane, elle n'est pas convaincu et sa m'a beaucoup blesse surtout qu'elle est dans le domaine et finalement monsieur M a décidé de couper toute ses relations avec cette famille dans l'intérêt de son fils il dit « je leurs dit soit vous acceptez mon fils tel qu'il est ou je ne vous accepte pas moi aussi » il dit que c'est lui et sa femme qui souffre beaucoup plus, il dit : « vous savez comment on trouve le plaisir entre parents et fils ; quand on l'appelle, on joue avec lui et il répond c'est une chose géniale, fantastique mais malheur ça n'arrive pas avec nous »

### **1.3.2. Analyse de l'échelle :**

- Des stratégies de coping centrés sur le problème 33
- Des stratégies de coping centrés sur l'émotion 28
- Des stratégies de coping centrés sur le soutien social 27

### **1.3.3. Synthèse générale sur le cas :**

D'après les résultats de l'analyse de l'entretien et de l'échelle de coping on constate que monsieur Mouloud a utilisé des stratégies de coping centrés sur le problème plus par rapport aux stratégies de coping centrés sur l'émotion et celles centrés sur le soutien social.

L'utilisation des stratégies de coping centrées sur les problèmes apparu dans :

« J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi »

« Je me suis battu pour ce que je voulais »

« Je me suis concentré sur un aspect positif qui pourra apparaître après »

Elle apparaît aussi dans ses essais de convaincre la famille de sa femme afin de les sensibiliser sur l'autisme, et que personne n'est là à cause de la maladie et aussi sans dépassement de l'état de son fils, il dit : « je veux le traiter comme c'était un enfant ordinaire, c'est bien par rapport à nous, ça sert à nous mais lui non, il a besoin d'une éducation spéciale ».

Il utilise aussi les stratégies de coping sur l'émotion dans :

« J'ai souhaité que la situation s'arrête ou finisse »

« J'ai souhaité pouvoir changer ce qu'est arrivé »

« Je me suis senti mal de ne pas pouvoir éviter le problème »

Et ces stratégies apparaissent plus dans sa relation avec la famille de sa femme ou il a coupé toutes les relations avec eux pour éviter plus de stress et de perturbation dans la famille surtout sa femme qui a risqué de déprimer

Ce qui concerne les stratégies de coping centrées sur le soutien social il a utilisé les suivantes :

« J'ai discuté avec quelqu'un »

« J'ai essayé de ne pas m'isoler »

« J'ai accepté la sympathie »

Et aussi quand il a cherché l'aide de la sœur de sa femme pour convaincre la famille de sa femme.

#### **1.4. Le cas de Zoubir :**

Zoubir est un homme âgé de 44 ans, employé à l'état, il a 3 enfants, le plus petit Hamza à 5 ans, autiste, et deux filles plus grandes âgées de 10 et 7 ans

##### **1.4.1. L'analyse de l'entretien :**

L'entretien a été fait dans le bureau de monsieur Zoubir, il était très compréhensif et il a accepté de répondre à toutes nos questions

Il vivait une vie normale et calme avec sa femme et ses deux filles mais après la naissance de son petit Hamza son père a remarqué qu'il a un problème au niveau de son oreille il l'a mené chez un médecin à Bejaïa puis à Alger à cause de ce problème mais quand l'enfant avait presque 24 mois dit monsieur Zoubir « j'ai remarqué des comportements pas normale par exemple quand on l'appelle, il ne répond pas mais quand il entend une chanson qui aime à la télé même de loin il court vite pour la regarder » alors le père a remarqué que le problème



n'est pas dans ses oreilles mais autre chose qui a resté abstrait au début, il dit : « si il veut nous montrer quelque chose avec les mains il utilise les mains des autres » alors toute la famille a remarqué que l'enfant n'est pas normal, après avoir ramené l'enfant n'est pas normal, après avoir ramené l'enfant chez plusieurs spécialistes il est avéré que c'est un enfant autiste, alors son père a décidé de l'envoyer en France avec sa maman, il ont donné un diagnostic précis à l'enfant et sa maman et les différentes techniques concernant son éducation, mais quand l'enfant a revenu en Algérie son père de son côté a beaucoup cherché sur l'autisme, il dit : « avant j'avais une simple idée sur l'autisme parce que j'ai vu un film qui parle de ça » il ajoute : « au début tout était normal on a essayé d'accepter la situation, mais comme vous le savez dans notre pays il n'y a pas de moyens et il n'y a pas d'orientation » Monsieur Zoubir a rencontré beaucoup de difficultés et de problèmes devant la famille et les voisins à cause du comportement de son fils il dit : « pour mes deux filles, je sens qu'on les a négligé beaucoup, tellement 24/24h occupés avec Hamza, elles ont aussi des droits tout comme Hamza » c'est ce qui pousse toujours monsieur Zoubir à sensibiliser ses deux filles de l'état de leur frère aussi à toute la famille et les proches aussi, il dit : « J'ai informé toute la famille et les voisins, c'est obliger, pour qu'ils sachent que ce n'est pas un enfant normal » aussi de ce qui concerne les problèmes avec les voisins, il dit : « j'habite un appartement en 5<sup>ème</sup> étage et quand mon fils saute crie ou court longtemps, il dérange les voisins » aussi le 5<sup>ème</sup> étage présente un danger pour l'enfant dit monsieur Zoubir : « j'ai bloqué toutes les fenêtres parce qu'il bouge trop » sa relation avec sa femme aussi est très sensible à cause de leur fils, il dit :

« Les premiers temps on se dispute toujours, mais je cherche toujours des solutions »

Monsieur Zoubir pense toujours à améliorer la situation il dit « j'ai trouvé la meilleure solution qui est ; il faut adapter le milieu avec l'enfant » mais il voit que des fois le problème est dans la société qui n'accepte ce trouble ; « notre société voit l'autisme comme un tabou, par exemple quand un parent ramène son enfant à la crèche et trouve un enfant autiste qui crie et pleure sans raison, il fait sortir son enfant de cette crèche » comme voit monsieur Zoubir que le diagnostic de l'autisme a un rôle très important, comme il est très touché par la situation parce que il a dit :

« Vous savez les parents des enfants autistes souhaitent que leurs enfants meurent pour qu'il n'arrive pas le jour où il se trouve seul »

Il dit aussi « je crois que c'est ce monde qui fait fuir les autistes pour un autre monde spéciale »

il insiste toujours que le problème se situe dans la société, il dit : « nous les êtres normaux quand voit quelqu'un dehors par exemple avec des vêtements déchirés on se moque de lui mais un enfant autiste il s'en fou parce que il lui arrive des situations qui pousse de voir la situation ainsi, il voit que le monde où son enfant vit et dans un monde mieux que notre monde, il dit : « une fois je dispute avec sa mère ou crie les deux filles pleurent, mais lui il

nous regarde et rit à haute voix » il dit aussi : « je l'imagine comme si il est dans une cage en verre fermé il voit notre monde à sa façon , et il essaye de casser le verre et sortir vers nous » il insiste toujours que le monde de son fils est beaucoup mieux que le nôtre, il dit en rigolant : « parfois je me demande est ce que c'est nous qui doit sortir vers lui » il ajoute aussi « vous savez on est devenu des philosophes grâce à nos enfants »

Malgré toute cette souffrance monsieur Zoubir nous dit : « c'est magnifique de vivre avec un enfant autiste » il dit aussi « c'est grâce à mon enfant que j'ai découvert le goût de la vie il nous a appris des belles expériences simples mais magnifique par exemple le fait de dire maman c'est une grande joie à la maison »

#### **1.4.2. Analyse de l'échelle :**

- Des stratégies de coping centrés sur le problème 34
- Des stratégies de coping centrés sur l'émotion 32
- Des stratégies de coping centrés sur le soutien social 25

#### **1.4.3. Synthèse générale sur le cas :**

D'après les résultats de l'analyse de l'entretien et de l'échelle de coping, on constate que monsieur Mouloud a utilisé des stratégies de coping centrées sur le problème et des stratégies de coping centrés sur l'émotion à des taux proches et en dernier lieu celles centrés sur le soutien social.

Il a utilisé des stratégies centrées sur les problèmes comme suit ;

« J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi »

« Je me suis battu pour ce que je voulais »

« J'ai changé des chose pour que tout puisse bien finir »

« J'ai essayé de ne pas réagir de manière précipitée ou de suivre la première idée »

« Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible »

Elles apparaissent aussi dans ses recherches qui a fait sur l'autisme, il a dit « j'ai beaucoup cherché dans tous ce qui a relation à l'autisme » aussi quand il a insisté à donner des informations à la famille et les voisins pour ne pas avoir des problèmes avec eux, il a dit : « J'ai informé toute la famille et les voisins, c'est obligé, pour qu'ils sachent que ce n'est pas un enfant normal »

Ainsi il essaye de sensibiliser ses deux filles parce que il sent qu'il les a négligé comme il a sécurisé toute la maison pour éliminer les dangers sur son fils qui est trop actif il dit :

« J'ai bloqué toutes les fenêtres parce qu'il bouge trop »

Aussi dans les solutions qu'il trouve envers sa relation perturbée avec sa femme pour régler la situation, concernant les stratégies de coping centrées sur l'émotion il a utilisé les suivantes :

« J'ai souhaité que la situation s'arrête ou finisse »

« J'ai souhaité pouvoir changer ce qu'est arrivé »

« J'ai espéré qu'un miracle se produirait »

« Je me suis culpabilisé »

« Je me suis critiqué ou sermonné »

Il a utilisé aussi les stratégies de réévaluation positive quand il a pensé que leur monde différent que le nôtre, et aussi que c'est la société qui est la cause de la fuite des enfants autistes vers un autre monde meilleur puisque il a dit : « des fois je me demande est ce que

Et aussi dans sa vision optimiste à l'état de son fils et sa fierté de son expérience dans l'éducation d'un enfant autiste, il dit : « c'est magnifique de vivre avec un enfant autiste » et dit aussi : « c'est grâce à mon enfant que j'ai découvert le goût de la vie »

Ce qui concerne les stratégies de coping centrées sur le soutien social il les a peu utilisées que dans :

« J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce que l'on m'a conseillé »

« J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation »

« J'ai parlé avec quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet du problème »

Et aussi quand il a envoyé sa femme et son enfant en France pour le traitement.

## **2. Discussion des hypothèses :**

Dans cette partie nous allons présenter la synthèse des résultats de l'analyse de l'entretien de l'échelle de WCC de coping qui se dégage dans notre recherche, qui vise à procéder à une discussion des hypothèses relatives aux deux variables de notre étude portée sur « le coping chez les parents des enfants autistes ». À la manière de la structure générale qui émerge, l'analyse des résultats et l'échelle WCC de coping seront examinées selon la littérature pertinente.

Notre hypothèse est confirmée avec quatre cas :

On a constaté que ces cas présentés dans cette étude utilisent des stratégies de coping particulières pour faire face au stress et sont centrées sur le problème.

A partir des données recueillies dans les entretiens réalisés avec notre groupe d'étude dans l'association espérances pour autistes d'akbou et l'analyse des entretiens nous allons sortir l'hypothèse secondaire : « les parents des enfants autistes utilisent des stratégies de coping centrées sur le problème » est confirmé ; après avoir confirmée cette hypothèse nous allons démontrer que le parent présent le stress est lié au problème d'autisme.

En suite, les résultats de l'analyse de l'entretien et l'échelle de WCC de coping confirme également la deuxième hypothèse de secondaire « les parents des enfants autistes utilisent des stratégies de coping centrées sur l'émotion » après la confirmation de la deuxième hypothèse nous allons faire une démonstration dans un tableau ci-dessous sur la fréquence de l'utilisation des stratégies de coping utilisés par les parents autistes :

Champs prénom	Le coping centrées sur l'émotion.	Le coping centrées sur le soutien social	Le coping centrée sur le problème.
Fatah	24	20	32
Karim	28	25	31
Mouloud	28	27	33
Zoubir	32	25	34

Le type de stratégies de coping centrée sur l'émotion s'avère employée en deuxième position après le coping centrées sur le problème.

La dernière position est celle de stratégies centrées sur le soutien social.

# *Conclusion*

## Conclusion

---

L'autisme comme autres maladie chronique bouleverse la vie de couple, ces derniers sont confrontés de s'adapter à leur nouvelle situation en développement des stratégies de coping adoptées par notre groupe d'étude.

Nous avons réalisé une étude qualitative, ce qui nous a permis de travailler avec (04) couples (parent d'enfant autiste). A l'association espérance pour autiste akbou pour une recherche sur le profil de coping utilisé par les parents d'enfants autistes.

Sur le plan scientifique, notre étude voit de confirmer nos hypothèses de départ qui était : les parents des enfants autistes utilisent des stratégies de coping particulières pour faire face au stress. Nous avons pu faire certaines constatations, malgré la petite taille de notre groupe d'étude, qui est cohérentes avec les données de la littérature étrangère concernant les stratégies de coping utilisées par les parents des enfants autistes.

En fonction, de nos observations faite durant le stage pratique et l'étude effectuée auprès des parents, nous avons tiré quelque prospective sur le plan théorique et pratique pour d'autres recherches ultérieurs, tels que la comparaison entre le profil de coping utilisé par les parents ayant des enfants autistes, qui ont bien accepté et moins on accepte ce trouble envahissant du développement.

A la lumière de ce travail, ils mettent en avant l'intérêt de proposer un accompagnement parental psycho-éducatif centré sur la gestion du stress et ses émotions, la rectification des cognitions et la résolution de problèmes.

# *Bibliographie*

### 1. Les ouvrages :

- 1) Adrien JL, (1996), « Autisme du jeune enfant ». Paris : Expansion scientifique Française.
- 2) American Psychiatric Association DSM-IV, (1995), « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux » 4<sup>ème</sup> éd (version internationale, Washington DC) traduction française par J-D Guelfi et al, Paris, Masson.
- 3) Attwood. T, (2003), «Le syndrome d'asperger et l'autisme de haut niveau » Paris : Edi Dunod.
- 4) Angel S, 2003, « le petit Larousse de la psychologie », Larousse. Paris.
- 5) Aussilloux. C, Baghdaddli.A, Burn. V, (2004), « Délimitation du champ de l'autisme: les autisms. In : Autisme et communication ». Paris Masson.
- 6) Bursztejn. C, (2000), « De l'autisme de Kanner aux troubles autistiques : évolution des idées et des concepts ». In : Gerardin.C.V, Riboni.C, « autisme : perspectives actuelles » Paris : l'harmattan.
- 7) Bruchon-Schweitzer M. et Quintard B. (2001), « personnalité et maladies », édition Dunod, Paris.
- 8) Chabrol H. et Callahan S. (2004), « mécanisme de défense et coping », édition Dunod, Paris.
- 9) Chahraoui KH. Et Benon H. (2003), « Méthodes, évaluations et recherches en psychologie clinique », édition Dunod, Paris.
- 10) Chahraoui. KH et Benony. H, (1999), « l'entretien clinique ». Dunod, Paris.
- 11) Couteur, A et al, (2002), « Families and communication: training and support » : A longitudinal evaluation of a group training programmed for preschoolers with suspected ASD. Paper presented in Australia.
- 12) Dailly. F et Goussé. V, (2010), Adolescence et parentalité dans les troubles du spectre autistique: comment faire face les parents, France.
- 13) Ferrari, Crochette.A et Bouvet, M, (1988), « la fratrie de l'enfant handicapé : approche clinique. Neuropsychiatrie de l'enfance ».



## *Bibliographie*

---

- 14)** Fischer G-N. (2009), « traité de psychologie de la santé », édition Dunod, Paris.
- 15)** Fmos. J, (1999) « la de la gestion du stress », EP S dossier n°43, Paris.
- 16)** Folkman.R & Lazarus, (1989), « Stress appraisal and coping», Ed public lingcomparty, New York.
- 17)** Grawitz. M, (2001), «méthode des sciences sociales », Ed Dalloz, Paris.
- 18)** Graziani, P et Swedsen J, (2004), « Le stress, émotion et stratégie d'adaptation », édition Nathan, France.
- 19)** Harceau D. (2001), « apprivoisez votre stress », édition d'organisation, France.
- 20)** Lazarus R .S. ET Folkman S. (1984), « coping and adaptation », edition Gentry, New York.
- 21)** Lazarus R .S. ET Folkman S. (1984), « stress, appraid and coping », édition Pringer, New York.
- 22)** Lelord. G, Sauvage. D, (1990), «l'autisme de l'enfant », Masson, Paris.
- 23)** Lemay. M, (2004), « l'autisme aujourd'hui ». Paris : Odile Jacob.
- 24)** L-J. Bédinielli, « introduit à la psychologie clinique », ed Armond, Paris,France,2006 .
- 25)** Nadel .J,(2002), l'enfant autiste un enfant en développement. Enfance », vol. 54.
- 26)** Paulhan.I ,(1992) « stress et coping »Ed PUF, paris.
- 27)** Pelicier.Y,A. porot .J,sutter,(1975), « Manuel alphabétique de psychiatrie, critique et thérapeutique », éditions presse universitaire de France, paris .
- 28)** Quintard.R all, (2001), « concepte, stress,coping », Ed Nathan,bordeaux.
- 29)** Rogé.B, (2003), « Autisme, comprendre et agir, santé éducation insertion », Dunod.
- 30)** Rogé .B, (2005), « le syndrome d'asperger et l'autisme de haut niveau, France.
- 31)** Ron.L et J.Mceachin, Pearson, (2006), « autisme et ABA, une pédagogie du progrès ».
- 32)** Schopler.E,Reichler.RJ ,leasing ,(1988), « stratégie,éducatives de l'autisme », Masson, Paris .
- 33)** Stora.J, (2005), « le stress »Ed PUF, Paris.
- 34)** Tardif.C et Gepner.B,(2003), « l'autisme », Nathan , France.

## *Bibliographie*

---

- 35)** Vitalian. P, (1982), « The ways of coping checklist revision and psychomotric », properties, France.
- 36)** Zablocki B. (2009), « du stress au bien être et à la performance », édition, Edipro, Belgique.

### **2. La liste des dictionnaires :**

- 37)** Syllamy N, (1996), « Dictionnaire de psychologie », Ed Larousse, France.
- 38)** Syllamy N, « Dictionnaire de psychologie, édition Larousse, VUEF, 2003.

### **3. Revues :**

- 39)** Dantchev.N (1989), stratégies de coping et pettern à caronarogène, revue de médecine psychosomatique, ed odile jacob, paris.

### **4. Les sites internet :**

- 40)** [www.endocrino.net](http://www.endocrino.net). Le (14-05-2017) à 14h
- 41)** [www.cairn.info](http://www.cairn.info). Le (04-06-2017) à 17h

# *Annexes*

## **L'entretien avec les parents des enfants autistes**

### **Le guide d'entretien :**

Afin d'atteindre les objectifs de cette étude, nous avons opté pour l'entretien semi directif car il permet de recueillir plus d'informations possibles sur le sujet. Elle a composé de 3 axes :

### **Axe 0 1: inclut des informations générales y compris les variables démographiques :**

Nom :

prénom :

1. le sexe :
2. l'âge,
3. l'état matrimonial :
4. la profession :
5. le nombre d'enfants et leurs âges
6. l'âge de partenaire :

### **Axe 02: réactions des parents au diagnostic**

- Quel est le diagnostic précis pour votre enfant ?
- A quel âge le diagnostic a été fait ?
- Comment a été votre réaction lorsque vous avez entendu le diagnostic ?
- Qui est la personne à laquelle vous vous adressé après l'annonce de diagnostic, et comment il a réagi ?
- Aviez-vous des informations sur l'autisme avant le diagnostic ?

## Annexes

---

- Si oui, lesquelles ?
- A qui vous êtes adressé pour la prise en charge?

### **Axe 3: l'impact de la maladie sur la vie quotidienne des parents.**

- Quels sont les difficultés et les problèmes que vous rencontrez dans l'éducation de votre enfant ?
- Est que votre conjoint participe activement dans l'éducation de votre enfant
- Est-ce que ces difficultés ont des répercussions sur votre vie conjugale ?
- Quel est l'impact de ces problèmes sur votre travail ?
- Est ce que toute la famille et les proches sont au courant de trouble ? et es ce que vous avez rencontré des problèmes avec eux ?
- Est-ce que la crèche vous fait participer dans le programme de votre enfant ?

### **Questionnaire : WCC**

1. Décrivez une situation stressante que vous avez connue durant les derniers mois (situation qui vous a particulièrement contrariée) :

.....

## Annexes

2. Par rapport à cette situation que vous venez de décrire, vous diriez qu'elle était de...  
 Niveau de stress faible      Niveau de stress moyen      Niveau de stress élevé

3. Indiquez pour chacune des réactions suivantes, si oui ou non vous l'avez utilisée pour faire face au problème que vous venez de décrire.

*(cocher la case qui correspond à votre réponse dans les colonnes de droite)*

ITEM	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi.				
2. J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse				
3. J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais.				
4. Je me suis battu(e) pour ce que je voulais.				
5. J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé.				
6. J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce que l'on m'a conseillé.				
7. J'ai changé positivement.				
8. Je me suis senti mal de ne pouvoir éviter le problème.				
9. J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis.				
10. J'ai pris les choses une par une.				
11. J'ai espéré qu'un miracle se produirait				
12. J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation.				
13. Je me suis concentré sur un aspect positif qui pourrait apparaître après.				
14. Je me suis culpabilisé.				
15. J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions.				
16. Je suis sorti plus fort de la situation.				
17. J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux				
18. J'ai parlé avec quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet du problème				
19. J'ai changé des choses pour que tout puisse bien finir.				
20. J'ai essayé de tout oublier.				
21. J'ai essayé de ne pas m'isoler				
22. J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée.				
23. J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude.				
24. J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un.				
25. J'ai trouvé une ou deux solutions au problème				
26. Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e).				

## *Annexes*

---

27. Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver				
---	--	--	--	--

## Résumé:

L'autisme devient de plus en plus connu dans notre société, Aujourd'hui plusieurs enfants sont atteints par ce trouble et comme ces enfants ont besoin d' un soutien psychologique , leurs parents aussi sont confrontés à des situations stressantes fortes . L'objectif de cette étude est de travailler sur les stratégies de coping utilisées par ces parents pour faire face à leurs situations stressantes, et les réponses récoltées montrent que les cas présentés dans notre étude utilisent des stratégies de coping particulières (concentrer sur le problème, sur l'émotion, sur le soutien social )pour faire face à leurs stress .

## Mots clés:

**Autisme, stratégies de coping, parents d'enfants autistes ,stress, émotion, soutien social.**

## Resume :

Autism is becoming more and more known in our society. Nowadays several children are affected by this disorder and as these children need psychological support, their parents are also confronted with strong stressful situations. The objective of this study is to work on the coping strategies used by these parents to handle out with their stressful situations, and the responses collected show that the cases presented in our study use particular coping strategies (focus on the problem, on emotion, on social support) to deal out with their own stress.

## Keywords:

**Autism, coping strategies, parents of autistic children, stress, emotion, social support.**

## ملخص

أصبح التوحد معروفاً أكثر فأكثر في مجتمعنا ، واليوم يتأثر العديد من الأطفال بهذا الاضطراب ولأن هؤلاء الأطفال بحاجة إلى دعم نفسي ، يواجه آباؤهم أيضاً مواقف عصيبة قوية. الهدف من هذه الدراسة هو العمل على استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها هؤلاء الآباء للتعامل مع مواقفهم المجهدة ، وتظهر الردود التي تم جمعها أن الحالات المعروضة في دراستنا تستخدم استراتيجيات معينة للتكيف (التركيز على المشكلة ، على العاطفة ، على الدعم الاجتماعي) للتعامل معها.

## الكلمات الدالة

.التوحد ، استراتيجيات المواجهة ، آباء الأطفال المصابين بالتوحد ، التوتر ، العاطفة ، الدعم الاجتماعي