



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane Mira de Bejaia

Faculté des sciences humaines et sociales Département des sciences sociales

MÉMOIRE DE FIN DE CYCLE

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

Option : Psychologie Clinique

THÈME

**L'étude de la résilience chez les
parents d'enfants autistes**

Réalisé par :

DOUIBI Souhila

Encadré par :

BENAMSILI Lamia

Année universitaire : 2020 / 2021

Remerciements

Nous remercions Dieu le tout puissant de nous avoir donné, la volonté et le courage d'accomplir ce travail.

Mes vifs remerciements vont aussi à tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail. Je remercie en particulier M^{me} Benamsili Lamia ma directrice de recherche dont les conseils mon été d'une aide inestimable et aux membres du jury pour l'intérêt qu'ils ont porté à mon travail. je remercie l'ensemble de personnel de l'association adea. et je remercie tous nos sujet de recherche.

Dédicace

Je dédie mon travail aux êtres les plus chers à mon cœur, à la mémoire de mon grand père et ma grande mère, à mes parents qui m'ont encouragé à l'accomplir, je les remercie pour tout ce qu'ils m'ont donné. Leur amour et leur soutien mérite ma reconnaissance.

A mon cher mari Louhal qui a été toujours présent par son aide et qui m'a encouragé toujours pour réaliser mes rêves.

A mon frère Ghanis et ma sœur Lydia et mes belles sœurs Katia et Hassiba.

A ma directrice de recherche M^{me} Haderbache Lamia.

A tous les enseignants qui ont contribué à ma formation durant mon cursus universitaire.

Sommaire

Introduction.....	01
--------------------------	-----------

Partie théorique

Chapitre I : l'enfant autiste

Préambule	05
-----------------	----

1. l'enfant	05
--------------------------	-----------

1. Aperçu historique de l'enfant	05
--	----

2. définition de l'enfant	06
---------------------------------	----

3. le développement de l'enfant.....	07
--------------------------------------	----

3.1 Le développement affectif	07
-------------------------------------	----

3.2 Le développement social	10
-----------------------------------	----

II : L'autisme	13
-----------------------------	-----------

1. Aperçu historique de l'autisme.....	13
--	----

2. Les définitions de l'autisme.....	16
--------------------------------------	----

3. La prévalence de l'autisme	17
-------------------------------------	----

4. Les causes de l'autisme	18
----------------------------------	----

5. diagnostique et l'évaluation	20
---------------------------------------	----

6- les approches explicatives de l'autisme	24
--	----

7. La prise en charge de l'autisme	29
--	----

8. L'autisme en Algérie	34
-------------------------------	----

III. Le vécu psychologique des parents d'enfants atteints d'un trouble du spectre autistique	36
---	-----------

1. L'annonce de diagnostic.....	38
---------------------------------	----

2. le deuil	38
-------------------	----

3. Le travail de deuil	39
------------------------------	----

Synthèse.....	40
---------------	----

Chapitre II : la résilience

Préambule	42
-----------------	----

1. Historique de la résilience.	42
--------------------------------------	----

1.1 Origine du concept de résilience	45
2. Définition de la résilience.....	46
3. Méthode d'évaluation de la résilience.....	47
4. les défèrent approche de résilience	49
5. Application clinique de la résilience.....	53
6. Les facteurs de la résilience.....	54
7. Les évolutions de de la résilience.....	55
8. Les limites de la résilience.....	56
9. La résilience familiale.....	57
III. la résilience parentale et handicap de l'enfant : Les études antérieures	60
.Synthèse.....	68
Problématique et hypothèse.....	70

Partie pratique

Chapitre III : la Méthodologie de la recherche

Préambule	76
1. La méthode de la recherche	76
2. Le lieu de la recherche.....	77
Le. Groupe de recherche	78
3. Les outils de la recherche	79
4. Le déroulement de l'après enquête	83
5. La déontologie de la recherche et les attitudes de chercheur	86
Synthèse.....	88
Conclusion.....	90

Liste des références	93
Annexes.	97

Liste d'abréviations

ADEA : Association des enfants autiste

APA : Américain Psychologie Association.

CARS: Childhood Autistic Rating Scale

CHAT: Check List for Autismes désordres

CIM-11 : Classification statistique Internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 11 e version .

CMP : Centre Médico-Psychologique.

DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques de l'association américaine de Psychiatrie.

ECA : L'échelle d'Evaluation des Comportements Autistique.

OIT : Organisation Internationale du Travail.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

TEACCH : traitement et éducation des enfants atteints d'autisme et de trouble de communication.

TED:Troubles Envahissant du Développement.

TSA : Trouble du Spectre Autistique.

La liste des annexes

Annexe	Titres	Page
Annexe N°1	Le guide de l'entretien	97
Annexe N°2	L'échelle de résilience	101

Introduction

Introduction

Dans un premier temps, ma rencontre avec le concept de « résilience » est le fruit de mon engagement dans cette recherche a quelque chose avoir avec mon histoire personnelle. En même temps, je travaille au centre de prise en charge des enfants autistes ADEA Bejaia. Le superviseur a accepté que j'y me rende à mi-temps pour pourvoir poursuivre mes études. Ma tâche consistait à écouter et à accompagner les parents d'enfants autistes. La question de départ de notre recherche était tout simplement formulée comme suit : existe-il un processus de résilience chez les parents d'enfants autiste ?

Dans ce cadre, depuis l'existence de l'être humain, le désir d'enfant est une substance innée. Selon diverses études, sur lesquelles on reviendra dans ce manuscrit, pour les parents l'arrivée d'un enfant est un immense bonheur.

Seulement, durant la vie, tout être humain est exposé à des événements qui peuvent bousculer le rythme, de vie et le bien être des parents et le fonctionnement familial pouvant ainsi engendrer des conséquences alarmantes, des perturbations et des désordres tant sur le plan psychologique ou physiologique. Malheureusement certains enfants naissent avec différents handicaps tel que l'autisme. Nous nous sommes intéressés dans cette recherche à ce trouble qui n'a pas cessé d'occuper la pensée des chercheurs et qui touche d'une manière très précoce les enfants. Il est considéré comme un trouble neurodéveloppemental.

Par conséquent, les parents ayant un enfant autiste se trouvent dans une situation délicate avec souvent un quotidien perturbé.

La littérature nous a appris que Chaque personne affronte différemment ces situations à caractère psycho traumatique, forte de son histoire personnelle, de sa capacité de résilience, de son réseau de soutien, de ses rencontres interpersonnelles et de tant d'autres facteurs.

Notre thème de recherche portée sur « l'étude de la résilience chez les parents d'enfants autiste »

Nous avons choisi la résilience comme variable car nous avons constaté après avoir effectué une revue de la littérature sur le sujet que les chercheurs se sont majoritairement centrés sur les impacts négatifs de ce handicap (l'autisme) plutôt que sur ceux positifs. Pour réaliser notre revue de la littérature, nous avons exploité notamment les données disponibles sur Algerian Scientific Journal Plateforme (ASJP), sur le Système National de Documentation en Ligne

Introduction

(SNDL) et bien d'autres sites, que le lecteur trouvera dans la liste des références à la fin de ce travail.

L'objectif général de ce travail était d'appréhender le vécu des parents d'enfants ayant été diagnostiqués souffrant du trouble du spectre de l'autisme. Par vécu, nous désignons ici les sentiments éprouvés par les parents, qu'ils soient positifs ou négatifs. L'objectif secondaire étant d'explorer la présence d'un processus de résiliences chez ces parents. Par résilience, nous désignons ici la capacité de faire-face, de s'adapter et de rebondir (tel que Ionescu la conçoit dans ces travaux et Cyrulnik).

Compte tenu de la thématique, une démarche qualitative est envisagée. Celle-ci fournira une appréciation individuelle du vécu de chaque parent. Une attention particulière sera portée aux indices de résilience présents chez ces sujets de recherche. L'angle choisi est donc celui du vécu des parents, étudié grâce à l'analyse qualitative d'entretiens semi-directifs.

Pour la réalisation de notre travail de recherche, nous avons choisi « l'approche intégrative » qui s'accorde avec les objectifs de notre recherche, ainsi qu'avec les outils que nous avons décidé d'utiliser.

Pour organiser notre travail nous avons commencé par une introduction puis dans une première partie théorique, nous avons porté notre attention sur le trouble retenu dans notre présente recherche, à savoir, l'autisme. Puis dans une seconde partie, nous avons réalisé une revue de la littérature indispensable pour cette partie concernant le vécu des parents de ces enfants, et plus particulièrement celui en lien avec le processus de résilience ainsi, nous avons évoqué notre problématique et notre hypothèse, puis nous n'avons abordé, la méthodologie de la recherche, les outils de la recherche et la pré-enquête. Malheureusement, en raison de la pandémie covid-19, notre enquête n'a pas pu être menée à terme en raison du gel de stage au sein de ces associations pour enfants autistes. Nous avons ensuite fini par une conclusion, la liste des références selon les normes APA (7^{éd}), les annexes et le résumé.

Partie théorique

Chapitre I : l'enfant autiste

I L'enfant :

Le troubles du spectre de l'autisme résultent d'anomalies du neuro-développement. Ils apparaissent précocement au cours de la petite enfance et persistent à l'âge adulte sa nécessité une prise en charge dextrement rigoureuse afin tout simplement d'épauler les parents. Dans ce premier chapitre, intitulé « l'enfant autiste ». Nous allons parler premièrement sur l'enfant, ensuite, nous allons le définir et nous allons aborder les différentes approches de son développement et enfin nous allons parler sur l'enfant autiste. Deuxièmes, nous allons évoquer l'autisme et nous allons débiter avec l'évolution au fils du temps et sur son aperçu historique. Nous allons donner quelques définitions et nous allons aborder sa place dans la législation algérienne et en Algérie. Ensuite nous allons exposer ses différentes formes, ses moyens diagnostics et le diagnostic différentiel. Nous allons également aborder les hypothèses étiologiques, son évolution et les approche théoriques qui l'abordent. Enfin, nous allons exposer ses moyens thérapeutiques et sa prise en charge, et nous allons terminer le chapitre par une synthèse

1..L'aperçu historique de l'enfant

Les historiens se sont intéressés au concept de l'enfance surtout sur la publication d'un livre devenu célèbre, l'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime de Philippe Ariès ; on voit aussi les travaux de Michelle Perrot sur la famille et la vie privée et d'Élisabeth Badinter sur l'amour maternel. Ariès étudie la représentation de l'enfant dans l'art à travers les siècles et il a noté qu'avant le XII^{ème} et XIII^{ème} siècle l'enfant était représenté comme un petit adulte, c'est-à-dire reconnaissable uniquement par sa petite taille. Ce n'est qu'à partir du XIII^e siècle que l'art accorde une morphologie propre de l'enfant représenté. (Hesselberg, 2001).

En partant de ce constat et en étudiant les modes de vie des populations (en France) à travers l'histoire, Ariès distingue deux périodes : La première période :

La société traditionnelle se représentait mal l'enfant et encore moins l'adolescent. La durée de l'enfance était réduite à sa période la plus fragile quand l'enfant n'arrivait pas à se suffire. L'enfant à peine débrouillé physiquement était mêlé aux adultes, partageant leurs travaux ainsi leurs jeux. Des très petits enfants il devenait un homme jeune, sans passer par les étapes de la jeunesse devenues des aspects essentiels des sociétés évoluées d'aujourd'hui. La socialisation et la transmission des valeurs les et savoirs n'était donc pas assurées par la famille, l'enfant tirait par la famille, l'enfant s'éloignait vite de ses parents. L'éducation se faisait par

l'apprentissage, grâce à la coexistence des enfants et des adultes. L'enfant tirait ses connaissances en aidant les adultes. Les échanges affectifs et les communications sociales avaient lieu en dehors de la famille, dans un milieu très dense et chaleureux composé de voisins, d'amis, de maîtres et serviteurs, d'enfants et de vieillards, de femmes et d'homme. (Hesselberg, 2001).

La deuxième période: Elle a commencé à partir de la fin du XVII^{ème} siècle, quand progressivement l'école s'est substituée à l'apprentissage comme moyen d'éducation. L'enfant a cessé d'être ménagé aux adultes et d'apprendre la vie directement à leur contact. Il a été séparé des adultes et maintenant à l'écart (la scolarisation) avant d'être lâché dans le monde. Cette séparation des enfants et des adultes était due en très grande partie à la tentative de moralisation des hommes voulue par l'Église. Les parents s'intéressèrent aux études de leurs enfants et la famille devint ainsi un lieu d'affection pour eux. Le sentiment de famille est né avec la scolarisation intense de la jeunesse. D'autres historiens ont affiné cette étude de l'enfance à travers les époques.

En effet, il semble donc maintenant assuré que la place accordée à l'enfant est variable suivant les sociétés et qu'elle s'est considérablement modifiée à partir du XIX^{ème} siècle, sous l'effet du culte de la maternité. C'est à cette époque que l'enfant devient l'objet d'un attachement spécifique qui ne fera que croître avec les progrès de la médecine, puis la généralisation de la contraception dans les sociétés industrielles. Il semble aller de soi que plus le taux de mortalité diminue, plus la perte d'un enfant n'est douloureuse. De même, plus l'enfant est désiré consciemment, plus sa place n'est censée devenir importante dans l'affect paternel. C'est dans ce contexte et dans la crise de la famille bourgeoise que sont nées la psychologie de l'enfant et la psychanalyse. (Hesselberg, 2001).

2. Définition de l'enfant

Les processus de développement vont inclure l'ensemble des interactions entre l'enfant en devenir et son environnement, car les facteurs externes peuvent jouer un rôle important dans la croissance de l'enfant. L'enfance est cette riche et fragile période où la personnalité se fabrique et s'épanouit en interaction avec son environnement social et affectif (Corinne Antoine, 2010, p 251) Etymologiquement, les termes d' « enfant » d' « enfance », renvoient d'abord à une notion d'inachèvement. L'infantia, c'est le défaut d'éloquence ; l'infans désigne celui qui ne maîtrise pas le langage et, par extension, les premières années de vie .

Dans les parlers du sud-ouest, les termes de fante, d'infante désignent le valet, la servante qui connaîtront un destin de soumis, tout comme les fantassins et l'infanterie.(Anne Baudier,Bernadette céleste,2002).

« L'enfant devient un être à part entière, perçu dans sa globalité et à travers tous les aspects de sa vie, qui n'est plus seulement « le fils... », C'est-à-dire la possession de ses parents ou de l'état, mais le sujet de ses propres droits à partir du XVI^{ème} siècle, l'idée que les enfants sont des êtres vulnérables qu'il faut protéger, émerger peu à peu en accident, l'attention accrue accordée aux droits de l'homme depuis les révolutions ». (Article Droit De L'enfant, 2009).

Ainsi, selon la législation algérienne, et en conformité donc avec la convention internationale relative aux droits de l'enfant, la loi 15-12 définit l'enfant en l'article 2 comme *« toute personne n'ayant pas atteint dix-huit (18) ans révolus. Et le terme mineur a le même sens »*. (Daoudi, 2017, pp.12, 13).

3.le développement de l'enfant

Le développement est toujours un processus continu de retrait des enveloppes qui masquaient les potentialités d'un individu pour lui permettre une évolution, une amélioration, une expansion.

La recherche de ces processus de relation est indispensable pour analyser au mieux les difficultés ou les troubles du développement que l'enfant peut présenter et les parents demandent de comprendre. (Alain de broca,2009).

3.1 le développement affectif L'apport de la psychanalyse sur le développement psychoaffectif de l'enfant est important.de nombreux auteurs ont contribué a l'explication des différentes étapes du développement et .la manière dont l'enfant va résoudre et vivre ses différents stades déterminera sa personnalité adulte. Ces stades caractérisent également l'évolution du fonctionnement psychique de l'individu. Parmi ces auteurs, on trouve le fondateur de la psychanalyse S.Freud, A. Freud, Mélanie Klein, D. Winnicott, R. Spitz et d'autres.

1-Le stade oral :

Ce stade recouvre approximativement la première année de la vie et globalement c'est une année consacrée à la préhension : prise d'aliments mais aussi prise d'informations au sens large. (Golse B, 2008, p18).

L'enfant découvre et prend conscience de son environnement à travers la bouche. Toute l'activité de plaisir de nourrisson est centrée autour de la zone bucco labiale (bouche, lèvres, langue). C'est à travers l'alimentation de l'enfant que s'établit la relation mère-enfant. Le but de la pulsion est double : d'une part, un plaisir auto-érotique : la pulsion n'est pas diriger vers d'autre personnes, elle est satisfaite dans le Corps propre de l'individu par stimulation de la zone érogène orale ; d'autre part, un désir d'incorporation des objets : à ce stade en soi équivaut à être l'objet. Cette phase se termine avec l'apparition du sevrage (Golse B., 1985, p. 18)

Par la suite Abraham (1913) a subdivisé le stade oral en deux sous-stades le premier est le stade oral primitif de 0 à 6 mois : marqué par l'état de non-différenciation mère-enfant et par le plaisir du suçotement. Le second sous-stade est le stade oral tardif ou phase sadique oral de 6 à 12 mois : marqué par le passage de la succion au désir de mordre, manière pour l'enfant de satisfaire son désir de s'approprier et d'incorporer le sein maternel. (Golse B., 1985, p.19).

2-le stade anal :

Recouvre approximativement la deuxième année de la vie, jusqu'à l'âge de 3-4 ans. La zone érogène est la zone anale. C'est la période de l'apprentissage du contrôle sphinctérien ; l'enfant prend conscience du pouvoir de maîtrise qu'il a sur son propre corps. Il peut retenir ou expulser ses selles ; garder pour lui ou "offrir" à ses parents ses selles en "cadeau". Cette maîtrise de l'excrétion est également, pour l'enfant, le signe d'une prise d'autonomie par rapport à sa mère. A ce stade, Freud (1905) décrit une opposition entre l'activité correspondant au sadisme et la passivité correspondant à l'érotisme. Au sein de ce stade Abraham distingue également deux sous-stades : d'une part, le stade sadique anal de 12 à 18 mois : le plaisir auto-érogène est pris à l'expulsion, les matières anales étant détruites ; d'autre part, le stade rétentionnel ou phase masochiste anale de 18 à 24 mois : le plaisir est recherché dans la rétention, introduisant la période d'opposition au désir des parents. C'est également à ce stade où l'enfant consolide la frontière entre l'intérieur et l'extérieur, entre le moi et le non-moi, et qu'il commence à prendre du plaisir dans la manipulation relationnelle des objets extérieurs (mère ou substitut). (Golse, 1992, p-21)

3-Le stade phallique :

Précède la problématique œdipienne. Vers 4ans l'enfant découvre qu'il peut également expulser ou retenir son urine.il fait la découverte de son sexe etdu plaisir qu'il trouve à le toucher : c'est la période de la masturbation infantile.il prend également conscience de la différence des sexes.

Le garçon découvre l'absence du pénis chez la fille. Apparaît alors l'angoisse de castration : le petit garçon est angoissé à l'idée qu'en a pu supprimer le pénis chez la fille et qu'en pourrait lui subir le même traitement. La petite fille quant à elle, n'étant pas munie d'un pénis, est attirée par celui d'un grand frère ou, surtout, de son père. Elle cherche à acquiescer ce pénis auprès de lui. Elle connaît également une brève période d'angoisse de castration qui se dissipe rapidement. Ce stade aboutit à une grande curiosité sexuelle chez l'enfant : « comment les enfants viennent-ils au monde ... »(Rooselaer N. etChevalley M., 1994, p.18).

4-Le complexe d'Œdipe :

La période œdipienne se déroule approximativement vers l'âge de 5-6 ans.Freud décrit un double mouvement, positif et négatif, à l'égard de chaque parent. Le complexe d'Œdipe positif s'exprime par un attachement amoureux (désir sexuel) de l'enfant pour le parent de sexe opposé et des sentiments de haine ou de rivalité à l'égard du parent du même sexe. Lors de complexe d'œdipe inversé ou négatif, le garçon prend une position séductrice à l'égard du père ainsi que des attitudes féminines. Cependant, ce désir est contrecarré par l'angoisse de castration : le petit garçon craint son père ne le punisse en lui supprimant son pénis. La fille, quant à elle, prend une position masculine pour plaire à la mère en s'identifiant au père.il ya également un rejet du père.

Le complexe d'œdipe se résout par l'identification au parent du même sexe car l'enfant prend conscience de ses sentiments coupables d'écarter l'un des parents. (Golse B., 1992, pp24-25)

5-La période de latence :

De 6-7 ans à 12 ans; Période de calme affectif. L'investissement au niveau de la curiosité sexuelle est remplacé par l'investissement scolaire, l'enfant s'engage dans des activités de développement valorisantes. Celui-ci s'accompagne de la socialisation progressive de l'enfant.la curiosité. Ce processus de détournement de la sexualité vers des voies socialement acceptables, comme le sport ou la création artistique, s'appelle la sublimation.

La période de latence est suivie de la pré-adolescence et de l'adolescence qui amèneront de nouvelles perturbations psychologiques et affectifs.(Mareau. et Dreyfus A.V., 2004, p.75).

3.2. Le développement social :

La socialisation est un thème important dans toutes les études sur le développement infantile parce que c'est celle qui conditionne l'intégration harmonieuse de l'enfant à la société (Ocde, 1982, p23). Grâce à la présence d'autrui, la mère et le père en priorité l'enfant va pouvoir progressivement établir des relations avec le milieu et se différencier de ce milieu (Le Camus J. et al, 1997, p81). L'identité émerge au milieu des interactions; l'enfant au début du développement, est pure subjectivité puis il apprend progressivement à voir du point de vue de l'autre (Lapassade G., 1996, p 10).

3.2.1 Définition de la socialisation :

La socialisation est l'intégration sociale progressive d'un être d'abord isolé et égocentrique (Amado G., 1974, p 214), socialiser un enfant serait donc faire de l'enfant une personne capable de côtoyer les autres, capable d'interactions faciles avec les autres. La socialisation consiste aussi à apprendre à l'enfant à respecter les règles, respecter autrui, et l'adapter aux exigences de la vie sociale. La socialisation c'est également « un processus par lequel un enfant intériorise les divers éléments du mode de vie environnant (valeurs, normes règles de conduites) et s'intègre ainsi à la vie sociale. La socialisation peut être décrite aussi « comme processus d'apprentissage des attitudes, des normes et des valeurs propres à un groupe, à travers lequel s'opère l'intégration sociale. » (Fischer G., 1996, p 35).

La socialisation serait donc l'adaptation de l'individu à la société, à vivre en groupe, en respectant les règles et suivre le même mode de vie de son entourage ; les mêmes valeurs, les mêmes règles, les mêmes conduites ...etc.

Ressent s'avère différent de ce que ressent l'autre. Nadel et Baudonnière (1980) ont bien montré que l'imitation est le moyen du transitivity : par limitation, il y a échange direct, sur le monde de la répétition du même entre deux enfants. Ce stade traduit « l'état de dispersion qui précède le moment où l'enfant saura identifier solidement sa personnalité et celle d'autrui ». Le stade du personnalisme et la crise de personnalité (3ans) :

La répartition des rôles est maintenant fixée. la différenciation moi-autrui enfin acquise se manifeste de la façon la plus la plus élémentaire qui soit : l'opposition. L'enfant utilise le pronom personnel « je » pour parler de lui. A cette période apparaissent ce que Wallon

nommé la réaction prestance. sous le regard d'autrui l'enfant ressent une gêne. (Baudier A. et Céleste B., 2004, pp 155-158)

3.2.2 Les étapes de la socialisation :

De la naissance à trois ans, Wallon (1959) a décrit six étapes ou stades caractérisant à la fois la nature des relations que l'enfant établit avec autrui et le niveau de différenciation du sujet par rapport à autrui, c'est-à-dire la conscience de soi.

3.2.2.1 Symbiose physiologique ou le stade d'impulsivité motrice (0-3mois) :

Les seuls moyens disponibles à cet âge sont l'équipement réflexe et les signaux expressifs innés. Le terme symbiose exprime un état de dépendance totale de l'enfant par rapport au milieu humain. À ce stade, l'enfant ne fait pas la différence entre sensations externes et sensations internes. la confusion moi-autrui est totale.

3.2.2.2 La symbiose psychologique ou affective (3-9 mois) :

Peu à peu l'enfant va dissocier autrui de ses besoins propres : « il pleure si quelqu'un quitte la pièce ou s'éloigne sans être occupé de lui, comme si il pouvait, par anticipation, lier à une présence l'attente d'un changement dans son propre état. » (Wallon, 1934). La maturation neuromotrice développe les l'emprise des purs réflexes et de la sensibilité organique. (Baudier A. et Céleste B., 2004, pp152-154) Ainsi on peut dire que l'enfant découvre qu'il peut agir sur autrui à l'émotion, il participe à l'ambiance, en ressent les effets et s'y accorde grâce au mimétisme affectif. il y a passage direct entre attitude, tonus et sensibilité affective.

3.2.2.3 Le syncrétisme indifférencié (9-18mois) :

Cette période correspond à celle d'une « sociabilité véritablement incontinent. L'enfant se dégage du mimétisme affectif et accède à la complémentarité des rôles, favorisée par les différences de moyens entre les partenaires. A ce stade, la confusion moi-autrui est toujours présente, il y a cependant un progrès dans le sentiment du moi, qui se détache progressivement de la participation initiales par élimination successive de ce qui n'est pas soi, entre autre la reconnaissance de deux pôles opposés. (Baudier A., et Céleste B, 2004, p154)

3.2.2.4 Le syncrétisme différencié (18-30 mois) :

Le progrès tient au fait que « les deux pôles de la situation, au lieu d'être encore simplement complémentaire et se situent dans deux individus distincts, sont intégrés par le même. A la contemplation, s'ajoute le sentiment ou le besoin d'être celui qui participe. Participation encore,

mais participation contrastante qui annonce le moment de l'individualisation ». A ce stade, le point de vue de l'enfant s'est dédoublé de celui de l'autre, mais l'enfant participe encore aux deux pôles. Cette participation contrastante va s'accroître lors du stade suivant, qui annonce les prémisses de la véritable individualisation. (Baudier A. et Céleste B., 2004)

3.2.2.5 Le stade des personnalités interchangeables (24-36mois) :

Une des manifestations essentielles de cette période est le transitivity c'est-à-dire que l'enfant passe directement de l'état d'objet à l'état de sujet et inversement. A ce stade l'enfant partage l'émotion avec l'autre, même si ce qu'il ressent s'avère différent de ce que ressent l'autre. Nadel et Baudonnière (1980) ont bien montré que l'imitation est le moyen du transitivity : par limitation, il y a échange direct, sur le monde de la répétition du même entre deux enfants. Ce stade traduit l'état de dispersion qui précède le moment où l'enfant saura identifier solidairement sa personnalité et celle d'autrui. (Baudier A, et Céleste B., 2004)

3.2.2.6 Le stade du personnalisme et la crise de personnalité (3ans) :

La répartition des rôles est maintenant fixée. la différenciation moi-autrui enfin acquise se manifeste de la façon la plus la plus élémentaire qui soit : l'opposition. L'enfant utilise le pronom personnel « je » pour parler de lui. A cette période apparaissent ce que Wallon nommé la réaction prestance. sous le regard d'autrui l'enfant ressent une gêne. (Baudier A. et Céleste B., 2004, pp 155-158)

3.1. Le développement de l'enfant autiste :

Un enfant autiste passe par plusieurs étapes du développement ainsi dans des différents plans, sur le plan moteur, psychosocial et cognitif.

3.3.1 Le développement moteur :

Le développement moteur d'un enfant autiste est altéré. L'autiste présente souvent des troubles de contrôle postural, comme bouger normalement. Il présente également des troubles de coordination, des stéréotypies gestuelles, par exemple il joue avec ses doigts devant ses yeux. Enfin il n'a pas de plaisir au contact corporel. (Broca, 2002).

3.3.2 Le développement psychosocial :

Chez un enfant autiste ; on observe un repli social il passe beaucoup de temps seul et isolé, dès son plus jeune âge. Son langage non verbal est souvent mal ou non compris, il présente un déficit de l'attention, il ne regarde pas dans les yeux, quand il veut quelque chose il le montre

parles doigts, son sourire est souvent absent, l'angoisse du huitième mois est absente il est incapable d'imiter les autres. (Broca, 2002)

3.3.3 Le développement cognitif:

Un enfant autiste a des problèmes de développement cognitif, il peut présenter des problèmes de langage, selon Frith, les difficultés dans le domaine du langage ne se constituent pas le domaine de phonétique ni celui de syntaxique mais plutôt au niveau sémantique c'est-à-dire : elles résident dans la capacité de comprendre à donner sens au langage et au niveau de la pragmatique dans l'utilisation du langage dans le but communication.

Un enfant autiste utilise les écholalies, il s'appelle par son propre nom au lieu d'utiliser le pronom «je», également l'enfant autiste a des déficits globaux dans le traitement de l'information dans les fonctions exécutives. (Frith,2004) .

II l'autisme

1. L'aperçu historique de l'autisme

La paternité de l'autisme revient au psychiatre Leo kanner qui a décrit, en 1943, chez onze enfants « l'intelligence normal »,et cela pour la première fois .« les trouble autistique du contact affectif . »Kanner a l'intuition d'une médecine psychiatrique spécifique à l'enfant, complexifiée par son caractère développemental et la singularité de l'histoire psychoaffective et éducative de l'enfant.

En 1930, il est amené à diriger le premier service de psychiatrie pour enfants aux États-Unis .cinq ans plus tard, il publie le premier manuel de psychiatrie infantile en langue anglaise.Treize ans plus tard, la publication des « trouble autistiques du contact affectif. » font l'effet d'un coup de tonnerre dans le milieu psychiatrique anglo-saxon de l'époque. Bien que ces enfants présentent Des troubles différents, kanner observe chez tous un repli sur soi .ce repli s'exprime dans différents domaines « affectifs. » : la relation aux autres, la communication verbale, le temps (ils ont besoin de « ne pas être dérangés. » « De ne subir aucun changement. »).Pour décrire cet état commun, il emprunte à la clinique psychiatrique adulte la dénomination d'un symptôme, l' « autisme », qui fait référence au repli sur soi décrit dans la schizophrénie, par un autre psychiatre, Eugen Bleuler, trente ans auparavant.

L'utilisation de ce symptôme de la schizophrénie contribuera probablement à la confusion existant longtemps entre autisme et schizophrénie, non seulement dans le public, mais aussi chez les psychiatre : la question d'une entité commune à la schizophrénie et à l'autisme en tant

que trouble schizophrénique précoce sera définitivement abandonnée au cours des années 1980 sur le plan international. (Dominique yvon, 2014, pp 82,83)

Durant la première moitié du XX^e siècle, le terme de psychoses infantiles est largement utilisé par les psychanalystes d'enfant et représente le modèle dominant. Les théories de Mélanie Klein vont être à l'origine de l'école anglaise de psychanalyse d'enfants. Ses nombreuses disciplines vont continuer à enrichir son œuvre malgré les nouveaux concepts diffusés par Léo Kanner. (Lénoire et al, 2007). Mélanie Klein a reçue en cure psychanalytique un enfant âgé de quatre ans qui s'appelait Dick, dont la description de son état fait penser qu'il est autiste. Elle évoquera la difficile accession au symbolique chez cet enfant. (Beiger, Aurélie, 2011). En 1943, Léo Kanner avait publié un article dans « *Thervous Child* » dont il a décrit un groupe de onze cas d'enfants qui sont suivis depuis 1938, qu'on lui avait envoyés. Ces enfants présentaient les signes de l'autisme, ils avaient un développement anormal. Ces enfants étaient physiquement en bonne santé, mais ils présentaient quelques symptômes qui sont : une incapacité à établir des relations avec leurs parents et les autres en général, un retard du langage et l'utilisation du langage à but non communicatif, des écholalies, un jeu répétitif, stéréotypé, une préoccupation excessive pour ranger les choses dans le même ordre, une absence d'imagination et enfin une mémoire de routine. (Ritvo, 1983).

Selon Kanner, l'autisme se caractérise par ce qu'il appelle « *Aloness* » qui veut dire isolement, et « *Sameness* » qui signifie que rien ne change tout reste pareil, cela même au repli sur soi-même. Entre 1943 et 1944, Hans Asperger a publié un livre en langue allemande qui s'appelle « *les psychopathes autistiques pendant l'enfance* ». Dans ce livre il a parlé sur quatre enfants qui ont les caractéristiques que ceux de Kanner, mais ils se différencient dans leurs capacités d'atteindre un certain niveau de réussite et d'être intègres dans la société, par contre ils ne se replient pas sur soi et ils ont des capacités intellectuelles supérieures, ce sont des autistes à haut niveau. (Philippe, 2009).

Le trouble autistique est apparu dans les classifications internationales des maladies commençant par la classification internationale des troubles mentaux (CIM), ou il s'appelait dans la neuvième édition en 1975 « *psychose spécifique de l'enfant* ». Dans cette version il existait trois types de ce trouble qui sont : l'autisme infantile, psychose disintégrative ou le syndrome de Heller et autres psychoses atypiques sans précision (psychoses de l'enfant, schizophrénie de l'enfant).

En suite en 1992, dans la CIM-10 l'autisme il était figuré dans la rubrique des troubles

envahissant du développement qui regroupe sept pathologies différentes. Dans cette version l'autisme se subdivise en huit types : l'autisme infantile, l'autisme atypique, syndrome de Rett, autres troubles disintégratifs, trouble hyperactif avec retard mental et stéréotypie, syndrome d'Asperger, autres Trouble Envahissant du Développement (TED) et TED non spécifié.

Dans la CIM-10, l'autisme atypique est une nouvelle catégorie diagnostique qui diffère de l'autisme infantile par l'âge de survenue plus tardif ou parce qu'il n'existe pas de troubles dans les trois groupes de critères retenues dans l'autisme infantile. La catégorie « troubles hyperactifs avec retard mental stéréotypé » essaye de définir certains retards mentaux associés à des signes d'autisme mais elle paraît à la fois trop large et trop restrictive.

La CIM-11 met à jour les critères de diagnostic de l'autisme, et est maintenant plus en ligne avec le DSM-5. C'est-à-dire qu'il inclut le syndrome d'Asperger, les troubles désintégratif de l'enfance et certains autres troubles du développement généralisés, dans la catégorie « Autisme».

En ce qui concerne les descriptions des caractéristiques de l'autisme, la CIM-11 comprend également les deux mêmes catégories que le DSM-5, c'est-à-dire les difficultés d'interaction et de communication sociale d'une part, et les intérêts restreints et les comportements répétitifs de l'autre. Il supprime ainsi une troisième caractéristique énumérée dans la précédente édition de la CIM, liée aux problèmes de langage. Les deux classifications soulignent également importance .

2. Définition de l'autisme

L'autisme est un trouble du développement précoce de l'enfant. L'autisme a fait couler beaucoup d'encre puisque la cause des psychoses autistique donné lieu à de multiples controverses.

Cependant aujourd'hui, un consensus semble établi pour reconnaître qu'il existe une large variété de manifestations clinique, on note également un accord sur certain critères cliniques même si ceux-ci sont évolutifs. Cependant, la nature de ces anomalies et leur lien avec les caractéristiques comportementales qui définissent l'autisme restent énigmatique.

Il existe plusieurs définitions traitant l'autisme, que nous trouvons dans plusieurs types d'ouvrages, et dans différents dictionnaires. Nous allons relever quelques-unes de ces définitions pour bien cerner le trouble.

Il existe plusieurs définitions traitant l'autisme, que nous trouvons dans plusieurs types d'ouvrages, et dans différents dictionnaires. Nous allons relever quelques-unes de ces définitions pour bien cerner le trouble.

Selon le dictionnaire de psychologie Larousse le terme d'« autisme » est dérivé du grec auto, qui signifie « soi-même ». Il a été introduit pour la première fois en psychiatrie en 1911 par E. Bleuler, dans son ouvrage *dementia praecox* ou groupe des schizophrénies, pour désigner, chez les malades schizophrénies adultes, la perte du contact avec la réalité, entraînant comme conséquence une grande difficulté à communiquer avec autrui, la vie intérieure acquérant une prédominance morbide aux dépens du rapport avec la réalité. Plus tard, d'autres auteurs décriront, de façon analogue, l'autisme comme un symptôme important bien que non spécifique de la schizophrénie infantile. Mais c'est en 1943, dans son article original « *autistic disturbance of affective contact* », que le psychiatre américain L. Kanner décrira, sous l'expression d'« autisme infantile précoce », un tableau clinique différent de la schizophrénie infantile et caractérisé selon lui par une incapacité du petit enfant dès sa naissance à établir des contacts affectifs avec son environnement. (Sylvie Angel, Corinne Antoine, 2010, p.168, 169). « *L'autisme est un trouble grave du développement qui se manifeste sous divers aspects, en général avant l'âge de trois ans. Les personnes atteintes de troubles du spectre de l'autisme présentent des caractéristiques cliniques dans trois domaines qu'on appelle également la triade autistique : altérations qualitatives des interactions sociales réciproques, des modalités de communication, et un répertoire d'intérêts restreint, stéréotypé et répétitif, les personnes atteintes d'autisme souffrent de graves troubles dans les relations et la communication. Elles ont des difficultés à entrer en contact avec l'autre* ». (Julien & Langlois, 2009, p.09).

Selon le dictionnaire de psychologie : « *l'autisme est un repliement excessif sur soi, entraînant un détachement de la réalité et une intensification de la vie imaginative, cette attitude se retrouve à un degré prononcé chez les schizophrénies* ». (Sillamy, 2003, p.31).

Selon le DSM-5, Les troubles du spectre de l'autisme se définissent par : « *des perturbations des interactions sociales et de la communication, associées à des comportements et intérêts restreints, répétitifs, stéréotypés et une résistance aux changements* ». (Rebillard, Bérengère, Lebreton, 2017, p.45)

Selon la CIM-10 : « *un déficit des interactions sociales, de la communication et des perturbations des intérêts et des activités qui entravent le développement de l'enfant et*

engendrent, sa vue durant, des handicaps sévère et lourds de conséquences pour lui-même et la vie familiale ». (Philip, 2009, p18).

Selon la CIM-10 révisée l'autisme est sous le nom « troubles envahissants du développement ». Il est défini comme suite : « *groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations. Utiliser, au besoin, un code supplémentaire pour identifier toute affection médicale associée, de même que le retard mental ».* (CIM-10,2015, p. 222).

D'après ces définitions nous remarquons, que l'autisme est l'un des troubles les plus complexe et sévère qui apparait généralement avant l'âge de trois ans. Qui se caractérise par plusieurs aspects qui peuvent toucher la communication, les interactions sociales, et plusieurs autres perturbations qui altèrent l'organisation et le développement de la personnalité.

3. La prévalence de l'autisme

On estime actuellement que la prévalence de l'autisme est de 1 pour 400 individus et que la prévalence de l'ensemble des TSA est d'environ 1 pour 100 individus. Le nombre de garçons touchés est systématiquement plus élevé que le nombre de filles, selon un rapport de 5/1. De plus, la comparaison des études de prévalence selon l'année de publication indique une tendance claire : les taux de prévalence des TSA augmentent. Alors que ces estimations sont surtout fondées sur des études réalisées en Amérique du Nord et en Europe occidentale, une revue systématique récente ayant inclus une représentation plus diversifiée d'estimation de la prévalence à l'échelle mondiale présente des chiffres similaires. Dans tous les cas, les taux de prévalence et les caractéristiques des populations à partir desquelles ils ont été dérivés varient énormément. Cependant, il existe un débat sur le fait de savoir si cette augmentation est le signe d'une réelle épidémie de TSA ou non. Plusieurs facteurs peuvent expliquer au moins en partie la hausse du taux de prévalence des TSA comme les modifications des critères diagnostiques au fil du temps dans le DSM et l'ICD, la substitution et l'accrétion diagnostique et la variabilité des procédures d'évaluation des cas dans les différentes études. Des regroupements d'utilisateurs ont utilisé le concept d'épidémie d'autisme pour améliorer le sort des individus touchés par un TSA, ce qui a amené des organismes gouvernementaux notamment en Amérique du Nord à s'impliquer dans le domaine. Si ce phénomène, indépendamment de la cause de l'augmentation des TSA, a été bénéfique pour ceux qui sont affectés par ces troubles, il semble que les taux

croissants de TSA puissent être expliqués davantage par des facteurs associés à la collecte de données que par une augmentation réelle de l'incidence de ces troubles, bien que cette dernière possibilité doive être étudiée. (Bardali, A., Anou, D Meyer, 2015, pp 5,6).

Les taux de prévalence varient d'une étude à l'autre allant de au cours des dernières années, la fréquence du trouble du spectre de l'autisme aux Etats Unis et dans les autres pays s'approche de 1% de la population avec des estimations comparables entre les échantillons d'enfants et d'adultes. (DSM5, 2015, p,62).

Selon le professeur Ould Taleb, chef du service de pédopsychiatrie à l'hôpital Drid-Hocine d'Alger, qui a présenté une communication intitulée "Diagnostic précoce des troubles du spectre de l'autisme et prise en charge selon le programme Teacch d'Eric Schopler l'autisme représente un véritable problème de santé publique. "Il n'y a pas moins de 400 000 cas. (Senoussaoui, LouciF, 2016).

4. Les causes de l'autisme :

4.1 Causes génétiques :

L'hérédité chez le trouble du spectre autistique se varie entre 37% et à plus de 90% dans les études s'appuyant sur les taux de concordance du trouble chez les jumeaux (DSM5, 2015). Les premières études d'ordre génétiques ont été suggérées par Kanner en 1954. A partir de cela plusieurs études l'ont confirmées notamment sa relation avec les jumeaux monozygotes. Cela a commencé dans les pays anglo-saxons dans les années 70-80 (Gepner, 2003). L'étude des jumeaux monozygotes était pour B. Rimland le test décisif pour le caractère inné du trouble autistique infantile. Cet auteur a rapporté quatorze cas de jumeaux, onze d'entre eux sont monozygotes qui présentent un tableau clinique autistique. (De Ajuriaguerra, 1980). Egalement les études qui ont été faites sur les familles ont montrées que le risque pour les frères et sœurs d'être autiste est environ 4% chez les familles qui ont un enfant autiste. (Gepner, 2003).

4.2 Causes neurologiques :

De nombreuses maladies neurologiques sont en relation avec l'autisme. Dans le premier lieu ils ont découvert un poids généralement élevé de la masse cérébrale qui correspondent aux données qui concernent le volume crânien supérieur à la moyenne. Les enfants autistes ont un cerveau qui présente un patron de croissance atypique. Dans plusieurs séries de patients, l'existence des anomalies structurales a été confirmée. Les anomalies décelées touchent plus particulièrement le cortex, le système limbique, le cervelet et les connexions complexes

existant à ce niveau. Il existe aussi d'autres anomalies comme l'hypoplasie, l'amygdale. (Mazet et al. 1990)

4.3 Causes biochimiques :

Plusieurs types de désordres au niveau des neuromédiateurs ont été trouvés qu'ils sont en relation avec l'autisme. Parmi ces neuromédiateurs, il y'a en premier lieu la sérotonine : chez les patients autistes, on trouve qu'elle est élevée dans le sang à 30 à 50%. (Rogé, 2008).

Par contre chez l'autisme infantile, c'est la concentration de la sérotonine dans les plaquettes qui est augmentée. (Mazet et al. 1990). En deuxième lieu, la dopamine qui est probablement impliquée aussi dans l'autisme. Les substances qui bloquent les récepteurs à la dopamine diminuent certains symptômes comme les stéréotypies ou d'autres signes moteurs. (Rogé, 2008). En conclusion, nous pouvons dire que l'étiologie de l'autisme est encore mal connue, et avec la grande variété de tableaux autistiques, laisse penser aux chercheurs qu'il ne s'agit pas d'une seule cause mais bien d'une combinaison de plusieurs facteurs qui influenceraient plus ou moins.

5. Le diagnostic et évaluation :

Le diagnostic de TSA est un diagnostic clinique nécessitant l'observation d'une convergence de signes cliniques actuels (dans tous les domaines de vie de sujet) et passés (apparition des difficultés depuis les 18-24 mois du sujet et encore présentes à 4-5 ans lorsque l'enfant n'y a pas eu de prise en charge précoce.

Le diagnostic psychologique désigne une description valide la plus fidèle possible du fonctionnement psychologique de la personne (Sultan, 2004) sa complexité repose sur plusieurs éléments dont la nécessité de se rappeler les phases de développementales de l'enfant neurotypique et de l'enfant avec TSA. (DSM5, 2015, pp, 55-56).

Pour poser le diagnostic d'autisme il faut non seulement opérer un regroupement de symptômes dit autistique, et tenir compte du contexte social et familial de l'enfant (l'anamnèse) de son histoire médicale et biologique et les hypothèses étiologiques avancées.

D'après le DSM5 les critères diagnostiques de trouble du spectre de l'autisme se composent de cinq critères:

a-Déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des

contextes variés.

b-Caractère restreint et répétitif des comportements des intérêts, où des activités, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants soit au cours de la période actuelle soit dans les antécédents.

c-Les symptômes doivent être présentés les étapes précoces du développement (mais ils ne sont pas nécessairement pleinement manifestes avant que les demandes sociales n'excèdent les capacités limitées de la personne, ou ils peuvent être masqués plus tard dans la vie par des stratégies apprises).

d-les symptômes occasionnent un retentissement cliniquement significatif en termes de fonctionnement actuel social, scolaire /professionnel ou dans d'autres domaines importants.

e-ces troubles ne sont pas mieux expliqués par un handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) ou un retard global du développement. la déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme sont fréquemment associés. Pour permettre un diagnostic de comorbidité entre un trouble du spectre de l'autisme et un handicap intellectuel, l'altération de la communication sociale doit être supérieure à ce qui serait attendu pour le niveau de développement général. (DSM5,2015,pp55-56).

5.1 Les évaluations : CARS et PEP-3:

5.1.1 La CARS (Childhood Autistic Rating Scale)

C'est une échelle d'évaluation de l'autisme chez l'enfant cette échelle élaborée par Eric Schopler et ses collaborateurs dans les années 1980, la CARS présentation de l'outil :Elle est un outil spécifiquement dédié à la détection de l'autisme en discriminant d'autres troubles du comportement chez l'enfant pour rendre compte uniquement des traits autistiques en s'appuyant sur 15 items comportementaux. Il comprend à la fois un entretien avec la famille et une observation des comportements de l'enfant. Son administration prend entre 30 et 45 minutes

La CARS a été élaboré sur un échantillon de 1500 enfants dont 75 % sont des garçons et 57 % ont un âge inférieur à 6 ans. 71 % des personnes évaluées ont un QI inférieur à 70 (retard mental).

Avec cet outil, c'est davantage l'observation concrète qui est mobilisée plutôt que l'intuition clinique, elle nécessite donc un degré d'expertise moindre que d'autres outils et peut être administrée par des professionnels de disciplines différentes pour peu qu'ils soient sensibilisés

à l'autisme.

Cinq systèmes de diagnostics ont été compilés pour construire la CARS : les critères de Kanner (1943), les critères de Creak (1961), la définition de Rutter (1978), celle de l'Association nationale pour les enfants autistes (National Society for Autistic Children 1978) et des critères du DSM.III-R (1987).

Avantages de la CARS ,l'inclusion de différents critères diagnostiques permet une vision élargie de l'autisme correspond davantage aux réalités empiriques Cet outil a évolué au fil des années : étude sur plus de 10 ans avec un échantillon de 1500 enfants Il est applicable à tous les âges y compris préscolaire, ce qui est important pour le dépistage précoce La mise en place de critères objectifs fiables basés sur l'observation comportementale et prenant en compte les données de la recherche scientifique.

La CARS : composition et cotation Les 15 items traités dans cette échelle sont les suivants

Relations sociales : évaluation de l'enfant dans les interactions avec autrui Imitation : imitation des comportements verbaux et non verbaux Réponses émotionnelles : adéquation et intensité du comportement de l'enfant entre des situations agréables/désagréables et les émotions qu'il va manifester face à ces situations Utilisation du corps : observation de la coordination du corps et des mouvements. Recherches de stéréotypies. Utilisation des objets : intérêt et utilisation appropriés des jouets au regard de leur utilisation « normale » Adaptation aux changements : difficulté à modifier les routines et les organisations Réponses visuelles : recherche des formes inhabituelles d'attention visuelle, notamment contact visuel absent ou fuyant Réponses auditives : recherche des comportements inhabituels faces aux sons ou de réponses bizarres aux sons Gout/odorat/toucher (mode d'exploration) : réponse de l'enfant aux stimuli

cités, notamment intérêts excessifs ou absence d'intérêts Peur/anxiété : peur inhabituelle ou inexplicable ou absence de peur dans une situation qui susciterait normalement cette émotion Communication verbale : tous les aspects du langage ou de son absence, qui inclus : la structure des phrases, la prosodie, le ton, le volume, le niveau de vocabulaire Communication non verbale : observation des expressions faciales, des gestes, de la posture... Niveau d'activité : observation de l'hyper ou hypo activité selon des contextes cadrés ou libres Niveau intellectuel et homogénéité du fonctionnement : observation du niveau générale d'intelligence mais aussi des pics de compétences et/ou de déficits Impression générale : noter la première impression

subjective par rapport au diagnostic d'autisme, sans comptabiliser les scores aux items précédents. Chacun des 15 items peut recevoir une note de 1 à 4 :

la note 1 indique que le comportement de l'enfant est dans les limites de la 1. normale pour un sujet du même âge. une note 2 signifie que le comportement de l'enfant est légèrement anormal². comparé à celui d'un sujet du même âge. une note de 3 indique que le comportement de l'enfant est moyennement³. anormal pour cet âge. une note de 4 indique que le comportement de l'enfant est sévèrement⁴. anormal pour un sujet de cet âge. Des notes intermédiaires à 0,5, permettent une précision plus fine de type 1,5 : très légèrement anormal pour l'âge ou 2,5 : légèrement à moyennement anormal pour l'âge. La personne qui administre l'échelle doit prendre en compte les éléments de fréquence, de récurrence, de durée et d'intensité des comportements observés.

Plus le score obtenu est faible, moins l'enfant présente des caractéristiques autistiques et inversement.

Cet outil à lui seul ne suffit pas à poser un diagnostic d'autisme, mais il permet de valider ou invalider un soupçon et de proposer des évaluations complémentaires sur la base des comportements observés

(Bernadette rogé, 2008)

La cars n'est pas suffisante de notre point de vue pour l'évaluation diagnostique la CARS ne détecte généralement pas les sans déficience après l'Age de 5ans, mais garde son utilité pour la période préscolaire.

La CARS doit ainsi toujours se coupler d'une anamnèse très détaillée.

(oréve J et speranza ,M, 2020).

5.1.2 Le PEP -3 :

C'est un outille d'évaluation fonctionnelle de Eric Schopler, margaret D lansing, Robert,j Reichler, leé m.marcus. en 1979 pep. Après de l'année en 1990 pep³. Il est concerné pour enfants entre 2 ans et 7 ans et 5mois.utilisable avec des enfants de 7a 12ans avec retard de développement (attention, ne plus tenir compte des âges développementaux). Et c'est une échelle de performance (normée et standardisée). Sous testes développementaux : la communication (cognition verbale/préverbale, langage expressif, langage réceptif) et la

motricité globale, imitation oculomotrice. sous-tests de comportement inadaptes (expression affective, réciprocité sociale comportements moteurs, caractéristiques, comportement verbaux caractéristiques). Rapport de l'éducateur (procédure informelle) complété par le parent ou l'éducateur (deux parties) : Estimation du niveau de développement actuel et catégorie diagnostique (partie clinique). Trois sous tests (autonomie personnelle, problèmes et comportement, comportement adaptatif).

5.1.2.1 La description de l'outil :

le **pep 3** découle de la méthode t.e.a.c.c.h (traitement and éducation of autistic ans related communication handicapped children). Evaluation des forces et faiblesses de l'enfant.

Mesure les compétences d'un enfant présentant des troubles du développement.

5.1.2.2 Administration, cotation et notation :

-ensemble de jouets et matériel pédagogique.

-période de jeu structurée.

Passation : dépend du niveau de l'enfant et des problèmes de comportement.

L'examineur observe évalue et enregistre les réactions de l'enfant pendant le test.

-cotation quantifiée 0,1 et 2 en lien avec les cotations « réussite », « émergence » et « échec ».

-Tient compte de critères caractéristique des enfants TED.

-Nombreux items nom verbaux.

-Matériel concret susceptible d'intéresser les enfants.

-Informations sur les niveaux de compétences développementales, mais aussi les informations utiles au diagnostic et à la précision de sévérité.

-Permet de dégager des pistes d'interventions éducatives.

-spécificité de mettre en avant et de tenir compte des zones d'émergence, c'est-à-dire des compétences partiellement acquises, ayant besoin d'une démonstration ou d'aide complémentaire pour être réussies.

-le projet éducatif individuel (PEI) se base sur les compétences émergentes.

-par la suite, le projet personnalisé comprendra des tâches se situant dans cette zone de capacités.

(Catherine L, 2017)

6. Les approches explicatives de l'autisme

L'autisme est un trouble neuro-développemental caractérisé par une perturbation de l'interaction sociale et par des altérations de la capacité à communiquer associées à des activités à stéréotypées. Les différentes approches expliquent l'autisme : l'approche psychanalytique, les approches cognitives, et la neuropsychologie. Les professionnels réfèrent à toutes les approches par ce que c'est un trouble complexe qui nécessite une prise en charge multidisciplinaire.

6.1 Le modèle spécifique aux autistes et « psychotique »

Modèles issus du courant psychanalytique (approche psychanalytique).

Certains analystes ont abordé directement les problèmes de l'autisme ou la psychose.

Nous ne nous attarderons pas sur les positions de Bettelheim (1969, 1973) : sa vision de la mère « destructrice » a été renforcée dans le monde scientifique par le fait qu'il a créé l'école orthogénique dans un établissement de Chicago. Les enfants étaient ainsi séparés de leurs mères. Il faut souligner cependant que son école était un centre de formation pour les éducateurs associés à l'université. Cela lui fournissait un personnel nombreux et qualifié qu'il supervisait. Il observait l'effet produit par les comportements et attitudes déviantes des autistes sur les émotions des éducateurs. En utilisant ces interactions émotionnelles, ce chercheur comptait restaurer un échange intersubjectif entre l'enfant autiste et un adulte. Dans un même esprit, impliquant aussi les mères dans la genèse de l'autisme, Maud Manoni (1964 ; 1976) en restant fidèle aux théories de son analyste, Jacques Lacan, s'intéresse aussi à l'antipsychiatrie qui accorde une place importante aux facteurs sociaux.

En 1969, elle crée l'école de Berneuil-sur-Meuse où elle accueille des enfants et des adolescents psychotiques, arriérés et autistes. C'est une « institution éclatée » où les relations entre l'intérieur et l'extérieur sont continues : peintres, metteurs en scène, tout ce qui peut apporter une ouverture d'expressions. (Darras, B, Rose M, 2015, p 162)

Le traitement des autistes en institution possède la vie dure en Europe.

Houzel (2007), (publication pour le GERCPEA) signale qu'actuellement dans les pays occidentaux la tendance est d'intégrer l'enfant autiste à l'école (avec programmes

particuliers), et de lui faire poursuivre une psychothérapie sur le mode ambulatoire. Mais les problèmes de cette façon d'agir sont tels, que le plus souvent, les enfants autistes sont orientés vers les hôpitaux de jour : « la tradition française très forte de la psychothérapie institutionnelle a fait porter l'accent davantage sur l'amélioration des prises en charge institutionnelles a fait porter l'accent davantage sur l'amélioration des prises en charge institutionnelles que sur l'approfondissement de la compréhension du fonctionnement psychique des enfants autistes ».

Les travaux de Margaret Mahler (1973) pour traiter la psychose et l'autisme, va observer des bébés normaux dans une crèche est aménagée pour que les enfants passent la journée avec leur mère. Cette pédiatre en retirera une théorie du développement psycho-affectif de l'enfant normal et s'en servira dans son approche de l'autisme. Elle décrit plusieurs phases du développement normal et y situe la pathologie autistique et autre troubles du développement.

La première phase de l'autisme dit normal, couvrirait les premières semaines de l'enfant, environ les quatre premières la vie du bébé est essentiellement végétative et se partage entre le sommeil et le nourrissage. Pour l'auteur, le nourrisson est en indifférenciation avec le monde extérieure, et n'est pas conscient de la présence de la mère. toujours pour cette psychanalyste, il y a satisfaction de tous les désires du bébé, et le sein maternel et lui ne font qu'un.

L'autisme serait une fixation à ce stade.

La seconde phase, avant 10 mois, appelée phase symbiotique, se caractériserait par un état de dépendance totale à la mère. la relation mère enfant est symbiotique, le bébé intègre sa mère dans une relation duelle toute-puissante. il n'y a pas encore de différenciation entre l'enfant et l'extérieur. la psychose symbiotique serait la fixation à ce stade. (actuellement diagnostiquée autisme atypique).

la troisième phase est basée sur un processus séparation-individuation, du 10^{ième} mois à 3ans. pendant cette période, l'auteur estime qu'il y a déplacement partiel d'investissement de la mère au profit de la motricité, du langage, mais aussi vers les fonctions du moi : perception apprentissage. c'est pendant cette période que l'enfant acquiert la notion de permanence de l'objet. (darras, B, rose M, 2015, pp, 163, 164)

6.2 L'approche cognitive :

L'approche cognitive fait référence à des représentations mentales, à des modèles intrapsychiques. C'est une description des fonctions psychiques qui sont liées seuls aux comportements observables. Selon le modèle cognitif, il existe quelques pérégrinations

cognitives qui caractérisent l'autisme. En premier lieu, il existe les troubles perceptifs : Kanner en 1943 était le premier qui a parlé sur les anomalies du regard des enfants autistes. Les premières recherches cognitives étaient faites par Metz, qui a remarqué la préférence des enfants autistes pour les sons de fréquence élevée. Par la suite, Frankel et al en 1976, ont montré que les autistes préfèrent certaines fréquences de stimulations visuelles clignotantes. En 1989, Bullinger a mis en évidence d'autres anomalies des conduites perceptives des autistes. Il montre comment ces enfants utilisent une attitude de protection quand on leur présente un objet de face. En deuxième lieu, il existe les troubles d'intelligence ont une déficience intellectuelle. Pour de Myer (1981), 75% d'entre eux ont un QI inférieur à 52 et 2.6% seulement ont un QI supérieur à 85%. (Baghdadli, Brisot-Dubois, 2011).

Et cette catégorie d'autistes qui ont un QI plus élevé que la moyenne est une exception. C'est un type parmi les types du spectre autistique, il s'appelle « le syndrome d'Asperger ». Il est exceptionnel parce que il se caractérise à la fois : par l'absence de retard cognitif, avec un quotient qui est toujours normal ou allant jusqu'à 16 sur l'échelle de Weschler, et par l'absence de retard de parole. (Reynaud, 2017)

6.3L'approche neuropsychologique : Dans le DSM-5, le trouble du spectre autistique est reconnu comme un trouble d'origine neurobiologique, ainsi comme un trouble neuro-développemental, à côté d'autres troubles comme le syndrome de Gilles de la Tourette... cela est basé sur plusieurs travaux qui ont montré l'implication et le rôle dans le déterminisme de l'autisme. Attwood a défini l'autisme en 2003 comme étant « *un trouble du développement dont l'origine est un dysfonctionnement de structure et de liaison cérébrale qui ne sont pas développées complètement...en particulier celles qui sont en rapport avec l'initiative, la motivation, la planification, la communication et les émotions* ». (Attwood, 2003, p.181). Le TSA (trouble du spectre autistique) est très souvent lié à des altérations du développement et le fonctionnement du langage oral. Cette altération est due à une lésion cérébrale qui affecte l'hémisphère gauche du cerveau qui est responsable à son tour de la discrimination auditive de la parole. Autrement dit, plusieurs aphasies sont considérées comme la cause de l'altération langagière que l'on trouve chez les autistes, en particulier le mutisme et l'écholalie liés à des troubles de compréhension orale. Le mutisme est présenté chez près de 70% des enfants autistes, il est aussi un signe clinique de l'aphasie motrice de Broca. Dans le TSA, le mutisme s'associerait à une incapacité neurobiologiquement prédéterminée à discriminer les sons de parole entre eux et à discriminer ces sons de parole des bruits ambiants, et les écholalies sont un trouble qui est lié à une lésion du faisceau arcué ou du gyrus supramarginal de l'hémisphère

gauche. L'écholalie est une répétition qui témoigne des compétences phonologiques particulièrement de conversion des codes acoustiques de la parole entendue en code articulaire. Autrement dit, elle traduit un usage exagéré de répétition. Elle vient après le mutisme. (Bizet, Brethière, Gillet, 2018).

6.4 L'approche systémique familiale :

Dans ce point, nous allons mettre l'accent sur comment l'approche systémique explique le trouble autistique, en explorant les dynamiques mises en jeu suite au diagnostic de l'enfant. De plus, étant donné la relation interindividuelle à la base de l'approche systémique, il me semble pertinent de se focaliser principalement sur les problèmes d'interactions sociales des enfants avec autisme.

En effet, savoir que son propre enfant est affecté par une quelconque pathologie représente pour le parent un moment de souffrance difficilement explicable s'il n'est pas vécu en personne. Pour certaines affections, le diagnostic peut arriver très tôt, parfois même à la naissance du bébé, alors que pour d'autres, les parents passent par un chemin long et tourmenté avant de pouvoir mettre en mots les problèmes de leur enfant. C'est dans le cas de l'autisme que nous retrouvons notamment des parents soumis à ce long parcours en exprimant des difficultés et une insatisfaction importante dans le processus d'obtention du diagnostic. (Uselli, 2018). Cela commence dans les premières années de vie de l'enfant, quand les parents remarquent certaines caractéristiques étranges et essaient d'en comprendre les raisons. Le signal d'alarme d'autisme le plus fréquent est la difficulté de l'enfant à communiquer, soit verbalement ou bien à travers les gestes, ce qui pousse le parent à prendre le premier contact avec le pédiatre. Cependant, bien que ces premiers signaux soient remarqués autour des 18 mois de l'enfant les parents doivent attendre en moyenne 2 ans et demi après l'apparition des premiers signes et voir entre 3 et 4 spécialistes différents avant de recevoir un diagnostic qui soit clair (Wong et al, 2017). Ce temps de latence, est décrit par les parents comme une période de confusion, de frustration et même de culpabilité pour ne pas être en mesure de comprendre leur enfant (Midence, O'Neill, 1999).

Pour cela, une fois que le diagnostic d'autisme a été posé, la vie familiale sera bouleversée, et beaucoup de changements seront mis en place pour faire face aux déficits de l'enfant. Afin d'avoir une vue d'ensemble des conséquences du diagnostic, nous allons d'abord investiguer la façon dont les dynamiques familiales se modifient pour nous focaliser par la suite sur le vécu parental. Dès que les parents s'aperçoivent des premiers signes renvoyant à l'autisme, l'enfant concerné devient rapidement le centre de toutes les attentions, en définissant une dynamique

familiale singulière où la vie s'articule autour d'un seul individu. La vie familiale sera alors organisée en fonction des symptômes de l'enfant : les relations, la routine quotidienne, les sorties et les projets d'avenir seront tous dirigés en fonction de l'autisme. Cela comporte inévitablement une réorganisation des tâches et des rôles, en donnant lieu à une situation complexe où les parents essaient de trouver un équilibre entre les besoins familiaux et ceux de l'enfant avec TSA. (Usuelli, 2018)

Les premiers à souffrir des conséquences de cette situation familiale sont sans doute les frères et sœurs des enfants atteints d'autisme. Ces derniers, qui peuvent percevoir assez négativement le temps et les attentions accordés toujours au même enfant sont susceptibles de développer plus facilement des symptômes d'anxiété, de dépression ou des problèmes comportementaux. Les parents, de leurs côtés, sont naturellement conscients de ce déséquilibre et ils expriment souvent un sentiment de culpabilité à ne pas pouvoir donner la même attention à tous leurs enfants. (Corcoran et al., 2015). Toutefois, faire partie d'une telle fratrie n'engendre pas que des conséquences négatives, car ces enfants montrent de bonnes compétences sociales et peuvent avoir un côté empathique très développé (Pilowsky, Yirmiya, Doppelt, Gross-Tsur & Shalev, 2004). Pourtant, il arrive aussi que, pour trouver sa place au sein de ce contexte difficile, la fratrie d'un enfant avec autisme se charge de responsabilités trop grandes, en adoptant la position d'un enfant « parentifié » (Scelles, 2005 ; Selmi, 2014).

Revenons à l'approche systémique, considère la famille comme un système ce système est considéré comme l'ensemble d'éléments, d'individus qui sont en interaction. L'enfant autiste a une place dans ce système, ce dernier permet de voir l'autiste dans sa globalité ce qui pousse à éviter de se focaliser sur le symptôme et le travail sur l'environnement. Tous les systèmes proposent cette idée qu'il faut prendre en considération l'individu et son environnement dont il fait partie dans le but de comprendre le comportement de l'individu ainsi son système. Selon le modèle écologique d'Urie Bronfenbrenner qui étudie la famille dans son contexte social, pour comprendre l'autisme il faut d'abord comprendre la dynamique interactionnelle de son système familial avec l'environnement. Toujours selon ce modèle, si le handicap ou l'autisme modifie un des éléments du système en l'occurrence la famille, tout le système se modifie.

En considérant la famille comme un système, l'annonce du diagnostic de son enfant peut influencer son fonctionnement ainsi son environnement. L'autisme aura un impact sur la construction des liens familiaux, et le devenir du système familial. Dans la plupart des cas, la famille se fragilise et se déstabilise par le handicap de son enfant. Face à cet événement

traumatique les parents vont subir une déstabilisation identitaire qui se manifeste par des ruptures puis par des remaniements. La rupture avec soi-même, la rupture avec des liens familiaux, rupture avec des liens amicaux et enfin le remaniement de la structure famille avec ses différents mécanismes de défense et ses compétences. (Jean-Bart, 2015).

7. La prise en charge de l'autisme

7.1 Psychothérapeutiques

Les psychothérapies sont plusieurs et multiples, elles peuvent être individuelle ou groupales, et elles peuvent être utilisées assez diversement afin d'agir sur les troubles du comportements, sur l'éveil sensoriel, sur les perceptions corporelles, sur les fonctions instrumentales...elles peuvent être médiatisée par des supports tels que : les jeux ; la peinture ; la musique...etc. pour aider et permettre à l'enfant de communiquer à partir des intérêts particulier Gepner et Tardif,2003).

7.1.1 La psychothérapie Individuelle :

Notamment pour des personnes d'assez de bon niveaux et ayant des moyens de communication à disposition, pourra être un soutien utile pour évoquer et élaborer leurs peurs, leurs angoisses, et la souffrance d'être différent, pour comprendre les situations sociales si déroutante pour elles, et les aider à gérer le stress que cet ensemble de difficultés génère au quotidien. (Gepner et Tardif, 2003, p109).

7.1.2 Les thérapies familiales systémiques :

Pourront-elles aussi être une modalité envisagée, pour que 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 des communications 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'échanges avec leurs parents et leurs frères ou sœurs (Gepner et Tardif,2003, p109).

7.1.3 Les thérapies cognitives-comportementale(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 (non aversives) 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. (Gepner et Tardif, 2003, p109).

7.1.4 La thérapie d'échange et de développement :

La thérapie d'échange et de développement est une forme nouvelle de la psychothérapie destinée aux enfants présentant un trouble autistique. Son initiateur est le professeur Lelord. Elle repose sur les bases de la neurophysiologie du développement. L'autisme Dans la phase préparatoire l'enfant est soumis à un examen psychologique des observations des comportements, un bilan neurophysiologique rigoureux .la thérapie a pour objet l'épanouissement de l'enfant. Elle a également pour objet de développer des fonctions déficientes. Cette approche est spécifique organisée principalement autour de soi psycho-éducative individuelle réalisé au cours de plusieurs séances hebdomadaires de 30 minute chacune pendant lesquelles l'enfant est sollicité et accompagné dans différents jeux en fonction de ses intérêts et de ses capacités. Les séances s'organisent autour de trois principes généraux dont la simplification de l'environnement spatial et des stimulations, l'échange et l'imitation et en fine, la réalisation de séquences motrice fonctionnels. (Lenoir, Malvy, Bodier, Rethor, 2003)A l'issue de cette phase des objectifs, adaptés à chaque enfant en fonction de ses capacités et de ses intérêts sont fixés. La démarche de la thérapie d'échange et de développement, Recherche chez l'enfant, un centre d'intérêt par la mise de jeu, en relation avec le niveau de développement de l'enfant et l'échange au niveau de la motricité, du regard, de la voix et de l'imitation (Lelord, Sauvage, 1991).

7.2 Les prises en charges éducatives :

La prise en charge éducative est un ensemble de méthodes et de stratégies d'enseignement adaptées aux enfants et adolescents autistes afin de leur permettre un accès au savoir. En effet, le but recherché par cette approche n'est pas d'enseigner un programme scolaire au sens habituel du terme, même si certains autistes peuvent le suivre en partie ou en tonalité, mais le but est bien plus de leurs donner des outils pour mener une vie aussi indépendante que possible, pouvoir s'occuper seul de façon constructive, et participer à la vie de leur entourage avec des moyens de communication et d'intégration socialement adaptés.

Dans les prises en charge éducatives, la part sacrée aux activités ciblant le développement cognitif et celle visant d'avantage le développement socio affectif, sensoriel, ou psychomoteur. Il existe souvent des ajustements nécessaires lors des prises en charge, entre les concepts de base et leur application en fonction de prise en charge éducatives de l'autisme est basée sur l'approche TEACCH développé les années 65-70 (Schopler et al, 1988), axé sur l'éducation et la rééducation des personnes autistes à partir d'évaluation de leur niveau de développement et de fonctionnement. Elle insiste sur le travail de structuration de l'environnement pour créer des

repères, sur l'importance de la visualisation des indices pertinents pour mieux les sélectionner et les traiter, sur l'individualisation des programmes pour chacun, sur la collaboration des parents au projet de leur enfant, sur l'approche positive de l'enfant (ne pas le mettre en échec, partir de ses compétences, renforcer les capacités en émergence, favoriser les réussites et les renforcements qui en résultent...). sur l'approche globale de l'enfant. (Tardif et Gepner, 2003, p114).

7.2.1 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, 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 d'où 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 à 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 ils 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 :

7.2.1.1 -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.

7.2.1.2 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 des gestes, images, photographies, adaptation du programme éducatif, et thérapeutique à chaque enfant, en fonction des données du bilan des émergences, des attentes des parents, ce qui implique une formation approfondie des personnes chargées, d'intervenir auprès de ces enfants. (Rogé, 2004).

7.2.2 L'ABA (Applied Behavioral Analysis) :

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.

(Rogé, 2004). Les travaux Lovaas ont été les premières à faire connaître cette approche dans le domaine de l'autisme. En outre, ce programme possède un nombre d'objectifs qui sont :-

- Développer et augmenter la fréquence des comportements adaptatifs et sociaux
- Contrôler les troubles du comportement en utilisant la répétition et le renforcement des comportements souhaités.
- Diminuer la fréquence d'apparition des comportements indésirables, Cette technique nécessite des personnes formées et entraînées (parents, professionnels, etc.). Afin de réduire ou d'augmenter le comportement cible. (Dominique, 2014, p170).

7.3 La prise en charge médicamenteuse :

Il n'existe pas de traitements médicamenteux pour traiter l'autisme. Néanmoins, des médicaments peuvent être prescrits en cas de troubles du comportement gênants, dangereux ou envahissants (agressivité, colère, instabilité, mouvements répétitifs, etc.). Certaines classes de médicaments peuvent être utiles pour diminuer ces comportements susceptibles de gêner la socialisation et les possibilités d'apprentissages. On peut citer par exemple :

7.3.1 les neuroleptiques : utilisés pour les adultes et enfants porteurs d'autisme, les effets recherchés portent sur l'agressivité, l'agitation, les crises de colère, les stéréotypies, etc. Une prise de poids et un effet sédatif sont souvent rapportés.

7.3.2 les antidépresseurs "IRS" : proposés pour traiter les stéréotypies et rituels gênants, les antidépresseurs peuvent aussi être prescrits pour le traitement de la dépression chez la personne porteuse d'autisme.

7.3.3 les stimulants : ce traitement peut être efficace en cas d'instabilité psychomotrice ou de troubles attentionnels importants. L'efficacité semble plus importante chez les enfants présentant des formes particulières d'autisme (syndrome d'Asperger ou TED non spécifié). (Sanchez, 2011)

7.4 L'intervention précoce :

L'intervention précoce va de pair avec un diagnostic précoce, ainsi, lorsque l'enfant atteint d'autisme est dépisté jeune (autour de 2ans), une intervention précoce peut être proposée, son fondement théorique repose sur le fait qu'entre 2et5ans, les phénomènes de plasticité cérébrale et de compensation adaptative sont des leviers importants pour la récupération de certaines fonctions défaillantes. (Gepner et Tardif, 2003). Cette intervention s'appuie sur une approche développementale et comportementale incluant un travail systématique sur les compétences

sociale, cognitive et psychométriques, et elle vise l'acquisition de compétences nouvelles et une réduction des comportements gênants, parasitant les échanges. (Gepner et Tardif,2003).

Différentes études longitudinales effectuées auprès d'enfants ayant été pris en charge précocement et de manière suffisamment intensive, rapportent de tels changements en deux ans de pris en charge. Mais, pour que cette intervention soit suivie d'effets positifs sur le développement de l'enfant, il faut qu'elle comprenne certaines caractéristiques indispensables : La précocité de l'intervention (si possible avant 4ans) , l'intensité de l'aide(stimulations quotidiennes) , l'implication des parents autour d'une équipe de partenaires avec une variété d'activités et d'environnements pour favoriser la généralisation et prolonger les effets des stimulations dans les différents lieux de vie de l'enfant),l'individualisation des activités et des projets spécifiques à chaque enfant en fonction de son développement et son environnement, la prise en compte des données biomédicales et développementale pour ajuster les interventions éducatives et rééducatives.(Gepner et Tardif,2003).

Le but de cette intervention précoce est de marquer le temps d'éveil de la journée et de l'enfant autiste par des activités stimulante au niveau des interactions sociales et communicatives, notamment en travaillant sur le regard, l'imitation, pour cela on suscite

« L'apprentissage incident » réalisé dans l'environnement naturel, qui fournit un cadre de travail favorable à la fois pour permettre la généralisation des acquis et le développement de l'initiative adopté de l'enfant en réaction à son milieu familial. Parmi ces techniques d'enseignement, la stratégie des « routines » permet d'enseigner des compétences reliées naturellement les unes aux autres. Exemple : apprendre à descendre du bus et se rendre dans un lieu habituel. Une autre stratégie consiste à travailler sur les « comportements pivots », c'est des comportements qui ont des effets larges et de portée étendue dans divers secteurs du développement de l'enfant. Par ces stratégies, l'objectif est d'enseigner de façon naturelle la motivation à initier des actions et à réagir de façon appropriée aux nombreux stimuli sociaux et environnementaux, et à faciliter l'autorégulation du comportement de la personne. Donc l'intervention précoce ne peut être envisagée que si l'entourage familiale et professionnel est prêt à s'engager conjointement dans ce type de sollicitations à la fois régulières, répétées et soutenues, nécessitant beaucoup d'investissements. (Gepner et Tardif,2003).

Finalement, nous avons constaté que les enfants atteints d'autisme nécessitent une prise en charge médicale, paramédicale et éducative en plus de l'accompagnement pédagogique. Un accompagnement pluridisciplinaire (orthophonie, psychomotricité, accompagnement éducatif, psychothérapie,) est souvent proposé, afin d'atteindre le but voulu et aider cet enfant.

8. L'autisme en Algérie

Bien que le concept d'autisme existe au monde depuis sa découverte par Kanner (1943), il demeure inconnu et encore flou dans le langage courant des algériens, et n'est réellement abordé dans les médias que ces dernières années, vu l'ampleur du phénomène qui devient un vrai problème de santé et de la société. La catégorie des autistes vit presque dans l'ombre de l'anonymat, étrange, paradoxe, même lors de la commémoration des journées nationales et internationale des handicapés, ils sont les éternels oubliés de la société. Ce n'est que sous la pression de certains spécialistes et d'associations de parents d'enfants autistes qu'on a commencées à en parler.

Bien que ce syndrome, à plusieurs formes et là il touche de plus en plus de personnes, il n'existe pas de statistique de prévalence, concernant le nombre effectif de personnes touchées par l'autisme en Algérie, certains spécialistes annoncent que sur un million de personnes ; enfants ; adolescents ; adultes, souffrant d'un handicap mental ,4900 sont autistes, d'autre avancent entre 60 et 70 mille personnes touchées par l'autisme qui affecte quatre fois plus les garçons que les filles. Le professeur Ould Taleb, pédopsychiatre à l'hôpital « Drid Hocine » à Alger, déclare le nombre de 65 mille adolescents autistes en Algérie, un nombre qui ne cesse de s'accroître vu le nombre des enfants présentés quotidiennement en consultation pour suspicions ou dépistage. Cette situation alarmante et si compliquée, car en plus de la marginalisation des autistes, il existe un déficit flagrant en terme de structures adaptées pour les prendre en charge, le nombre de ces centres ne dépasse en aucun cas les doigts de la main. (Sahraoui et Amrane, 2015)

Malgré les efforts consacrés par les autorités pour initier les médecins psychiatres et les infirmiers, ainsi que les pédopsychiatres et la création de quelques centres spécialisés, dans le secteur public ou par biais des associations qui militent dans ce sens. (Sahraoui et Amrane, 2015). Une deuxième contrainte, soulevée par Mme Bouarioua, secrétaire général de l'association des autistes de la Wilaya d'Alger, qui consiste en les difficultés de diagnostic de l'autisme. Ce qui met les parents dans l'embarras, car trop souvent, ils sont confrontés au manque d'informations, aussi des professionnels qualifiés pour la prise en charge de leur progéniture, lorsque l'autisme ou le handicap est évoqué, ils nécessitent un accompagnement par des auxiliaires spécialisés, chose qui fait, actuellement dans notre pays. L'intégration des enfants autistes (qui ne présentent pas un degré sévère du trouble) dans des classes normales, tout en leur assurant des accompagnateurs semble être une mesure qui est en train de se réaliser

malgré les difficultés. (Sahraoui et Amrane, 2015)

Il est à souligner qu'un plan de prise en charge de ces patients est lancé en 2010, par le ministère de la solidarité et s'articule sur la prise en charge ; l'accompagnement ; la sensibilisation et la formation spécialisée au profit des professionnels. Le ministère de la santé de son côté a pris l'initiative de former des médecins, des psychologues et des psychomotriciens pour pouvoir reprendre professionnellement aux exigences de ce trouble. Des hôpitaux de jour et des consultations externes sont mises en action, malgré les difficultés, les carences de formation et le manque des moyens, noter également que près de 400 enfants autistes sont pris en charge en milieu médical et institutionnel public et privé, sur un total de 12 mille autistes en âge de scolarisation. Dans leur centre d'accueil on compte plus de 100 enfants autistes, dont 60 enfants âgés entre 4 ans et 16 ans, sont pris en charge par notre équipe composée de psychiatres, psychologues, orthophonistes et infirmiers exerçant dans un hôpital de jour conçu pour autistes et qui vient d'ouvrir ces portes. Les familles de ces enfants, dont l'âge des pères varie entre 34 à 62 ans et celui des mères entre 30 à 54 ans, sont de niveau d'instruction variable. On souligne aussi que la majorité des enfants souffrants de l'autisme de Kanner ont un caractère difficile et présentent l'absence du langage, d'autres ayant le syndrome d'Asperger et enfin les hyperactifs avec troubles de concentration. (Sahraoui et Amrane, 2015)

« Les parents se présentent souvent avec un diagnostic préétabli à la demande d'une prise en charge spécialisée, d'autre part inquiétude pour la scolarité de leurs enfants, on note uniquement cinq de nos patients sont scolarisés, dont un bénéficie d'un soutien de la part d'une auxiliaire de vie scolaire. Par contre, 25 enfants ont bénéficié d'une prise en charge médicale et psychologique, le reste consulte uniquement chez des psychiatres, faute de moyen ou difficulté de déplacement ». (Sahraoui et Amrane, 2015, p27-28).

III- Le vécu psychologique des parents d'enfants autiste

Lorsqu'un enfant présente un problème de développement dans le spectre de l'autisme, le risque pour ses parents de développer une détresse psychologique s'accroît passablement. L'ensemble des études qui ont mesuré l'état de santé des mères d'enfants autistes démontrent qu'elles présentent des taux extrêmement élevés de stress, de détresse et de dépression ; ces taux atteindraient entre 50 % et 80 % (Eisenhower et al., 2005 ; Giarelli et al., 2005). La « crise situationnelle grave » que suscite l'annonce du diagnostic explique en partie la détresse parentale dans tous les cas d'incapacité infantile. S'ajouteront à cette crise situationnelle l'adaptation à la différence, et l'insécurité en regard de l'avenir de l'enfant. Cependant, les

études démontrent avec une grande constance que les mères d'enfants autistes vivent des taux de stress et de détresse beaucoup plus élevés que les parents dont les enfants présentent des incapacités telles que la trisomie 21 ou la paralysie cérébrale

(Eisenhower et al., 2005 ; Siklos et Kerns, 2006 ; Stores et al., 1998).

Selon les observations, les parents d'enfants autistes présentent un risque particulièrement élevé d'isolement social, de discorde maritale et, finalement, de séparation. Leur avancement professionnel est plus difficile ; ils vivent plus d'anxiété et ont une perception plus négative de leurs compétences parentales (Dunn et al., 2001 ; Fisman et al., 1996).

Au-delà du fait d'être parents d'un enfant dont les capacités sont réduites, les conséquences de l'une ou de l'autre incapacité affectent gravement l'état de santé psychologique des parents. Entre autres, les problèmes liés au sommeil et à l'alimentation, particulièrement fréquents chez les enfants autistes, constituent une source importante de stress et d'épuisement parentaux (Cotton et Richdale, 2006). Une étude récente, qui confirme le poids majeur des troubles de comportement sur la santé psychologique des mères d'enfants handicapés âgés de 3 à 5 ans, révèle cependant que ces troubles ne suffisent pas pour expliquer à eux seuls l'intensité de leur détresse. Selon cette étude, en effet, les mères d'enfants autistes montrent une plus grande détresse que les mères d'enfants trisomiques ou atteints de paralysie cérébrale, même quand ces derniers manifestent un taux équivalent de troubles de comportement. On peut par conséquent déduire que d'autres caractéristiques

de l'autisme viennent vraisemblablement affecter la santé et la qualité de vie des familles avec un enfant autiste.

Une autre étude récente réalisé par b.chamak année 2021 intitulé« vécu de famille d'enfants autistes en période de confinement » l'objectif de cette étude recueillir des témoignages de parents afin de mieux appréhender leurs difficultés et l'aide apportée par les professionnels, le groupe de recherche compose de huit parents d'enfants autistes vivant en seine –denis ont accepté de témoigner de leur expérience attitre de comparaison , des courriels ont été échangés avec une mère et deux pères d'enfants autistes de milieu plus favorisé.si ou début du premier confinement ,certains enfants ont pu se sentir apaisé, le prolongement de la situations d'angoisse et d'ennui. Malgré la fermeture de nombreux établissements se sont mobilisés .pour continuer à aider les familles et les enfants dont les routines étaient perturbées.

Pour conclure cette étude en fonction des conditions de confinement, le vécu de la famille est déférent et évolue avec le temps. Les problématiques majeures rencontrées par certaines par certain familles ont été l'aggravation des troubles de leur enfant (automutilations, crises, violence, cris). des outils pédagogiques ont été adaptés, des fiches d'activité ont été envoyées, des ateliers de groupe et de consultations ont été organisés à distances médico-sociaux se sont mobilisés et ont fait preuve de réactivité et d'inventivité afin d'assurer un accompagnement des enfant et de leurs familles. (chamak.B,2021) .

1 .L'annonce de diagnostic

Le diagnostic doit être annoncé aux parents et à la personne concernée de la façon la plus claire et la plus honnête possible dans l'état des connaissances actuelles. L'annonce du diagnostic est habituellement un moment douloureux pour les parents. Elle est souvent à la fois redoutée et attendue car elle est la première occasion pour des parents de mettre des mots sur les difficultés de leur enfant alors qu'ils les repèrent déjà depuis longtemps. Ainsi, beaucoup de parents se disent bouleversés mais en même temps soulagés de pouvoir enfin mieux comprendre et nommer les difficultés de leur fils ou de leur fille. Le moment de l'annonce du diagnostic doit être articulé à l'annonce des ressources disponibles pour accompagner l'enfant et son entourage, et à leur mise en œuvre. En effet, les stratégies de coping des parents — c'est-à-dire leurs capacités à faire face aux difficultés et au handicap de leur enfant — sont logiquement renforcées lorsque leur sont proposés des moyens pour garder une position active dans l'accompagnement de leur fils ou de leur fille. Ainsi, une information précise sur le syndrome, son évolution, ses modes de prise en charge prenant en compte l'état des connaissances, mais aussi sur les structures spécifiques permettant la mise en œuvre de cette prise en charge (MDPH, établissements scolaires, médico-sociaux, etc.), est essentielle pour éviter l'errance des familles et un stress que l'on sait plus élevé encore que dans des familles dont un des membres a une autre forme de handicap (par exemple, la schizophrénie). Au-delà de ces éléments d'information, l'annonce diagnostique devrait être assortie de propositions d'accompagnement des parents. Le troisième plan Autisme met en avant cet aspect du soutien des parents dont certains aspects peuvent être abordés de notre point de vue sous l'angle de l'éducation thérapeutique. Si les parents d'enfants avec TSA sont des aidants essentiels, leur rôle et leurs compétences ne sont reconnus que depuis peu de temps sous la pression, il faut en convenir, des associations d'usagers. (Eisenhower et al., 2005).

2. le deuil

est un phénomène essentiellement humain .seul l'espèce humaine a développé des rites funéraires témoignant d'une croyance symbolique en un au-delà de la mort des vertiges de « traitement des mort » datant de cent mille ans environ expriment déjà l'idée de manifester la puissance du mort, de lui donner les moyens de « survivre »ailleurs .jusqu'a notre époque, des rituels précis ont eu pour fonction principale de canaliser le chagrin des survivants et, surtout ,de compenser la rupture du groupe (familial et social) par une reconnaissance commune de la perte. (Corinne Antoine,2010,p,226)

3. le travail de deuil

L'expression «travail du deuil » a été introduite par S Freud en 1915.k.abraham en 1912 et Freud en 1916 ont démontré l'analogie du deuil avec la mélancolie. Si le deuil lié à la perte d'un être dans la réalité, le travail du deuil se fait en plusieurs temps :

10.4.1 phase d'idéalisation de l'être, souvent accompagnée de culpabilité (auto reproches du sujet) ;

10.4.2 Perte d'intérêt pour le monde extérieur sauf pour ce qui touche ce qui peut rappeler la personne disparue. Recul devant toute activité qui éloignerait le souvenir de l'être aimé.

10.4.3 Détachement progressif de la libido à l'égard de l'être qui permet le retour vers de nouveaux investissements.

Ce travail du deuil est « normal » et c'est l'épreuve de la réalité qui permet au sujet de se détacher progressivement de sa souffrance.(Corinne Antoine,2010 ;p231).

3.1 Le deuil normal se liquide assez rapidement en passant successivement par trois phases de stresse, de dépression et d'adaptation grâce aux processus de désinvestissement, d'intériorisation et d'identification à l'objet disparu, de culpabilité puis de détachement final.

3.2 Le deuil pathologique

Débouche sur la maladie mentale. Ses critères sont un retard dans l'apparition de l'affliction puis une prolongation de son évolution au-delà de deux ans et une menace réelle sur la santé psychique. Il peut s'agir d'une véritable psychose mélancolique ou maniaque (manie de deuil

avec négation de la perte) ou d'un deuil obsessionnel, ou encore d'une hystérie de deuil.(Corinne Antoine,2010,p,228).

Synthèse

On peut considérer l'autisme comme un trouble qui reste toujours méconnu, et ceci suscité la curiosité des chercheurs ce qui a donné lieu à un nombre considérable de théorie c'est l'un des sujet complexes même si nous avons des hypothèses plus en moins confirmées. Pour cette raison nécessite une intervention multidisciplinaire pour une meilleure prise en charge surtout psychologique par ce que les parent ayant un trouble du spectre de l'autisme on besoin de soutien, d'écoute et de guidance afin de jouer leur rôle avec compétence et gratification.

Dans ce chapitre, on a essayé de cerner le trouble de spectre autistique et de globalisé les théorisés de ce trouble au long de ce travail on a vu l'importance de diagnostic précoce et la prise en charge et le le vécu psychologique des parents d'enfants autistes pour désignons les sentiments éprouvés par les parents, qu'ils soient positifs ou négatifs.

Chapitre II : la résilience

Au cours de l'existence de l'être humain pourra vivre des moments difficiles et être affecté par des événements traumatisants mais à travers un processus de résilience on peut continuer à construire dans un événement défavorable certain parents d'enfant autiste avec leurs capacités et leurs stratégies, peuvent faire face à cette événement, afin de s'adapter et de rebondir. Dans ce chapitre, nous allons aborder le processus de résilience en deux sections. De ce fait, dans la première section notre recherche s'intéresse à la résilience générale, où nous allons parler sur la perçu historique de résilience, ses définitions et ses méthode d'évaluation ainsi ses application clinique et ses facteurs de la résilience. Deuxième section on s'intéresse à la résilience parentale et handicap de l'enfant : études antérieures.

Sections I : La résilience générale

1. Historique de la résilience

Le terme de résilience était utilisé avant 1984. dans les années 1980, c'est plutôt le concept de vulnérabilité qui domine (Cyrulnik et al, 2001).

L'approche de la résilience est née au carrefour de différentes théories, développementales, comportementales, psychanalytiques, psychopathologiques et socioéducative. Anaut (2008), précise dans cette perspective, que « les questions relatives à la résilience rencontrent un vif intérêt en psychologie et psychopathologie, mais également auprès de disciplines connexes éthologie, sociologie, sciences de l'éducation, médecine... ». Anaut, 2008, p.81). c'est à dire que la résilience trouve son origine dans le croisement de tous ces fondement théorique.

L'origine du terme « résilience » est issue du latin « resiliencia », elle revient à la physique ou elle est employée pour désigner la résistance des matériaux aux chocs violents. D'après le dictionnaire petit Larousse, la résilience représente : « la caractéristique mécanique qui définit la résistance aux chocs d'un matériau ». (Iagerfeld, 2008, p.882).

A l'origine le concept de résilience désignait donc, l'élasticité et fragilité des matériaux en métallurgie, leur capacité à retrouver l'état initial à la sortie d'un choc ou d'une pression continue. Mais plus tard il a été emprunté à la physique et employé en psychologie comme le définit Sillamy étant « la capacité de vivre et de développer en dépit de circonstances difficiles ; défavorables, voire désastreuse ». (Sillamy, 2006, p, 228).

Que certains individus résistent mieux que d'autres aux aléas de l'existence, à l'adversité, à la maladie est un fait reconnu depuis des siècles, mais resté largement inexpliqué. Et c'est une

« constitution » particulière qu'on imputa longtemps cette caractéristique hors du commun. (Manciaux, 2001, p, 322).

Après la seconde guerre mondiale, personne ne parvenait à penser le traumatisme. On disait que les polonais avait payé cher leur résistance à l'Allemagne mais qui se répareraient tous sel, ce qui permettait de ne pas les aider. Puis, quand les souffrances psychologiques ont été reconnues, il a fallu se demander comment on pouvait les réparer. Les interprétations se sont alors inspirer des stéréotypes du contexte culturel. Certains on dit que les blessés souffraient d'une faiblesse constitutionnelle, ils étaient nés avec ce handicap, le moindre choc pouvait les casser. (Lani-Byle, Slowik, 2016, p.10). Par ailleurs, l'étude proprement dite de la résilience a commencée avec trois grands projets de recherche visant des enfants qui vivaient des conditions considérées comme pouvant effectuer leur développement. (Ionescu, 2016).

La préhistoire du concept de résilience est riche. Beaucoup de chercheurs s'accordent pour souligner que c'est grâce à l'étude longitudinale d'Emmy Werner, psychologue américaine, que le terme résilience a pris son terrain dans le domaine de la psychologie. En effet, c'est grâce à cette étude, la psychologue a eu le mérite d'être considérée comme la créatrice du concept de la résilience. (Tomkiewics, 2001, p. 46).

Dans son étude qui a donné naissance au concept de résilience, dans les années 1950, elle a suivi une cohorte de 698 enfants nés dans le bas –fond d'une ile de l'archipel de Hawaï. Parmi eux il Ya 200 qui a l'âge de deux ans, présentaient tous les ingrédients pour mal finir, devenir asociaux, délinquants, maltraitants et au mieux, des éternels assistés. Ces enfants étaient élevés dans des conditions misérables, ils étaient tous issu de familles monoparentales, alcooliques, psychiatisées et ils étaient mal traités ou carencés en soin élémentaire et en affection. (Anaut, 2003).

En effet, les principaux objectifs de cette étude étaient de décrire de manière naturaliste le cours de toutes les grossesses et de leur issue ainsi que le développement, jusqu'à l'Age adulte, de tous les nouveaux nés qui ont survécu, ainsi, d'évaluer les conséquences à long terme des complications périnatales et des conditions adverses de croissance sur le développement et l'adaptation à la vie des individus respectifs.

L'équipe a commencée en examinant la vulnérabilité des enfants, c'est-à-dire leur susceptibilité à des résultats développementaux négatifs après l'exposition à des facteurs de risque graves, tel le stress périnatal, la pauvreté, les psychopathologies parentales et les perturbations de l'unité familiale. Au fur et à mesure que l'étude longitudinale avançait,

l'équipe s'est aussi intéressée aux racines de la résilience chez les enfants qui avaient fait face avec succès aux facteurs de risque biologiques et psychosociaux, ainsi qu'aux facteurs de protection qui ont facilité le recouvrement de enfants et des jeunes qui présentait des troubles lors de la circoncision à l'âge adulte.(Ionescu, 2016,p.33).

Trente ans plus tard, Werner en a retrouvé ces 200 enfants étaient tous vulnérables au plus haut degré, malgré que 72% avaient eu un développement catastrophique. La surprise est venue du constat que 28 d'entre eux avait appris un métier, fondé une famille et ne manifestaient pas plus de trouble que la population générale. De cet étonnement est parti le désir de comprendre ce qui leur avait permis de ne pas être définitivement fracassés. (Cyrulnik, Jorland, 2008).

Une deuxième contribution pionnière est celle de Norman Garmezy et ses collaborateurs. son intérêt pour l'étude des maladies l'a conduit à investiguer pourquoi certains patient, contrairement ça d'autre « se redressent » et vont bien dans la vie. Ce travail a permis d'identifier ce qui différenciait les deux groupes des patients. Garmezy a suggéré que la disponibilité des ressources psychosociales pouvait contribuer à contrecarrer l'influence négative d'une adversité et pouvant favoriser une adaptation comportementale.

Garmezy et Rodnick (1959), ont aussi étudié les enfants vivant dans la pauvreté et ont formulés la théorie des facteurs cumulatifs. Ils ont soutenu qu'un trait de personnalité de l'individu n'était pas l'unique source de résultat, mais plutôt que celui-ci est le produit de facteurs aussi bien internes qu'externes. Cette combinaison d'éléments psychosociaux et de prédispositions biologiques concourt, comme facteurs de risque et de protection, à définir ce qui est maintenant connu comme résilience.

La troisième série de recherches majeures a été menée par Michel Rutter, à partir de 1964 il s'agit d'une série d'études épidémiologiques réalisées sur l'île rurale de Wight et dans les quartiers des hérités de Londres. Les enfants respectifs avaient été exposés à des conflits parentaux graves, avaient vécu dans des familles caractérisées par un statut socioéconomique bas. Ou l'on pouvait noter aussi la délinquance parentale, des troubles psychiatriques maternels, des placements dans des établissements d'état de soin. (Ionescu, 2016, pp.36-37).

Rutter a trouvé qu'un quart des enfants étaient résilients, même s'ils avaient subi l'effet de plusieurs facteurs de risque. Selon Rutter, parmi les facteurs qui ont favorisés la résilience, on peut citer le tempérament facile, une bonne maîtrise de soi, les capacités de planifications, le fait d'être féminin, un climat scolaire positif et une relation proche et chaleureuse avec un adulte lorsque malgré la présence des conflits parentaux, les enfants avaient une relation affectueuse

avec l'un des parents, seulement un quart des enfants présentaient un trouble de la conduite. En l'absence d'une telle relation, les trois quart des enfants présentait un tel trouble. (Ionescu, 2016).

Il fallut attendre les années 1980 pour avoir apparaitre le concept de résilience. Dans une situation traumatisante, tout le monde ne souffre pas aussi intensément ni de la même manière, certains se protège mieux et représente le gout à la vie rapidement, alors que d'autres souffrants beaucoup et ne se remettent pas à vivre. Ceux qui étaient améliorés pouvaient servir de modèles à ceux restaient prisonniers des traumatismes anciens. (Lani-Byle, Slowik, 2016, p.10).

Pour conclure, notons que la grande majorité des travaux sur la résilience provient des pays anglo-saxons et nord-américains (Anaut,M, 2003), la France ne s'étant intéressée au concept que récemment (Theis, 2001). Manciaux et al. (2001) vont même jusqu'à décrire cet écart entre le monde anglo-saxon et la francophonie européenne comme une asynchronie qui pose question. (Manciaux et al. 2001).

Nous terminons par l'histoire du concept de résilience, qui nous permet de le décrire selon l'évolution historique de son étude, marquée par les enjeux de la recherche de l'époque, et qui a attiré l'attention de plusieurs chercheurs à travers le temps. Par ailleurs, les différentes préoccupations ayant façonné l'histoire de la résilience démontrent que la résilience peut être approchée. De façon à distinguer les individus entre eux selon leur degré d'adaptation, de façon à suivre l'évolution des individus dans le temps et prédire leur adaptation, de façon à intervenir sur les facteurs de risque et de protection afin de promouvoir la résilience, ainsi que de façon à expliquer l'interrelation entre différents facteurs impliqués dans le phénomène de résilience. A travers les périodes d'étude de la résilience, malgré l'évolution des perspectives théoriques, les définitions de la résilience ont connu une certaine constance malgré les changements méthodologiques, et les nombreux modèles théoriques proposés pour l'expliquer. A cet effet, les principales et les premières définitions qui sont encore d'usage et d'actualité sont présentées dans la suite de ce chapitre.

1.1. Origine du concept de résilience

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

retrouver leur état initial à la suite d'un choc ou d'une pression continue. En informatique, la résilience concerne la qualité d'un système qui lui permet de continuer à fonctionner en dépit d'anomalies, liées aux défauts d'un ou de plusieurs éléments constitutifs.

Résilier signifie donc littéralement sauter en arrière, se rétracter ou rejaillir. Ainsi, la résiliation est l'acte par lequel on met fin à un engagement, à une promesse, à un contrat. La résiliation se situe donc dans le processus de désengagement mais aussi de renaissance. La résilience ne se réduit pas à une simple capacité de résistance qui pourrait véhiculer l'idée d'une rigidité, mais évoque davantage les propriétés de flexibilité et d'adaptation. Il ne s'agit donc pas de réduire ce phénomène à « l'invulnérabilité » qui correspondrait à une résistance au choc mais également signifierait « un état pouvant entraîner la paralysie du sujet : une carapace solide mais impénétrable et débouchant sur la rigidité ». (Anthony et al. 1982), ce qui s'éloignerait totalement de la souplesse nécessaire à la résilience.

Dans le contexte de la physique des matériaux, l'encyclopédie universalise nous apprend que la résilience (en tant que l'un des facteurs qui caractérise la qualité de l'acier) peut varier brusquement de part et d'autre d'une certaine température dite température de transition. Si nous risquons cette analogie avec l'être humain, nous pourrions considérer que chacun de nous possède une potentialité différente à résister aux pressions (sa résilience) qui varierait brusquement en intensité à l'occasion d'une circonstance donnée (analogue à la température dite de transition). Dans cette perspective, un même sujet pourrait être tantôt vulnérable résilient suivant les circonstances. Ainsi, la vulnérabilité d'un sujet pourrait se transformer en résilience à l'occasion d'un événement hautement signifiant pour lui, ou en appui avec une rencontre fondatrice. Nous verrons que cette hypothèse trouve des correspondances dans certains courants de recherches sur la résilience, notamment ceux qui étudient les implications du réseau social et affectif et en particulier les appuis des tuteurs de résilience. (Anaut M, 2015, pp 44-45).

2. Définition de la résilience

1. Le terme résilience est emprunté à la physique, il définit la capacité d'un matériau à résister aux chocs. La résilience est utilisée en psychologie sous forme de métaphore, pour expliquer à quel point les enfants qui ont vécu des traumatismes majeurs peuvent néanmoins devenir des adultes à part entières, développer et construire, à partir de leur expériences traumatique, une vie pleine de sens, riche et positive. (Angle. S et al. , 2010, p.496).

D'après le dictionnaire historique de la langue française, le terme résilier est étymologiquement constitué de re (indiquant le mouvement en arrière, le retrait) et salire (sauter, bondir, jaillir). (Anaut, M, 2015, p 45).

La résilience est la résistance d'une personne ou d'un groupe à des conditions de vie difficiles, capacités de se vivre et de se développer en dépit des circonstances défavorables, voir désastreuses. (Sillamy.N, 2003, p228).

D'après p. Valery, la résilience c'est une métaphore poétique quand elle suggère à rebondir au-delà des drames, image réductrice quand elle évoque la solidité de celui qui surmonte les épreuves, la résilience est également utilisée pour définir scientifiquement le processus à partir duquel une personne ou un groupe manifeste sa capacité à se développer bien à continuer à se projeter dans l'avenir en présence d'éléments déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes sévères et/ ou répétés ou pour identifier le mécanisme complexe qui signe la reprise d'un développement après un fracas. (Pierre.J, Bruno.H, 2012, p7).

D'après Boris Cyrulnik (1999) a proposé l'image de la construction d'une perle naturelle pour illustrer l'oxymoron de ce « merveilleux malheur » du fonctionnement de la résilience, c'est-à-dire comment à partir d'une blessure et d'une souffrance, le sujet peut en faire une expérience qui sera potentiellement fructueuse pour lui.

La résilience est quelquefois abordée comme une capacité non pas inhérente au sujet, mais issue d'une confrontation à un terrain hostile, donc comme une compétence qui se construit sur la possibilité de transformer une situation traumatique en une épreuve de laquelle pourrait surgir quelque chose de beau ou de bon.

3. Méthode d'évaluation de la résilience

Différentes échelles sont utilisées ou construites par les chercheurs afin de déterminer les critères du fonctionnement résilient et de tenter d'évaluer la résilience. Voici cependant quelques repères dans les méthodes employées pour explorer la résilience :

Parmi les critères les plus retenus par les chercheurs, nous pouvons citer les échelles qui permettent d'évaluer :

- Le niveau d'anxiété et de dépression.
- Le niveau de compétence sociale.
- La réussite scolaire et intellectuelle.

- La symptomatologie clinique.

Les méthodes d'évaluation prennent en compte un ou plusieurs critères dits de résilience qui seront l'objet de cette évaluation. Les protocoles d'évaluation se fondent soit sur l'utilisation de tests ou d'échelles existant, soit sur des questionnaires et des échelles construits spécifiquement. La méthodologie d'investigation de la résilience peut comprendre des évaluations comportementales, cognitives, ou encore se centrer sur l'évaluation de traits de personnalité ou de troubles psychologiques et ou psychiatriques.

Suivant les cas et les facteurs retenus, l'évaluation pourra porter sur l'appréciation des capacités ou de compétences (adaptation sociale, estime de soi, Q.I) relevant de l'utilisation de tests psychologiques ou d'échelles de comportements. Pour les très jeunes enfants un bilan pédopsychiatrique est parfois utilisé. (Anaut .M, 2008, p51).

Du point de vue méthodologique, plusieurs types de médiations ou d'instruments d'évaluation peuvent être utilisés, de manière complémentaire dans le cadre d'une même investigation. De même la passation peut concerner essentiellement les sujets examinés, éventuellement soumis à des questionnaires en auto-évaluation, ou bien prendre en compte les évaluations faites par l'entourage (famille-réseau-social- éducatif- les pairs....) et s'appuyer sur des observations croisées. Nous trouvons également des observations directes sur des terrains cliniques ou des milieux dit naturels (ex : l'école).

Ainsi, on remarque que l'utilisation de telle ou telle méthode et critère détermine la définition de la résilience adoptée par les chercheurs et son positionnement théorique. Parmi les médiations répertoriées, l'utilisation de tests projectifs, destinés à l'étude de la structure psychique, commence à être utilisée. De Tychey(2001) préconise notamment l'emploi du test du Rorschach pour accéder aux processus intrapsychiques des sujets résilients. (Anaut.M, 2008, p52).

4. Les différentes approches de la résilience

4.1 Selon le modèle psycho dynamique

La majeure partie des travaux scientifiques portant sur la résilience font référence à ces deux approches. Ce n'est que récemment que des cliniciens d'orientation psychanalytique se sont intéressés à cette nouvelle notion qui « recouvre en fait des phénomènes qui ont été repérés et étudiés depuis longtemps par la psychanalyse. (kreisler, 1996, 2000 ; guedeney, 1998 ; lemay, 1999 ; cramer, 1999 ; bacque et al, 2000 ; bourguignon, 2000 ; de tychey, 2001 ; lighezzolo et de tychey, 2004 etc.) L'intérêt majeur, selon nous, d'une lecture de la résilience par la psychanalyse et par la psychologie clinique psychanalytique est de permettre d'identifier et d'analyser les processus en jeu dans la résilience. Pour ce faire nous aurons recours à plusieurs concepts centraux de l'approche psycho dynamique. Ainsi, nous réexaminerons le concept de traumatisme qui se situe toujours en amont de la résilience, nous ferons appel aux mécanismes de défense et d'élaboration mentale mis en œuvre par le sujet, parallèlement nous nous intéresserons aux relations psychoaffectives, aux soutiens extérieurs qui contribuent également à la résilience. (THEIS, A, 2006, p 42).

.Le concept de traumatisme :

Le traumatisme est un concept central dans la théorie psychanalytique qui divise encore actuellement les cliniciens, notamment autour de la question de la nature du traumatisme : s'agit-il d'un traumatisme lié à la séduction originaire, ou peut-on considérer que l'événement externe entraîne un traumatisme ?

Avant d'approcher le traumatisme d'un point de vue psychanalytique, revenons rapidement sur son étymologie. Traumatisme vient du grec *trauma* qui signifie « blessure », « dommage », « désastre ». Le terme trauma est dérivé du verbe *titrôskô* se définissant par « percer », « meurtrir », qui vient donc faire effraction. Dans le langage médical, le traumatisme est d'abord identifié comme les conséquences de lésions sur l'ensemble de l'organisme provoquées par une action violente externe. En psychanalyse, le *trauma*

« Correspond à la violence externe et à son effraction physique » et le *traumatisme* « renvoie aux effets psychiques du trauma sur le sujet ».

Le traumatisme dans la théorie freudienne : Comme nous l'avons dit, c'est un concept central dans la théorie psychanalytique qui voit son apparition dès les débuts de la psychanalyse : dans *Les études sur l'hystérie* (1895), FREUD tente de formaliser une théorie du traumatisme, mais nous verrons que tout au long de son œuvre il lui fera subir des modifications. Ce concept sera remanié jusqu'en 1939 dans *L'Homme Moïse* qui en donne sa dernière version.

Première période : la théorie de la séduction Dès Les études sur l'hystérie, en 1895, FREUD présente une théorie du traumatisme Alité de ces séductions sexuelles exercées par l'adulte. Mais, en 1897 il écrit à FLIESS qu'qu'il développera dans le cadre de la première topique. Le traumatisme est lié à la théorie de la séduction : pour FREUD, c'est la séduction précoce de l'enfant par l'adulte qui est à l'origine des névroses. Il propose alors un modèle en deux temps : le processus de l'après-coup dans un premier temps – la scène dite de la séduction – l'enfant est victime d'une tentative de séduction par l'adulte. L'enfant reçoit un afflux d'excitations nouvelles qu'il ne peut ni décharger ni traiter car il se trouve démuni, non préparé, de par son immaturité physique et psychique dans un deuxième temps, après la puberté, une scène le plus souvent banale vient réactiver les traces mnésiques inconscientes. « C'est le souvenir de la première qui déclenche un afflux d'excitations sexuelles débordant les défenses du moi. » c'est donc le souvenir inconscient de la première scène qui, après-coup, devient pathogène.

À ce moment-là, FREUD pensait le traumatisme en termes de réalité objective, il était persuadé du caractère de Reil ne croit plus en sa « neurotica » : il ne considère plus que tous les hystériques aient été réellement l'objet de séduction, « c'est le fantasme et non la séduction qui devient le facteur traumatique princeps et préside à l'organisation de la névrose ».

Deuxième période : le traumatisme comme effraction du pare-excitations

Tandis que FREUD découvre les étapes de la sexualité infantile, il se désintéresse de la question du traumatisme. Après 1914, la théorie du traumatisme se réduit aux névroses de guerre, ce qui amène FREUD, en 1920 dans *Au-delà du principe de plaisir* à élaborer sa nouvelle conception du traumatisme. C'est dans le cadre de la seconde topique qu'il représente le traumatisme comme un phénomène énergétique venant effracter le pare-excitations. Dans cette nouvelle topique, le moi est une instance psychique à l'interface du ça, du surmoi et de la réalité. Il joue un rôle protecteur de personnalité par la mise en place de mécanismes de défense. D'autre part, il opère comme un facteur de liaison psychique. Le moi permet au sujet de maintenir son adaptation à la réalité et sa cohérence interne. Pour expliquer le pare-excitations, FREUD (1920) le compare à une couche externe venant protéger l'organisme de l'afflux des excitations externes. Le pare-excitations « Fonctionne comme une enveloppe ou membrane spéciale qui tient l'excitation à l'écart : les énergies du monde extérieur ne peuvent ainsi transmettre qu'un fragment de leur intensité aux couches voisines »⁹². Pour FREUD il y a traumatisme dès lors que l'afflux d'excitations externes est trop intense et qu'il vient submerger l'organisme, rompre la barrière protectrice : (THEIS, A, 2006, p 43) « Nous appelons *traumatiques* les excitations externes assez fortes pour faire effraction dans le pare-excitations

»⁹³. Ce pare-excitations est en fait la barrière protectrice du moi du sujet, ainsi, quand il y a effraction, le moi se trouve débordé, ses défenses sont inopérantes, il n'est plus capable de faire son travail de liaison. FREUD précise qu'il y a un effet traumatique lorsque cette effraction est étendue, ce qui empêche un contre-investissement opérant. D'autre part, le moi n'est pas préparé par l'angoisse (notion d'effroi), entravant la mobilisation des énergies nécessaires pour créer une défense fonctionnelle. Ainsi, lorsqu'il y a traumatisme « le principe de plaisir est tout d'abord mis hors d'action. Il n'est plus question d'empêcher l'appareil psychique d'être submergé par de grandes sommes d'excitations, c'est bien plutôt une autre tâche qui apparaît : maîtriser l'excitation, lier psychiquement les sommes d'excitations qui ont pénétré par effraction pour les amener ensuite à la liquidation » En ce qui concerne la provenance de l'attaque traumatique nous constatons que FREUD invoque à de nombreuses reprises les excitations externes comme étant à la source de l'effraction du pare-excitations. Mais il pose l'hypothèse selon laquelle l'attaque externe résonnerait en attaque interne, c'est-à-dire qu'il y aurait libération des excitations sexuelles – des excitations libres – contre lesquelles le moi serait sans recours, du fait de son impréparation par l'angoisse. À Jean LAPLANCHE (1988/1998) de reprendre que le terme d'externe « suggère que tout traumatisme est d'origine externe même le traumatisme psychique. Ce par rapport à quoi il y a extériorité c'est le moi, si bien que la perturbation que FREUD nous décrit [...] semble être en premier lieu attribuée au traumatisme physique mais est en fait valable pour tout traumatisme ». (THEIS, A, 2006)

Troisième période : dernières avancées

Dernière théorisation de FREUD au sujet du traumatisme apparaît dans *L'Homme Moïse* (1939). Selon Thierry BOKANOWSKI (1999) « ces avancées sont en grande partie redevables à celles qui étaient proposées par FERENCZI lors de la dernière partie de son œuvre, entre 1928 et 1933. »⁹⁶. En effet, FREUD met en lumière les expériences traumatiques qui surviennent dans la petite enfance, celles-ci entraînant une atteinte précoce du moi et endommageant le narcissisme. Il va alors développer le concept de traumatisme narcissique. D'autre part, il attribue au traumatisme une dualité de conséquences : il peut avoir des effets positifs qui « sont des efforts pour remettre en œuvre le traumatise, donc pour remémorer l'expérience oubliée ou, mieux encore, pour la rendre réelle, pour en vivre à nouveau une répétition » et ainsi donc tenter de lier les représentations, conduisant à une élaboration du traumatisme ; il peut également générer des effets négatifs qui « tendent au but opposé : à ce qu'aucun élément des traumatismes oubliés ne puisse être remémoré répété. Nous pouvons les réunir sous le nom de *réactions de défense*. Leur expression principale est ce qu'on nomme les *évitements*, qui peuvent s'aggraver en devenant des inhibitions ou des *phobies* ». Le traumatisme ne peut alors

plus être élaboré psychiquement. (Theis, A, 2006, p ,45).

4.2 Selon l'approche cognitive-comportemental Cette approche met l'accent d'une part sur l'importance des mécanismes ou processus nature prioritairement cognitive, d'autre part sur les stratégies de comportement observable, pour rendre compte de l'état de résilience. Cette approche fait ainsi référence à deux concepts centraux : le stress et le coping. Il n'est pas question de traumatisme, mais plutôt des situations stressantes aux quelles le sujet doit faire face en mettant en place les stratégies d'adaptation, qui sont de nature cognitives et donc conscientes. (Tychev, 2004, p.34). L'apport du courant cognitive-comportemental, au champ de la résilience, est résumé dans le point suivant :

La notion et de stratégies de coping

En effet, l'être humain rencontre dans sa vie des situations stressantes auxquelles il doit faire face. Cette manière de s'adapter prend la forme d'une défense cognitive connue sous le nom de « *coping* ». Il faut noter que dans la théorie cognitive-comportementale, le coping est une stratégie qui vise l'adaptation essentiellement comportementale. Il occupe une place importante dans l'élaboration de la résilience du sujet. Les processus de coping sont très diversifiés, pour David Lazarus et Joseph Folkman (1984) « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maintenir, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'une personne* ». Pour certains auteurs (Caroline Paulhan, 1992), (Tadzio Muller 2003), il n'existe pas de stratégie de coping efficace en soi, sans les caractéristiques de la personne et de la situation problème. La résilience dans cette optique devient, selon Patterson (1995), « *l'aptitude à fonctionner de manière adaptative et à être compétent quand on a à faire face au stress de la vie* ». Cette conception de concept de résilience est pour Manciaux (2001), acceptable, ils distinguent ainsi entre résilience conjoncturelle (liée à des souffrances ordinaires ou quotidiennes) et résilience structurelle (confrontant le sujet à un traumatisme extrême, massif et unique). Pour Patterson (1995), promouvoir la résilience devant ces tresseurs nécessite de permettre à une personne ou à une famille d'augmenter sa capacité à satisfaire ses besoins et ses buts et maintenir son autonomie et son intelligence. Tadzio Muller et Mark Spitz (2003), dans une de leur récente étude, ont démontrés que le coping actif et l'humour sont positivement corrélés à un faible de niveau de détresse psychologique. Selon Anaut (2003), les stratégies de coping participent au phénomène de la résilience, considéré comme un processus plus vaste et pouvant mettre en œuvre des comportements variés et différents du coping. (Anaut, 2003).

5. application clinique de la résilience.

L'un des objectifs des recherches dites appliquées concernant le modèle de la résilience consiste non seulement à étudier les processus résilients mais à tenter de proposer des modes d'activation de ces processus.

Le modèle de la résilience suppose une perspective nouvelle de prises en charges des jeunes et de familles dites pudiquement en difficultés. Il encourage les intervenants, psychologues, travailleurs sociaux, mais aussi soignants, éducateurs et enseignants, à mobiliser les capacités des jeunes ou des familles. Cela donne lieu à diverses tentatives d'utilisation de techniques et de dispositifs empiriques visant à développer la résilience chez les sujet .Les applications cliniques des théories de la résilience concernent :

-Les prises en charges individuelles ou groupales des sujets en souffrance (familles-communautés)

-L'utilisation du modèle de la résilience dans le champ de la prévention. Les pratiques de prévention visant à modérer les effets délétères dans le cadre d'une anticipation des conséquences négatives des risques encourus par les sujets. Les interventions s'appuient sur des méthodes ou des techniques spécifiques destinées à aider les sujets à développer leurs capacités de résilience.

Ces méthodes concernent trois domaines :1. L'individu dans ses composantes intrapsychiques et sa personnalité.2.Les comportements.3.L'environnement relationnel.

Ces méthodes visent principalement à : Encourager la réussite dans des domaines qui sont importants pour le sujet.Travailler sur les processus individuels défensifs et l'estime de soi.

L'investigation familiale, afin de travailler sur les potentiels familiaux susceptibles d'aider à la résilience individuelle. (Anaut.M, 2008, pp, 110-112).

6. Les facteurs de la résilience

6.1 Facteurs de risque

La notion risque implique la probabilité de subir un dommage ou une perte, la possibilité d'être soumis à un danger, d'être exposé à une blessure. En psychologie les facteurs de risque sont des variables liées à l'apparition ultérieure de pathologie ou d'inadaptation. (anaut.2005).

Dès les années 1970, le psychiatre américain James Anthony a mené des travaux tendant à relativiser l'importance des facteurs de risque par l'étude de ce qui peut les contrebalancer. Ses études ont développé l'idée que la personnalité de chacun joue un rôle essentiel dans la réponse à une même agression. Le succès de ses travaux auprès des professionnels de l'enfance doit certainement beaucoup à la métaphore qu'il a imaginée pour les populariser, celle des trois poupées « l'une est en verre, la seconde en acier et la troisième en plastique. Soumises au même coup de marteau, la première se brise irrémédiablement, la seconde ne subit aucun dommage, tandis que la troisième portera une cicatrice à jamais indélébile. De la même façon pour Anthony certaines personnes présenteraient une résistance absolue aux traumatismes ». (Moussa, 2010).

6.2 Facteurs de protection

Examinons ce que l'on entend par facteurs de protection, dans le cadre de la résilience. Généralement on considère que les facteurs de protections atténuent l'impact négatif de l'adversité sur l'adaptation. Ils peuvent concerner les processus qui contribuent à la stabilité fonctionnelle ou qui permettent un changement positif. Selon Michael Rutter (1990), les facteurs de protection modifient la réaction à la situation présentant un risque en réduisant l'effet négatif du risque et ses éventuelles réactions en chaîne.

Les facteurs de protection opérants vont donc contribuer à atténuer l'impact de l'adversité sur l'adaptation des sujets, un peu comme un airbag protège lors d'un accident (Doughertywright et al, 2013).

De nombreux chercheurs ont étudié les facteurs de protection favorisant la résilience chez les individus. En premier lieu nous pouvons citer Emmy Werner qui a indiqué parmi les ressources protectrices internes : la capacité à résoudre des problèmes, la connaissance de soi, l'autonomie, l'estime de soi, la confiance, l'altruisme, la sociabilité et enfin l'habileté à trouver un (des) soutien (s) dans l'entourage (familial ou extra-familial). Alors que parmi les ressources venant du milieu on trouve : des relations familiales chaleureuses, un soutien familial solide, une bonne communication parents-enfant ; ainsi que des soutiens extra-familiaux, comme par exemple, avec des enseignants, des amis, etc. (Anaut M, 2015)

De son côté Norman Garmezy (1991), à partir d'observations de familles défavorisées, conclut que la résilience repose sur trois domaines de facteurs de protection. Selon cet auteur, la triade qui soutient le ressort psychologique de la résilience est composée par : les facteurs individuels (le tempérament, la réflexion et les aptitudes cognitives), les facteurs familiaux (la

chaleur humaine, la cohésion et l'intérêt de la part des parents ou du principal dispensateur de soins) et les facteurs de soutien sociaux (le professeur bienveillant, le travailleur social ou l'organisme de services sociaux). Selon Michaelrutter, ces trois pôles de protection favorisant la résilience car ils contribuent notamment à l'amélioration de l'estime de soi et au sentiment d'auto-efficacité, et ouvrent de nouvelles possibilités pour l'individu.

Dès lors, comme pour l'étude des facteurs de risque, les investigations sur les facteurs de protection font apparaître que la protection résulte à la fois de variables génétique et constitutionnelles, des dispositions et caractéristique de la personnalité des individus, mais aussi des soutiens du milieu familial et extra-familial ainsi que de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des appuis sociaux ou communautaires. (Anaut M, 2015, pp 65,66).

7. Les évolutions de la résilience

À partir des années 1970, de nombreux chercheurs (Werner, Garmezy, Masten, Masten, Rutter) se sont intéressés aux réponses adaptatives face aux stressés cumulés. Les premières recherches sur la résilience ont mis l'accent sur l'élément, ou facteurs de résilience, qui pouvaient être mis en relation avec une adaptation positive ou un « bon fonctionnement malgré des circonstances adverses » il s'agissait donc de travailler à partir de définition de la résilience reposant surtout sur une approche en termes de résultats comportementaux supposés positifs ou adaptés en face d'un contexte socioaffectif inadéquat, défaillant, carencé ou hostile (violences maltraitances), donc potentiellement à risque. Les risques envisagés étant également de nature psychopathologique, la résilience pouvait donc se déduire d'une absence de pathologie mentale.

Depuis les premiers travaux sur la résilience (années 1970), nous pouvons remarquer une évolution importante de ce modèle théorique ainsi que de son champ d'application qui s'est considérablement élargi et semble avoir également affermi ses contours théoriques. Le risque d'appauvrissement de ce concept était d'une part, de s'appliquer à tout et dans tous les domaines, et donc de présenter des contours flous, et d'autre part, de devenir un simple synonyme du concept de coping (ou stratégie d'ajustement) ou encore de celui d'adaptation. Au cours des dernières décennies, l'approche de la résilience a su affermir ses contours et se différencier de ces concepts connexes.

Le concept de résilience qui concernait à ses débuts essentiellement les enfants en difficulté a trouvé assez rapidement des adeptes dans divers secteurs : sanitaire, social, comportemental

et cognitif. Il a été développé par des psychiatres et psychologues (anglo-saxons tout d'abord) puis a intéressé plus tardivement la psychologie clinique et la psychopathologie adulte. Par ailleurs, le domaine de la sociologie, celui de la psychologie sociale et de la compréhension des comportements (dont l'éthologie) se sont emparés également de ce concept pour des applications théoriques et pratiques, notamment dans le champ éducatif et social, le secteur de l'inadaptation et de la santé. Plus récemment les neurologues ont mis à l'étude les liens entre la plasticité neuronale et la résilience (Bustany, 2012).

Si l'approche de la résilience est largement utilisée par les développementalistes, nous pouvons considérer que ce concept s'est également enrichi, du point de vue théorique, au contact de la psychopathologie et de la psychologie clinique. Il semble actuellement avoir trouvé ses lettres de noblesse, en devenant non plus simplement un concept, mais un modèle de compréhension du sujet humain dans sa dimension normale et pathologique. Nous pouvons également souligner que les travaux sur la résilience ont enrichi en retour les approches actuelles dans les domaines de la psychologie et de la psychiatrie, en contribuant à réinterroger les modèles de pensée, qui étaient jusque –là trop exclusivement centrés sur la psychopathologie et la vulnérabilisations des sujets. (Anaut M, 2015, p 54).

8.Les limites de la résilience

A contrario, une conception de la résilience qui serait donnée comme une caractéristique stable de l'individu basculerait rapidement du côté de côté sélection naturelle et du jugement de valeur. Ce propos peut sembler alarmiste, sauf si l'on y regarde de plus près.

En effet, à terme, le concept de résilience pourrait s'avérer aussi figé et stigmatisant que celui de victime, tel qu'il a malheureusement évolué. (Jean-Louissenon, 2012, p17).

Le modèle de la résilience imprègne depuis quelques années les pratiques cliniques, qu'il s'agisse d'accompagnements éducatifs, scolaires ou psychothérapeutiques .mais beaucoup reste à explorer autour de ce modèle, du point du vue théorique, mais plus encore dans ses applications cliniques. Aussi, une grande prudence reste de mise.

Cyrulnik et al. (1998), considèrent que le concept de résilience permettrait d'harmoniser différentes disciplines connexes comme la psychiatrie, la psychologie, la sociologie, la prévention sociale, pédiatrie...l'intérêt de cette approche est donc également de constituer un modèle fédérateur dont les résultats d'études convergent vers l'approche des facteurs protectifs des individus .ces facteurs permettent d'éclairer le phénomène de résilience et complètent

l'approche plus classique des facteurs de risques dans la prise en compte de la vulnérabilité des individus.

Boris Cyrulnik (1999), s'inscrit, quant à lui, dans la prise en compte de l'histoire du sujet en affirmant : « ce que détermine la qualité de la résilience et la qualité du lien qui a pu se tisser avant le trauma et tout de suite après ». (Marieanaut, 2008 , p114- 115).

9. La Résilience parentale et familiale :

Les spécialistes de la résilience se sont au départ intéressés uniquement aux individus, puis au fil des recherches ils ont constaté l'importance de l'interaction de l'individu avec son environnement socio- affectif, ils se sont donc penchés sur le facteur environnemental de la résilience, plus particulièrement le groupe familial.

En fait, il existe deux modèles précurseurs de l'étude de la résilience familiale, celui de Hill (1949, 1958), dans son étude « des évènements de vie » qu'il qualifie de stressants, il montre que l'externalité de l'évènement pourrait potentialiser la cohésion familiale, alors que l'internalisés serait un facteur qui augmenterait les risques de division.

Et celui de Mc Cubbin et Patterson (1982,1983) (extension du modèle de Hill), qui met davantage l'accent sur les caractéristiques développementales des familles ayant à gérer un évènement de vie difficile, selon ce modèle, de nouvelles ressources sont développées à la suite de la crise familiale, personnelles, caractérisant les membres de la famille au plan individuel, familiales, décrivant le groupe comme uni et organisé et enfin sociales, étayées sur un réseau d'aides extérieures. (Goussé & Lovato, 2008, pp.429-430).

Plus tard les études sur la résilience familiale se sent divisées en deux approches principales assez différentes, l'une se propose d'analyser les structures et modes relationnels des familles (les étayages familiaux, les comportements ou les particularités du groupe familial) qui permettent l'émergence de la résilience chez l'un de ses membres, cette approche se focalise sur les liens familiaux, et sur l'effet protecteur de la famille, en donnant sens à la résilience du sujet.

Certains auteurs ont axé leurs recherches sur l'influence du contexte familial, sa configuration et ses modes de fonctionnement notamment éducatifs (Pourtois et Desmet, 2000), ces travaux sont employés dans un but préventif auprès des familles dites à risque, pour promouvoir leurs ressources latentes, compétences ainsi que les différents modes d'adaptation

potentiellement mobilisables. L'autre approche, a pour objet, la famille dans son ensemble, en tant que *groupe familial résilient*.

Considérée comme un ensemble ou un système, la famille est vue à partir de ses ressources, de ses propriétés spécifiques, ses processus de rétablissement et d'autosubsistance. Les investigations sur les familles confrontées à la résilience ont abouties à la découverte de caractéristiques familiales formant un *schéma familial*, regroupant sa vue du monde à partir des valeurs, des objectifs, des priorités, des attentes et des projets, ainsi ce schéma familial favoriserait la résilience. Les caractéristiques de familles résilientes se résumeraient comme tel : la cohésion familiale, la souplesse vis-à-vis du changement, la résistance au stress, la communication, les rituels et les célébrations. (Anaut M, 2008, pp.97-99).

Selon Delage (2012) : on peut considérer la résilience familiale comme ce qui permet à une famille de retrouver ou de maintenir une fonctionnalité efficiente, de se dégager des expériences vécues et de transformer le traumatisme en histoire transmissible. Pour ce faire, Delage, propose d'en retenir trois composantes en se référant à l'étymologie du mot résilience :

En premier lieu, l'aptitude à rétablir un fonctionnement satisfaisant, équivalente à une résistance élastique, comme le métal qui résiste à la pression en physique des matériaux, l'éventualité d'une déformation qui évite la rupture (en latin *resilientia*). Ce qui serait ici plus important, c'est l'analyse des dynamiques interactionnelles des comportements au sein de la famille (stratégies adaptatives, performances, compétences individuelles et collectives propres à la sphère cognitive, l'action, le savoir-faire, la réalisation des tâches, la créativité et l'innovation à travers l'acceptation de nouveaux rôles et la redistribution des rôles au sein de la famille).

Deuxièmement, la référence au mot latin « rescendere », qui concerne la résiliation d'un contrat, qui stipule le soutien du processus de résilience de chacun et l'accompagner vers un cycle de vie, il serait donc possible d'échapper aux effets négatifs du traumatisme, à travers les capacités de régulation des émotions, accorder de l'attention aux souffrances de chacun.

Enfin, la mentalisation des émotions négatives, en leur donnant un sens, qui sera associé à l'idée d'un rebondissement qui conduit à la croissance, ceci permettra le tissage de nouveaux liens source du sentiment d'appartenance de chaque membre. (Delage, 2012, pp. 104-105).

Parmi les caractéristiques facilitatrices de la résilience familiale, il est souvent question de souplesse, d'adaptabilité, de la qualité de la communication intrafamiliale (surtout le partage des émotions entre les membres de la famille), la capacité à s'entourer d'un réseau social et de

le maintenir, ainsi que le soutien et la cohésion familiale. La capacité réparatrice d'une famille dépend donc de l'interaction entre les facteurs de risque et les facteurs de protection. (Anaut M, 2008, p.99).

Une étude sur handicap grave et résilience : exemple de l'autisme à l'université paris 8 c'est une étude de Grousé Véronique dans la littérature de ces dernières, les études menées auprès de familles ayant un enfant souffrant d'un handicap grave se sont majoritairement centrées sur les impacts négatifs de ces situations de vie. Cet article vise à mettre en évidence une orientation plus « positive » en présentant, dans une première partie, les différents courants de recherche sur la résilience familiale. Puis en illustration de ces domaines d'étude, nous présenterons les recherches effectuées dans les familles ayant un enfant atteint d'autisme qui permettent de prendre en compte la spécificité propre à chaque domaine de risque. Enfin, dans la dernière partie de notre exposé nous proposerons un modèle d'étude intégratif de la résilience dans l'autisme dans une préventive mais également d'intervention thérapeutique.

Section II : .La résilience parentale et handicap de l'enfant :

Études antérieure

la pandémie du COVID-19 et suite aux mesures sanitaires effectuées par le ministère de santé algérien, le stage qui devait représenter notre partie pratique dans notre recherche n'a pu aboutir à sa fin et s'est arrêté à une pré-enquête. Pour y remédier et compléter notre étude, le ministère des études supérieures algériennes a rédigé un communiqué dans lequel est indiqué que les études antérieures concernant notre thème devaient être citées et discutées dans notre mémoire.

Par ailleurs ; différentes manifestations scientifiques en Algérie et ailleurs se sont penchées sur le thème traité dans notre recherche .

1. vécu de famille d'enfants autistes en période de confinement.

Une étude récente réalisée par B.Chamak, en 2021 intitulée « vécu de famille d'enfants autistes en période de confinement » l'objectif de cette étude recueillir des témoignages de parents afin de mieux appréhender leurs difficultés et l'aide apportée par les professionnels, le groupe de recherche composé de huit parents d'enfants autistes vivant en Seine – Denis ont accepté de témoigner de leur expérience à titre de comparaison, des courriels ont été échangés

avec une mère et deux pères d'enfants autistes de milieu plus favorisé. Si ou début du premier confinement, certains enfants ont pu se sentir apaisés, le prolongement de la situation d'anxiété et d'ennui. Malgré la fermeture de nombreux établissements se sont mobilisés. Pour continuer à aider les familles et les enfants dont les routines étaient perturbées. Pour conclure cette étude en fonction des conditions de confinement, le vécu de la famille est déférent et évolue avec le temps. Les problématiques majeures rencontrées par certaines familles ont été l'aggravation des troubles de leur enfant (automutilations, crises, violence, cris). Des outils pédagogiques ont été adaptés, des fiches d'activité ont été envoyées, des ateliers de groupe et de consultations ont été organisés à distance. Médecins et professionnels se sont mobilisés et ont fait preuve de réactivité et d'inventivité afin d'assurer un accompagnement des enfants et de leurs familles. (Chamak, B., 2021).

2. Qualité de vie chez les mères d'enfants autistes.

Cette étude réalisée par Ogma Hatta, Mélanie Dérome, Jan de Mol Barbara Gabriel en 2019 intitulée « *qualité de vie chez les mères d'enfants autistes* », l'objectif de cette étude c'est les conséquences de l'autisme sur la qualité des mères sont une réalité clinique. Cette étude vise à montrer la corrélation qui existe entre les troubles de comportement de l'enfant autiste et les symptômes dépressifs de sa mère et à déterminer l'importance du stress perçu, du sentiment de compétence parentale et du coping individuel dans leurs associations avec le vécu dépressif. La méthode adoptée à cette étude est à l'aide d'échelles auto-rapportées, auprès de 53 mères d'enfants autistes âgés de 3 à 16 ans. Les résultats de cette étude l'analyse des données montrent des corrélations significatives entre le bien-être psychologique de la mère et le comportement de l'enfant, la perception du stress, prédisent les symptômes dépressifs des mères. Pour conclure cette étude les résultats suggèrent que les mères d'enfants autistes ont besoin d'être soutenues de multiples façons pour faire face au stress généré par le comportement de l'enfant et les autres facteurs. En cela, le problème du rôle du soutien du conjoint et de famille, ainsi que celui des groupes d'entraide et des associations de familles d'autistes.

3. Annonce du diagnostic et vécu des parents.

Cette étude suivante réalisée par Leila Chérif en 2019 intitulée « *annonce du diagnostic et vécu des parents* ». L'objectif de cette étude pour évaluer les perceptions parentales des attitudes des professionnels au cours de la consultation d'annonce de diagnostic de trouble du spectre de l'autisme, les modalités entourant cet événement et leur vécu.

La méthode de cette étude de type transversal et descriptif, s'étalant de septembre 2014 à novembre 2014. elle a concerné 60 parents d'enfants était compris entre 3.16⁰/₀ et 6 ans . nous avons procédé une hétéro-passation d'un questionnaire dédié aux parents des enfants atteints de TSA. Les résultats de cette étude l'âge moyen des enfants lors de l'annonce du diagnostic était De 2 ans 7 mois. dans 66.7⁰/₀ des cas l'annonce du diagnostic d'un tsa a été fait par un pédopsychiatre .lors de la consultation d'annonce trois quarts des parents ont jugé que les professionnels avaient adopté une bonne attitude. Un total de 76.7⁰/₀ et 86,7⁰/₀

Des parents considéré respectivement que le professionnel a tracé une image réaliste et a présenté les forces de leurs enfants. Pour 41.7⁰/₀ des familles, l'annonce du diagnostic a été faite au cours de la première consultation. Les parents se disaient plutôt satisfaits de l'attitude des professionnels et des informations reçu les au cours de la consultation d'annonce .un total de 91,6⁰/₀ et 85⁰/₀ des participants ont respectivement déclaré qu'ils étaient anxieux et tristes lors de l'annonce et qu'ils ont accepté le diagnostic dans 70⁰/₀ des cas .pour conclure cette étude nos constatations appuient notre idée de la nécessité de bien former les professionnels de santé en termes d'annonce de diagnostic.

4. accompagner l'enfant souffrant d'un trouble spectre autistique : facteur de stress et stratégies de coping adoptées par la mère

Cette revue de la littérature réalisé par lorie lathion en 2017 intitulé « accompagner l'enfant souffrant d'un trouble spectre autistique : facteur de stress et stratégies de coping adoptées par la mère. L'objectif poursuivi par cette revue de la littérature concerne donc l'exploration des facteurs de stress et des stratégies de coping utilisées par les mères ayant un enfant atteint d'un TSA. Suite à des recherches par mots-clés effectuées sur plusieurs bases de données (CL-NAHL, pubmed, bds, cochranelibrary), six études phénoménologiques s'intéressant à l'expérience quotidienne vécue par ces femmes ont été sélectionnées. Selon les critères d'inclusion, la population à l'étude est principalement composée des mères dont l'enfant souffrant d'un TSA est âgé de 2 à 12ans. Grâce à l'analyse de ces articles, différents stressseurs ont été relevées. Ces derniers sont variés et concernent, entre autres, l'obtention et l'acceptation du diagnostic, les troubles comportementaux de l'enfant, la perturbation des routines familiales ou encore la stigmatisation par la société. Pour pallier à ces difficultés, les mères mentionnent l'usage de diverses stratégies telles que la recherche d'informations, l'adaptation de l'environnement, l'organisation du quotidien, la dissimulation des émotions ou la quête de soutien social. Finalement, cette revue de la littérature a permis de mettre en lumière certaines nécessités d'amélioration relatives à l'accompagnement des enfants avec TSA et de leurs proches. Il semble alors indispensable de leur offrir une prise en charge holistique,

interdisciplinaire et centré sur la famille. Dans cette optique, une meilleure formation des infirmières sur le TSA et ces conséquences paraît également requise.

5. connaissance et perceptions de parents avec enfants avec des troubles du spectre d'autistique en Guyane française.

Cette étude réalisée par M. nacher en 2017 intitulé « *connaissance et perceptions de parents avec enfants avec des trouble du spectre d'autistique en Guyane française* » l'objectif de cette étude transversal était d'obtenir le point de vue (sonder la perception) des parents d'enfants ayant des trouble du spectre autistique en ce qui concerne le soin, l'éducation de leur enfant et leurs difficultés et leurs façon de s'adapter à la situation. la méthode adopté et le groupe de recherche qui compose de 180 parents de 101 enfant ayant un tsa ont été interrogés face à face. L'échantillonnage a utilisé la méthode de la boule de neige et la collecte d'information fut réalisée à l'aide d'un questions ouvertes, et l'échelle wcc-pour mesurer les type de « coping » les résultats de cette étude l'âge moyen au diagnostic de tsa était de 4,5ans (+- 1,8 ans), et le processus de diagnostic semblait long pour 75⁰/₀ des parents. Presque la moitié des enfants n'étaient pas scolarisés, et les parents signalaient des problèmes pour les faire inscrire. Cependant 90⁰/₀ des parents satisfaits des soins et 75⁰/₀ de l'éducation de leurs enfants .le niveau de satisfaction s'améliorait avec la connaissance / compréhension des trouble de l'autisme. Le coping était plus centré sur le problème que dans les 4 premières années. Pour conclure cette étude les parents expriment globalement une satisfaction et une confiance globale dans la prise en charge médico-social et éducative de leurs enfants avec le temps, semblaient s'adapter à la vie avec un enfant autiste. L'amélioration de la connaissance de l'autisme et des structures locales impliquées semble important pour aider les parents à faire face l'autisme.

6. accompagner les parents d'enfants autistes : l'expérience d'un groupe de parole en hopital de jour.

Cette étude réalisé par lowy, sytvie 2017 en hôpital de jours Toulouse intitulé « *accompagner les parents d'enfants autistes : l'expérience d'un groupe de parole en hopital de jour* ». L'objectif de cette étude est de recommandations du troisième plan autisme insistent sur l'importance de l'accompagnement parental qui peut être réalisé sous différentes formes. Après une recherche bibliographique sur ce sujet, nous avons observé un groupe de parole de parents d'enfants autistes en hôpital de jour. Nos observations rendent compte de la richesse des échanges et de l'engouement des participants. Nous avons ensuite souhaité approcher les effets et la pertinence d'un tel dispositif. L'a méthode adopté de choisi est celui du vécu des participants, étudié grâce à l'analyse qualitative d'entretiens semi-directifs. Ces entretiens

témoignent d'un vécu très positif dont nous avons détaillé les composantes. Les résultats de cette recherche est trouvée les conditions favorables à la réussite de ce type d'accompagnement.

7.évaluation des effets d'un groupe d'accompagnement parental sur le stress et la qualité de vie après l'annonce du diagnostic de trouble du spectre autistique chez leur enfant.

Cette étude réalisé par Cécil Rataz intitulé «évaluation des effets d'un groupe d'accompagnement parental sur le stress et la qualité de vie après l'annonce du diagnostic de trouble du spectre autistique chez leur enfant » en 2016 .l'objectif de cette étude est d'évaluer les bénéfices de la participation à un groupe d'accompagnement parental sur le plan de la qualité de vie et du stress, chez des parents dont les enfants ont reçu récemment un diagnostic de TSA. La méthode adopté à cette étude le programme comporte cinq séances d'une journée. Treize familles (18 parents au total) d'enfant âgé de moins de six ans y participent. Une évaluation avant et après le programme est effectuée à l'aide d'une échelle de qualité de vie et de stress parental(PSI).les résultats de cette étude une diminution significative du score de stress parental à la fin du programme. Le score émotionnel de l'échelle de qualité de vie tend également à diminuer, alors que le score de vie quotidienne reste stable. La diminution du stress parental apparaît plus marquée chez les parents qui ont deux enfants que chez ceux n'ayant qu'un seul enfant. Pour conclure cette étude des résultats suggèrent l'intérêt des programmes visant à accompagner les parents dans les suites immédiates de l'annonce du diagnostic de TSA et leur possible impact sur le stress parental.

8.Ecologie sociale du milieu familial et handicap : la relation entre la mère et l'enfant présente un trouble spectre autistique ».

Cette étude réalisée par Gaoel Michel Poli en 2017 intitulé « *la relation entre la mère et l'enfant présente un trouble spectre autistique* ». L'objectif de cette étude d'explorer les difficultés relationnelles et le stress maternel perçu, mesuré par qui peut mettre mal à la cohésion dans le couple parents .les outils utilisé à cette étude c'est le questionnaire le lien entre le climat familial perçu par la mère. Evalué par l'IRF(laripe,1989) ;et le stress maternel perçu, mesuré par l'ISP/FB5.les résultats de cette étude les mères les plus stresser perçoivent le climat familial comme étant plus conflictuel et relatif à la sévérité de trouble autistique .

9. perception du fardeau chez les parents d'enfants avec trouble du spectre de l'autisme

Cette étude réalisé par Coralie Fourcade en France intitulé « *perception du fardeau chez les parents d'enfants avec trouble du spectre de l'autisme* » en 2017.

L'objectif de cette étude et pour but d'explorer le vécu des parents d'enfants avec TSA selon le genre : mères et pères face au TSA. La méthode adoptée à cette étude et une méthode de recueil des données quantitatives et qualitatives a été utilisé à travers des questionnaires et un entretien semi-directif sur volontariat. Quinze couples formés de dyades pères- mères ont participé au questionnaire et à l'entretien semi-directif de manière indépendante. Au total, l'étude quantitative est composée de sept questionnaires évaluant la disposition à l'optimiste, le soutien sociale perçu, le coping dyadique, la satisfaction des prises charges, l'anxiété et la dépression et le fardeau perçu, ainsi que d'un pré-questionnaire qui regroupe les données sociodémographiques du participant. La grille d'entretien semi-directif composée 14 questions s'est attachée à recueillir de l'information sur le vécu du quotidien, les ressentis face au handicap, le soutien social perçu, l'ajustement dyadique, la satisfaction des interventions et la vision de l'avenir. Les résultats de cette étude, mettent en exergue un score de satisfaction de la coordination des soins du soutien et du respect des soins plus élevé chez les mères. Aussi elles obtiennent un score de coping dyadique délégué (partenaire) et de coping dyadique commun plus élevé que celui des pères. L'analyse qualitative a révélé que les pères et les mères n'occupent pas, le plus souvent, la même place auprès de l'enfant. Les pères, plus en recul vis-à-vis de la situation d'un point de vue objectif comme le quotidien chargé par les nombreuses séances d'interventions hebdomadaires, sont plus dans l'émotionnel. Les mères, quant à elles, bloquées dans ce quotidien chargé, stressant et épuisant, s'en tiennent le plus souvent à l'aspect objectif de la situation du handicap sans pouvoir exprimer leurs émotions. Pour conclure les résultats de cette thèse s'inscrivent dans les recommandations du troisième plan autisme 2013-2016 qui prévoit que les familles puissent bénéficier d'un ensemble d'actions coordonnées qui les aident à être présentes et actives au côté de leur enfant, leur évitent les situations d'épuisement et de stress et leur permettent de jouer pleinement leurs rôle dans la durée. Ils ouvrent des portes scientifiques en ce qui concerne la recherche sur l'ajustement parental dans le domaine des TSA, mais aussi sur l'approche centrée sur la famille.

10.étude de la qualité de vie et des processus d'ajustement des parents d'un enfant ayant un trouble autistique

Cette études réalisé par Jean Luis Adrien Durand l'année 2012 intitulé « étude de la qualité de vie et des processus d'ajustement des parents d'un enfant ayant un trouble autistique l'objectif de cette étude de recherche à évaluer la conséquence de l'autisme sur la qualité de vie des parents .le groupe compose de 160 parents qui ont compléter plusieurs questionnaires et échelles que permettre de mesurer : des informations concernant l'enfant

Et la situation familiale ; le stress perçu ; le soutien social perçu, le contrôle perçu ; le coping et la qualité de vie. Les résultats apportent des éléments intéressants pour la clinique et confirment les données de la littérature : l'autisme grève la qualité de vie des parents qui ont plus que jamais besoin moment de répit .ils mettent en avant l'intérêt de proposer un accompagnement parental psycho-éducatif centré sur la gestion de stress et des émotions, la rectification des cognitions et la résolution de problèmes.

11. information et vécu parental du diagnostic de l'autisme

Cette étude réalisée par c.Quentel en 2010 intitulé « information et vécu parental du diagnostic de l'autisme » pour objectif de proposer un état des lieux de l'apport du vécu parental dans la compréhension diagnostique du « spectre autistique ». Le premier travail faisait le point sur le moment à la fois du repérage des premiers symptômes par le parent et du premier diagnostic, ainsi que sur la nature de leur première inquiétude. Celui-ci tente de cerner le retentissement psychosocial des troubles sur les parents, et donc plus généralement sur leur qualité de vie, ainsi que les stratégies qu'ils emploient pour faire face aux symptômes présentés par l'enfant. Le propos s'attache également à analyser les facteurs qui déterminent les différences observées. Notre hypothèse est que la mesure de ces effets participe également, en creux, de la connaissance du syndrome autistique et de son diagnostic.

12.la dynamique familiale des enfants autistes -approche systémique de dix familles

Cette étude faite par Badreddine Lydia et hamimi Fouzia année 2019 intitulée « *Dynamique familiale des enfants autistes -approche systémique de dix familles-* », son objectif est de décrire et d'explorer la nature de cette dynamique chez les familles ayant un enfant autiste, et de s'interroger sur ce qui se passe dans ces familles, notamment dans leurs fonctionnements qu'elles possèdent un enfant autiste. En effet, elle est effectuée au sein de l'association Esperance à Akbou, elle porte sur dix familles. Afin de réaliser ce travail, nous avons opté pour la méthode clinique de type descriptif par étude de cas, ainsi que l'entretien clinique semi-directif et le questionnaire FACES IV. Les résultats obtenus mettent en lumière une dynamique familiale perturbée voire dysfonctionnelle chez la majorité des familles de notre groupe de recherche, notamment la famille de Lamine, Samy, Zidane, Moussa, Nassim, notamment la famille d'Aya et Adel et plus dynamiques

13. le programme teacch dans la prise en charge de l'enfant autiste et sa relation avec la santé mental de la maman.

Cette étude réalisé par ratiba ben yatou année 2016 intituler « le programme TEACCH dans la prise en charge de l'enfant autiste et sa relation avec la santé montal de la maman ».l'objectif de cette recherche d'explorer l'efficacité de programme TEACCH et la relation avec la maman . Constituer de 4 maman d'enfant autiste qui on bénéficié d'une prise en charge selon le programme TEACCH pendant 03 ans au niveau du service de pédopsychiatre de l'hôpital drid Hocine à Alger. La méthode adopté à cette recherche la méthode semi expérimental .et l'échelle de l'autisme CARS et PEP3 et (ECAN).

14. les premières inquiétudes parentales des enfants autistes

L'étude réalisée par zoubir boussafsaf intitulé « *les premières inquiétudes parentales des enfants autistes* » durant l'année 2016 en Algérie L'objectif à décrire les premières inquiétudes parentales au sujet du comportement atypique de leur enfant diagnostiquer comme autiste le groupe de cette étude compose de huit parents d'enfants autistes. la méthode adopté pour réaliser cette étude la méthode clinique qualitative avec un entretien semi directif .les résultats montre que la première inquiétude commence en généralement dès l'âge de 2 ans.

15.la qualité de vie des mamans ayant un enfant autiste.

Cette étude réalisée par Boukhara Fairouz au sein de l'association de Bejaia intitulé « *la qualité de vie des mamans ayant un enfant autiste* » en 2016 .l'objectif de cette étude de d'explorer le vécu des maman d'enfants autiste ils ont utilisée comme méthode de recherche la méthode clinique descriptif et comme technique : l'entretien clinique et le questionnaire de qualité de vie (mos sf.36).Les résultats, de cette étude que la qualité de vie des mamans ayant un enfant autistes est bouleversée.

16. la qualité de vie des parents ayant un enfant autiste .

Cette étude réalisée par Hamada Bilal et Meddouri Rachid année 2014 intitulé « *la qualité de vie des parents ayant un enfant autiste* » à l'association de l'aide pour enfant autistes d'un monde à l'autre à Bejaia. L'objectif de cette étude d'appréhender le vécu des parents d'enfants autiste, la méthode de recherche adopté est une méthode descriptive avec l'entretien semi directif et l'échelle de qualité de vie avec un groupe de 5 couple des parents d'enfant autiste. Les résultats de cette obtenus montre que les mères sont les plus touchées que les pères. Mais ces résultats restent, limités même si elle représente cette population mère mais ça reste à ne pas généralisé par ce que la souffrance de père est déférente de la mère et il y a des études qui confirme que le père aussi souffre.

Pour conclure les études antérieures nous avons opté pour ces études elle traite des thématiques similaires avec notre recherche à propos des parents d'enfants autistes soit la maman ; la famille au couple. Malgré on note que la pré-enquête suite à la pandémie covid-19 mais nous avons travaillé sur de nombreuses thèses et études antérieures et revues qui nous ont aidées à approfondir nos connaissances ce qui concerne les parents d'enfant autistes nous tenons à souligner que les parents ont besoin de l'écoute et de soutien de guidance et des conseils pratiques afin de jouer leur rôle avec compétence et gratification.

Synthèse

Pour conclure, l'être humain est riche de multiples qualités dont la variété et la force varie selon les sujets, et parmi lesquelles la résilience, qui peut être développée par ces derniers à la suite d'un événement douloureux, considérée comme un processus psychologique de survie pour supporter cet événement perçu comme traumatisant, les parents d'enfant autiste envisagent la résilience comme un processus intervenant au sein d'un système relationnel complexe permettant de surmonter après une agonie psychique. La résilience alors n'est pas une réaction ponctuelle qu'il suffirait de comprendre et d'étudier d'un point de vue synchronique c'est un processus qui s'inscrit dans une dimension temporelle, ce qui laisse entrevoir des étapes, des arrêts ou des reprises dans un mouvement dynamique. Et pour favoriser l'adaptation à une difficulté, à une maladie, un trouble, dans le but de diminuer les conséquences sur son bien-être physique et psychologique. Dans la partie suivante nous allons présenter notre problématique, ainsi nos hypothèses.

Problématique et hypothèse

Problématique et hypothèse

La « santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie : il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, elle dépasse le mode de vie sain pour viser le bien-être. (D'Ottawa, C, 1986). Donc le cadre de la santé c'est avoir un bon équilibre et un fonctionnement régulier de l'organisme, le fait d'être en bonne santé nous permet de faire face aux différentes situations et avoir la capacité de surmonter nos difficultés, et notre état de bien-être nous favorisent de mener une vie stable et agréable. Dans le cadre de la santé mentale selon l'OMS comme étant « un état complet de bien-être physique mental et social, et pas seulement l'absence de maladie et d'infirmité » (diessez, N, 2006).

De ce fait, les troubles mentaux font de la santé mentale une priorité en termes de santé publique dans le monde entier, d'ailleurs l'OMS estimait que les troubles mentaux touchaient environ 450 millions de personnes dans le monde (Lambooy, 2005). Concernant l'Algérie, et selon le journal « Le soir d'Algérie » le sous-directeur du ministre de la santé, a déclaré que le nombre de consultations enregistrées en 2017, pour motif de trouble mental a dépassé les 900.000. (Akkouche, 2018).

Dans ce cadre, les troubles d'ordre psychologiques touchent également les enfants comme le trouble du spectre autistique. Le premier qui l'a introduit est « Kanner » en 1943, afin de désigner une entité nosographique qui se caractérise par un ensemble de signes comme le retrait, l'absence du langage et les difficultés de communications, ainsi, il a commencé à apparaître dans les classifications internationales des maladies, telles que la CIM et le DSM, donc plusieurs définitions ont été données pour l'autisme, qui est un trouble de neuro-développemental qui affecte le fonctionnement du cerveau, Il est habituellement diagnostiqué avant l'âge de 3 ans, il se caractérise par un fonctionnement retardé dans la communication, les interactions sociales et les comportements.

Chaque jour, les chiffres concernant l'autisme s'affichent de plus en plus alarmants, beaucoup reste à découvrir, pourtant il est déjà certain que l'autisme représente un véritable défi de santé publique, une naissance sur 100 touchées par le trouble autistique, 650 000 personnes atteintes en France, selon les prévalences reconnues au niveau international, on a trois garçons sur une fille touchée par l'autisme, selon les récentes estimations environ 1% des populations britanniques et américaines souffrent d'autisme, on peut déduire que dans les pays de

Problématique et hypothèse

l'Union Européenne pas moins de cinq millions de personnes sont atteintes.([http :www.djais.com](http://www.djais.com)). En Algérie, et selon le journal d « El watan » en 2018,le taux de fécondité de 2,9 pour mille, soit un million de nouvelles naissances chaque année, 500 000 enfants adolescents et adultes avec autisme, dont la majorité a été diagnostiquée tardivement, à partir de l'âge de cinq ans.

Selon Guidetti et Tourette (1999), l'arrivée d'un enfant handicapé peut entraîner une modification des relations intrafamiliales, il modifie la dynamique du couple par les soins qu'ils entraînent, par la préoccupation incessante et par la hantise du futur. Par conséquent, les familles dont un membre est atteint de handicap connaissent bien souvent d'importantes difficultés au plan émotionnel, physique et financier, mais avec des variations selon les situations (Higgins et al, 2005). La littérature nous a appris que Chaque personne affronte différemment dans cette situation. Les parent trouve un nouveau développement et voire une capacité de faire-face, de s'adapter et de rebondir a cette agonie psychique c'est la définition de la résilience .à partir de là, notre thème de recherche « l'étude de la résilience chez les parents d'enfant présente un trouble spectre autistique. Dès l'origine, le concept de résilience s'inscrit du côté d'une psychologie des comportements. De ce point de vue Tisseron (2007), indique que cela amène à envisager la résilience dans deux domaines essentiels : la capacité de résister à des situations traumatiques et la possibilité de transformer un traumatisme pour en faire un nouveau départ. (Josse, 2014).En psychologie, la résilience est un phénomène consistant à pouvoir retrouver un état de développement normal à la suite d'un évènement traumatique. Un processus qui permet à un individu à faire face à une situation traumatisante pour retrouver un développement susceptible de lui permettre de retrouver une qualité de vie satisfaisante voire d'acquérir et de développer des qualités sublimées en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative qui entraîne des troubles du comportement et des pathologies qui apparaissent et se développent suite à des histoire d'enfance blessée, à des relations familiales carencées ou à des confrontations à des évènements de vie traumatique. De plus, la résilience est une propriété du vivant. Elle signifie qu'une agression n'a pas quedes effets négatifs sur un organisme, ainsi dans une situation d'adversité, il se produit un ensemble de phénomènes qui interagissent entre eux dans deux directions différentes. D'une part, il y a des destructions, des lésions, des défaillances, une chaîne de réactions négatives et d'autre part, des mécanismes de lutte, des suppléances, la mise en jeu de ressources, une chaîne de réactions positives c'est ce type de raisonnement qui mène à l'idée de résilience. (Cyrułnik et Delage, 2010).En tenant compte des études sur la résilience, les

Problématique et hypothèse

chercheurs se servent des exemples de personnes qui ont pu surmonter l'adversité à laquelle elles ont été exposées sans se laisser anéantir par celle-ci. Évidemment, les spécialistes de ce concept insistent sur le fait que personne ne sort indemne de grandes épreuves de la vie, mais les personnes résilientes trouvent les moyens d'atténuer l'impact de ces épreuves en les intégrant dans leur vie. C'est dans ce contexte qu'on explique la variabilité de la résilience dans l'espace et dans le temps et selon les circonstances environnementales. Une autre étude sur handicap grave et résilience : exemple de l'autisme réalisé par Grousé véronique a paris⁸ les études menées de familles ayant un enfant souffrant d'un handicap grave se sont majoritairement centrées sur les impacts négatifs de ces situations de vie. Cet article vise à mettre en évidence une orientation plus positive en présentant, dans une première partie, les différents courants de recherche sur la résilience familiale. Puis, en illustration de ces domaines d'étude nous présentons les recherches effectuées dans les familles ayant un enfant atteint d'autisme qui permettent de prendre en compte la spécificité propre à chaque domaine de risque.

Afin d'évaluer la résilience chez les parents d'enfant autiste et ainsi pour vérifier nos hypothèses de recherche, nous avons choisi d'adopter un guide d'entretien semi-directif et l'échelle de résilience de Wagnild et Young. À la suite de toute cette articulation menée sur ce thème intitulé « *l'étude de la résilience chez les parents d'enfants autistes* » nos questions et hypothèses sont formulées de la manière suivante :

Question

Existe-t-il un processus de résilience chez les parents d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme ?

Hypothèse

Il existe un processus de résilience chez les parents d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme.

Opérationnalisation des concepts

Enfant : Un enfant est un jeune être humain, garçon ou fille, en cours de développement de la naissance à 18 ans.

Spectre autistique : C'est un trouble global et précoce de neurodéveloppement qui apparaît avant l'âge de trois ans, il se caractérise par un fonctionnement déviant dans chacun des trois domaines suivants : les interactions sociales, communication verbale et non verbale et les comportements répétitifs et stéréotypés, de plus les autistes présentent un trouble de sommeil

Problématique et hypothèse

ou de l'alimentation, des crises de colères et parfois des comportements.

Parents : le terme parent relatif à la famille, désigne le père et la mère.

La résilience : capacité d'une personne ou un groupe à se développer à continuer et à se projeter après un évènement traumatisant.

La résilience parentale : ce qui permet au parent de retrouver ou de maintenir un nouveau développement et une fonctionnalité efficiente de se dégager des expériences vécu et de transformer le traumatisme en histoire transmissible.

Le Vécu : nom masculin singulier, adjectif masculin singulier, participe passé du verbe vivre. Le vécu désigne l'ensemble des événements inscrits dans le flux de l'existence, en tant qu'ils sont immédiatement saisi et intégrés par la conscience subjective.

Partie pratique

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule

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

A travers ce chapitre, nous allons donc présenter la méthodologie adoptée. Dans un premier temps, nous allons présenter la méthode utilisée. Ensuite le lieu et en suite à cela, nous allons parler sur les outils de recherche que nous avons employés pour cerner la résilience des parents d'enfant autistes. Enfin, nous allons évoquer le déroulement de la pré-enquête et puis nous allons terminer avec la synthèse du chapitre.

1. La méthode de la recherche

La démarche de recherche scientifique ne se satisfait pas de recettes toutes faites à appliquer –celle-ci vise, au contraire, à développer chez le chercheur des capacités à choisir des méthodes et outils appropriés aux objectifs qu'il a formulés. En sciences humaines et sociales, la recherche sur le terrain fait fréquemment recours aux méthodes qualitatives. En effet, ces sciences font beaucoup appel aux matériaux discursifs (discours) et aux approches qualitatives pour tenter de mieux comprendre les processus à l'œuvre dans la dynamique psychique, interactionnelle ou sociale. Dans ce sens, nous avons retenu la démarche qualitative. (Paillé, 2006, p.5)

Dans le cadre de notre travail de recherche, la méthodologie qualitative est particulièrement pertinente afin de comprendre la nature du vécu des parents d'enfant autiste et explorer leur résilience.

Ainsi en psychologie clinique « la recherche vise à fournir des informations et des connaissances fines, et approfondies des problèmes de santé psychologique d'une population, dont le but d'observer, d'écrire, et expliquer ces conduites en élaborant un savoir théorique sur un phénomène observé » (Chahraoui, Benony, 2003, p.73)

En effet dans le domaine de la psychologie clinique qui place la signification, l'implication et la totalité au centre de ses préoccupations et ne souhaite pas désubjectiver.

La situation, nous sommes penchés sur la méthode clinique de type descriptif.

Dés lors, la méthode clinique « est une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui visent à déterminer, a la fois, ce qu'il y a de typique et ce qu'il y a d'individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec une situation déterminée. (Sillamy, 1999, p 58). La raison de choix de cette démarche de notre recherche, parce qu'elle tente de préciser et bien illustrée d'un phénomène ou d'une situation particulière il s'agit ici de la résilience des parents et une description globale et leur vécu et encore plus profondément sur ces l'impact en cas de la naissance d'un enfant autiste. Avec sa complexité et la souffrance et le bouleversement qu'il provoque au sein de ces parents, cette méthode nous a aidés dans notre étude vu les informations qui nous a servie comme un outil convenable pour la description et c'est la plus pertinente .

De ce fait, l'étude de cas, souvent appelée aussi plus ou moins justement « observation », est avec l'entretien la méthode la plus anciennement et la plus fréquemment utilisée dans les « Sciences humaines cliniques » tant en ce qui concerne la pratique que la recherche. On peut dire, pour les distinguer, que « l'observation » met l'accent sur le regard jeté sur une réalité et sur le matériel recueilli, alors que l'« étude de cas » porte l'intérêt sur le travail d'analyse et de présentation du matériel concernant une personne en situation. La relative confusion entre les deux appellations s'explique par le fait que l'observation, en tant qu'attitude, attention, ouverture, regard, écoute, et en tant que méthode exercée dans un dispositif et avec des techniques spécifiques, constitue bien le ressort de l'étude de cas.

Psychologie clinique : l'étude de cas vise alors à dégager la logique d'une histoire de vie niveaux, et mettant en œuvre des outils conceptuels adaptés. De ce fait, elle n'est plus essentiellement référée à l'anamnèse et au diagnostic, et se dégage des contraintes d'une

psychologie médicale, tout en restant clinique et psychopathologique. (Ollivier d'Urville, 2014)

2. le lieu de la recherche :

Notre recherche de pré enquête a été déroulée au sein de l'association des enfants autistes (ADEA) son local est situé à les quatre chemins à Bejaia est une association qui a été créé en Aout 2012 sous l'agrément numéro 08/2012.

Sa structure est composée de deux étages, le premier étage, il y a une grande salle de réunion et l'autre salle bureau de travail de psychologue et l'autre bureau c'est l'administration le deuxième étage qui contient 3 salles de stimulation et une cuisine.

Sa tâche pour prendre en charge l'enfant autiste, elle applique le pep 3 et le programmes TEACCH. Elle organise des journées de sensibilisation sur l'autisme afin d'aider les parents d'enfant autiste.

L'association est constituée de quatre psychologues, avec le superviseur, d'une orthophoniste et de quatre éducatrices.

.3. Le groupe de recherche

Notre travail de recherche était prévu de s'effectuer auprès de l'étude de la résilience chez les parents d'enfants autiste au sein de l'association ADEA .notre groupe de recherche est composés six parents, et leur enfants sont âgée entre 6ans et 10 ans. Nous avons obtenu le consentement oral .Les parents sont prêts à coopérer à notre recherche.

3.1. Les critères de sélection

Les critères sur lesquels on s'est basée pour la sélection des cas constituant notre groupe de recherche sont les suivants :

3.1.1-Les critères d'inclusion :

1. Les enfants présentent tous type d'autisme : nous avons décidé de ne pas prendre en considération le type d'autisme car nous ne travaillons pas sur un type particulier d'autisme mais nous s'intéressons à un processus de résilience chez des parents d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autistique.

2. être parents d'un enfant autiste (le père au la mère)

3. l'Age de l'enfant ne doit pas dépasser 18 ans.

4. le diagnostic de l'autisme de l'enfant est bien été posé par un professionnel dans le domaine

5. le diagnostic est posé depuis au moins de 6 mois pour laisser le temps aux parents d'intègrera la nouvelle et de développer un éventuel processus de résilience car comme nous l'avons évoqué dans la partie théorique les premier temps après le diagnostic sont une période de choc pour les parents.

6. nous avons décidé de ne pas prendre en considération ni le sexe, ni le niveau d'instruction, ni le niveau socio-économique, ni l'état matrimonial.

3.1.2 Les critères d'exclusion :

1. les sujets ayant un ou des frère (s) malade (s)

2. les parents d'enfants nom autistes Par ce que des parents ayant plusieurs enfants malade peuvent changer des résultats.

3. Le sujet orphelin et ceux abandonnés par ce que ma recherche est basé sur les parents.

4. Les parents nom consentant à la recherche

5. nous n'avons pas pris en considération la place de la fratrie et le nombre d'enfants.

4. Les outils de la recherche

Dans ce qui suit nous allons présenter les outils et les instruments que nous avons utilisés dans notre travail de recherche.

Pour envisager de recueillir des données par entretien.il s'agit à présent de choisir le type d'entretien le plus approprié au regard de ses avantages et de ses écueils.

L'entretien est la méthode la plus adaptée pour recueillir le « sens subjectivement visé »(weber,1998)ou les « raison »(boudon,2003).

4.1 L'entretien de recherche

L'entretien de recherche est préconisé si l'on s'intéresse à la dimension qualitative, singulière et originale d'un problème donné, c'est-à-dire à la manière singulière dont un individu vit tel ou tel problème.

Si l'on cherche à rendre compte plutôt de la représentativité d'une population ou d'un groupe large , on est obligé de recourir , pour plus de fiabilité , à des méthodes plus standardisées comme le questionnaire ou l'entretien à questions fermées ou ouvertes L'entretien peut être défini simplement comme l'action d'échange des paroles avec uneou plusieurs personnes. C'est le synonyme de conversation, discussions ou dialogue. (Bénony, Chahraoui, 1999).

Au sens commun, s'entretenir avec quelqu'un c'est discuter avec lui, échanger des propos sur un ou plusieurs thèmes, il peut être réalisé entre amis, avec la famille ou bien au travail. Au sens scientifique, l'entretien est une méthode d'investigation préparée et planifiée. Par cette technique l'enquêteur cherche des informations sur les opinions, les attitudes, les comportements d'un ou plusieurs individus. (Hamel, 2011)

L'entretien est une méthode qui est dans pratiquement toutes les branches de la psychologie, dès L'entretien est une méthode qui est dans pratiquement toutes les branches de la psychologie,

dès lors que le sujet est capable de s'exprimer par le langage. Son usage nécessite des réflexions théoriques approfondies, notamment sur les rapports entre langage et pensée, langage et affectivité, langage et inconscient, langage et processus d'influence, langage et pratiques sociales, etc. Alors c'est un dispositif de base en psychologie clinique, c'est lui qui nous permet d'accéder aux représentations du patient, à ses émotions et à son vécu. Il sera mené en fonction du but qu'on poursuit, du cadre, et notamment en réponse à la demande de notre recherche (Amy, Piola, 2005). Nous avons donc adopté l'entretien de recherche, parce qu'il est souvent utilisé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique.

Cependant, il existe trois types d'entretien de recherche, dont l'entretien directif, l'entretien non directif et l'entretien semi-directif. Notre choix s'est porté sur ce dernier qui nous a permis de poser des questions semi-directives bien précises et profondes sur chaque axe de notre guide d'entretien et laisser le sujet s'exprimer librement, car nous avons besoin de réponses approfondies et riches ce qui nous a permis d'avoir un premier aperçu sur la résilience des parents d'enfants atteints d'un trouble du spectre autistique à partir de leur vécu psychologique et de leur éprouvé.

L'entretien semi-directif : également appelé « entretien guidé » est largement utilisé dans les sciences humaines et sociales. L'entretien semi-directif combine attitude non-directive pour favoriser l'exploration de la pensée dans un climat de confiance et projet directif pour obtenir des informations sur des points définis à l'avance (Berthier, 2010, p.78). L'entretien semi-directif a plus de souplesse que l'entretien directif, puisque, disposant d'un guide d'entretien tout aussi structuré, le chercheur posera des questions plus adaptées au discours (Quivy et Campenhout, 2006). (Duville, D., 2014).

On procède en général à ce type d'entretien pour approfondir la connaissance d'un domaine ou vérifier l'évolution d'un phénomène connu. Pour Quivy et Campenhout, le chercheur dispose d'une série de questions-guides relativement ouvertes à propos desquelles il veut obtenir une information, il ne pose pas forcément toutes les questions dans l'ordre prévu initialement, il laisse venir le plus possible l'interviewé pour qu'il puisse parler selon une logique qui lui convient, l'intervieweur pose les questions que l'interviewé a abordées de lui-même (Vilatte, 2007).

Dans l'entretien semi-directif, le chercheur dispose d'un guide dans lequel certaines questions sont préparées mais, contrairement à l'entretien directif, il est libre de décider de

l'ordre de ces questions, il les pose au moment qu'il juge le plus opportun. En recherche clinique, ce type d'entretien permet à l'individu d'associer librement ses pensées sur chacune des questions les quelles servent de cadre et de trame à son récit.

L'entretien semi-directif est aussi utilisé dans la méthode clinique piagétienne, cette méthode, du nom de celui qu'il l'a développée, Jean William Fritz Piaget, permet de tester des hypothèses sur le développement intellectuel de l'enfant autour d'un problème qu'il doit résoudre. Le chercheur s'adapte aux réponses et au vocabulaire de l'enfant tout en lui demandant de justifier ses réponses et en observant la façon dont il réagit aux contre suggestions qu'on lui propose. Cette méthode a permis à Jean Piaget de décrire finement le développement par stades de l'intelligence de l'enfant. (Grégoire et Arnaud, 2016, p.32-33).

L'entretien clinique de recherche de type semi-directif. Ceux-ci constituent l'outil le plus pertinent pour avoir accès aux rapports qui tissent les sujets avec leur maladie ainsi qu'à leur histoire. Nous avons veillé à poser au début de l'entretien un cadre clair, précis et sécurisant. Le sujet doit être en mesure de se sentir suffisamment en confiance pour dérouler sa pensée et libérer sa parole.

De ce fait, afin d'accomplir notre travail nous sommes penchées sur l'entretien semi directif, ou le chercheur dispose d'un guide de questions préparées à l'avance, ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit. (Bénony, Chahraoui, 2003).

Notre guide d'entretien contient de 34 questions en tout. Nous n'avons pas souhaité construire un guide d'entretien trop rigide, afin d'accéder à un niveau d'éprouvé assez profond et riche. Le premier axe composé de 13 questions portent sur : « les informations sur la pathologie de l'enfant » l'objectif de récolter des informations sur le parcours de la maladie ou seulement il nous permet de savoir si les parents sont conscients du trouble de leurs enfants, s'ils l'ont acceptés et si elle s'implique dans la prise en charge. Le deuxième axe composé de 6 questions intitulé sur « l'information des parents atteints un trouble spectre autistique » pour objectif désignons les sentiments des parents d'enfant autiste et les rôles de chacun et relations entre eux et le troisième axe composé de 6 questions porte sur : « le vécu psychologique des parents de l'enfant autiste » l'objectif d'explorer la présence de processus de résilience. Le quatrième axe composé de 8 questions portent sur : « information sur le processus de résilience chez les parents de l'enfant autiste » l'objectif d'appréhender le vécu des parents d'enfants autistes. L'objectif général du guide qui est de décrire et d'explorer la présence éventuelle du processus de résilience chez le parent.

Après avoir présenté l'entretien de recherche, nous allons dans ce qui suit présenter l'autre échelle que nous avons aussi employée pour mesurer la résilience.

Echelle de résilience de Wagnild et Young

Présentation de wagnild et young

Les études sur la résilience se sont multipliées depuis les dernières années, et différentes échelles de mesure ont vu le jour (Ionescu & Jourdan-Ionescu, 2011 ; Windle, 2011).

À l'origine, l'échelle de résilience a été élaborée auprès d'une population de femmes âgées (M = 78,1 ans), mais cet instrument a été utilisé auprès d'un large éventail de populations depuis les dernières années. (Beaudoin, 2013, p.58). C'est l'échelle de résilience dans sa version traduite en français (2010) par Ionescu et al, qui a été sélectionnée pour cette étude (voir l'annexe N°2), en raison de sa popularité, de son utilisation dans divers contextes et sa validité est bonne, de sa définition conceptuelle de la résilience, qui est un trait de caractère favorisant l'adaptation et parce qu'elle permet de mesurer les traits de la résilience chez des sujets, ainsi de déterminer un score théorique individuel de ce processus.

La consigne « *Veillez indiquer quel est votre degré d'accord pour chacun des énoncés suivants en tournant le chiffre correspondant à votre réponse (1 signifiant que vous êtes très en désaccord et 7 très en accord)* ». (Ionescu, et Jordan-Ionescu, 2011, p.61)

Le mode de passation Le questionnaire est constitué de 25 items à compléter selon l'accord des sujets sur une échelle en sept points de type Likert (allant de très en désaccord à totalement en accord). (Beaudoin, 2013, p.58). Elle est bidimensionnelle: Compétences personnelles (17 items) et Acceptation de soi et de la vie (8 items). Elle permet d'expliquer 44 % de la variance de la résilience (Wagnild, 2009 ; Wagnild et Collins, 2009). Sa durée d'administration est de 5 à 10minutes. (Omolmo, 2016). .

La validité de l'échelle de résilience de Wagnild et Young est solide sa validation dans bon nombre de contextes internationaux en font un instrument d'usage pertinent dans le contexte multiculturel du Canada et pour de multiples groupes d'âge. (Liebenberg et al, 2017).

Enfin, cette échelle et un outil psychométriques que nous venons d'exposer, sont censés de nous permettre de mesurer quantitativement le vécu psychologique, et de produire ainsi une mesure chiffrée, comme il permette aussi de placer le sujet de notre recherche dans la dimension explorée pour en donner un indicateur de sévérité ou d'intensité. Cette échelle permette alors de

mesurer la grandeur à partir des indicateurs qui sont les items. Nous allons s'attarder dans les prochains lignes sur les étapes du déroulement de notre recherche.

5-Le déroulement de la recherche

5.1 La pré enquête

La pré enquête est une étape primordiale dans toute recherche scientifique puisque elle nous permet d'explorer notre terrain qui veut dire la population d'étude sur laquelle va porter notre recherche, elle consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments prévus pour effectuer l'enquête (Grawitz, 2001).

Nous avons réalisé notre pré enquête au sein de l'association des autiste (adea) Bejaia. Nous y sommes débuté au mois de mai. On a choisi ce thème de fin de cycle « l'étude de la résilience chez les parents d'enfants autiste après l'accord de notre promotrice.

Le superviseur à mis à notre disposition la documentation liée à notre thématique nous nous sommes investies dans cette bibliothèque de l'association. Après avoir eu l'accord de superviseur nous avons débutées notre pré enquête pour 10 jours on a retenu deux cas :

le premier cas « CH » est une femme âgée de 40 ans est une mère de 4 enfant un garçon et 3 fille la benjamin est une fille autiste âgé de 10 ans. La cas « CH » est une femme au foyer son niveau l'instruction est secondaire elle, ne présente aucune maladie.

D'après l'entretien préliminaire on a posé quelque question la maman nous répond tendrement « *au début ma fille était comme tous l'enfant, elle prononce des mots mais à l'âge de 2ans elle a régressé par rapport au langage après elle ne joue plus avec d'autre enfants ce qui m'a poussé à chercher à comprendre. Après le diagnostic j'ai été bouleversée de cette annonce je n'ai pas accepté j'ai pleuré des jours mes relations avec mon mari perturber « j'ai passé une mauvaise période »* Mais maintenant hadoulilah j'ai fait tous mes possibilité pour aider ma fille elle est scolariser en 3^{eme} année primaire avec une AVS depuis sa scolarité en première année.

Ce que concerne le côté relationnel de cette femme, a un sentiment de familiarité créé un attachement familial les liens est tisser « *je suis bien entourée de la famille de mon mari et ma famille surtout ma mère m'a beaucoup aider* » elle affronte les épreuve de réel elle est motivé de spécialiser de ce qu' elle a blessé d'après ses dire « *j'ai achetée des livres et je participe a les formation de l'autisme pour mieux comprendre comment je comportent avec ma fille* » la

maman arrive à reprendre à nouveau développement elle se débattre pour se mettre en vie elle est sortie en remaniant grâce aux mots parler avec l'autre (la famille, les psychologue ...). Ce que démontre que la qualité des narratifs maternels de base de sécurité et reliée aux valeurs du critère de sécurité de l'enfant. Et la culture aussi la religion aide propos des croyances (*je compte au bon dieu de me donner le courage de continuer abattre pour ma fille nchallah* ».

En constate que en fonction de certains paramètres que la maman «CH» caractérise par des capacités d'adaptation et de rebondir a un nouveau développement c'est la définition de la résilience.

Le deuxième cas : « A » est une maman âgée de 37 ans est mère de deux enfant elle à un diplôme d'éducatrice elle souffre d'un diabète.

L'enfant L'ainé est un enfant autiste âgé de 8ans scolarisé en première année primaire avec une AVS.

D'après l'entretien préliminaire on a posé quelque question la maman nous repend d'une manière triste et malheureuse elle n'a pas arrêter de pleurer « *je n'ai pas compris pour quoimon fils il est né normal c'est le vaccin qu'il lui a fait se trouble* » .

L'enfant présente un trouble spectre autistique sévère d'après le diagnostic de pédopsychiatre à l'âge de deux ans là où elle a arrêté le travail. D'après ses dire « *l'autisme de mon fils il n'est pas sévère il est fort en mathématique il connaît les chiffre et les calcule il est intelligent il a l'énergie plus que moi* »)

La maman n'a pas accepté le trouble de son fils elle est donne de déni même elle ne parle pas beaucoup moins d'énergie elle à des trouble de sommeil la relation social limité d'après ses dires « *je reste que a la maison par ce que je suis diabétique surtout avec cette pandémie* ».

La maman souffre de trouble de son fils en constate que en fonction de certains paramètres que la maman « A » ne caractérise par des capacités d'adaptation et de rebondir a un nouveau développement.

On constate que la mamans « A » à un vécu douloureux elle est complètement effondrée par sa souffrance elle représente des difficulté psychique et physique qui est ressenti en silence qu' elle est perturbés vraiment leur vie quotidienne elle a acquis un facteur de vulnérabilité en fonction de certains paramètres que la maman » A » ne caractérise par a des capacités d'adaptation et de rebondir a un nouveau développement.

Synthèse et résultats de la pré-enquête

Durant notre pré-enquête, nous avons constaté la richesse des échanges et de l'engouement des participants à relater leurs vécus. Parmi les parents interrogés, notre échantillon est composé en majorité de mères. Nous avons eu des entretiens préliminaires avec quelques parents à base de quelques questions semi-directives élaborées en collaboration avec notre encadrante. Ce type d'entretien a permis de donner aux sujets interrogés la possibilité de verbaliser leur ressenti, leur vécu, leurs émotions de manière libre, confidentielle et respectueuse de leurs points de vue. Les résultats obtenus à partir de notre pré-enquête montrent des vécus hétérogènes, allant du vécu douloureux au vécu résilient. Concernant le critère principal de recrutement de ces parents pour notre pré-enquête, il était le suivant : être parent d'enfant(s) atteint(s) d'un trouble du spectre autistique. Ce trouble étant au préalable diagnostiqué de manière formelle par un spécialiste en la matière. Le consentement des parents à prendre part à la recherche a été obtenu de manière orale. Notons que les entretiens avaient une durée moyenne de 30 minutes. Ils ont eu lieu au cours de l'année 2020/2021.

En effet, en fonction de certains paramètres (caractéristiques individuelles, soutien social, capacités d'adaptation et de résilience), le vécu des parents est différent. Certains entretiens ont été difficiles sur le plan émotionnel (tristesse, pleurs, colère, narration de situations de conflit, regrets, culpabilité).

Les parents ont indiqué des difficultés pour arriver à un diagnostic concernant le mal de leur enfant, puis une difficulté importante concernant la prise en charge de ce dernier. Les parents ont également rapporté leur souhait relatif à une inclusion en milieu ordinaire (scolaire) de leur enfant. Toutefois, comme indiqué plus haut, le vécu n'est pas toujours négatif. Cela signifie que certains parents ne se contentent pas de subir le trouble de leurs enfants, mais cherchent activement à le positiver et le prendre en charge. Nos résultats cependant sont à relativiser au regard de la faible population et des biais. En conclusion, le témoignage des parents est informatif mais incomplet.

On note que la pré-enquête est réalisée en présentiel en tenant compte des mesures barrières Prudentielles recommandées suite à la pandémie Covid-19. malheureusement en raison de la dernière vague, on n'a pas pu mener notre enquête.

6. La déontologie de la recherche et les attitudes de chercheure

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

La déontologie se définit selon Selon Hottais (2001) comme « *une éthique professionnelle qui s'applique aux individus seulement en tant qu'ils exercent un métier déterminé et qu'ils ont, dans ce cadre, des obligations, des responsabilités et des droits. La déontologie doit garantir le bon exercice d'une pratique professionnelle compte tenu de son insertion au sein d'une société elle-même globalement régulée par la morale, les lois, le droit.*

De ce fait, les principes généraux concernant le respect des droits de la personne, la compétence, la responsabilité, la probité, le respect du but assigné et l'indépendance professionnelle s'appliquent de toute évidence au psychologue-chercheur. Il en est de même pour le principe réservé à la qualité scientifique. Il faut aussi préciser la nécessité d'obtenir le consentement des personnes qui y participent et de leur droit à s'en retirer à tout moment. Dans le cadre de la recherche, le chercheur assume les conclusions de ses travaux après avoir détaillé la façon dont il a obtenu les résultats et doit être prêt à fournir un rapport aux personnes sollicitées pour participer à la recherche et les modalités techniques de l'exercice professionnel stipule clairement que les données utilisées à des fins de recherche, de publication ou de communication, sont impérativement traitées dans le respect absolu de l'anonymat, par la suppression de tout élément permettant l'identification directe ou indirecte des personnes concernées, ceci toujours en conformité avec les dispositions légales concernant les informations nominatives. (Varescon, 2013).

Deuxièmement, l'éthique, Dans toutes les disciplines où les professionnels font de la recherche, le problème éthique se pose, la recherche en psychologie clinique n'échappe pas aux lois nationales qui régissent les pratiques de recherche, et chaque chercheur qui entreprend une recherche doit soumettre son projet à un comité d'éthique. . Le terme éthique est également d'origine grec « ethikos » qui signifie morale et de « ethos » qui signifie mœurs. Dans la philosophie grecque, « l'éthique est une partie de la philosophie qui concerne la conduite de la vie humaine en tant qu'elle est orientée par la recherche du bien ».

La morale c'est l'ensemble de valeurs, de références, de normes, de grands principes et de règles, qui permettent d'opérer la distinction entre le bien et le mal. Elle donne à l'homme des règles de conduite pour la vie quotidienne afin de permettre « le vivre ensemble ». La morale porte sur la conduite générale de l'homme. Elle peut être sanctionnée par l'autorité juridique ou religieuse ou tout simplement par le savoir-vivre. L'éthique est une réflexion sur les prescriptions générales de la morale pour les appliquer sur le terrain. Son but est d'établir, par une méthode sûre, les fondements d'un agir en commun, juste, raisonnable et rempli de sens. Selon Aristote, l'éthique a pour objet le domaine de la pratique Humaine en tant qu'action reposant sur une décision. (Coutansais, 2012).

De ce fait, pour un clinicien qui possède une activité de chercheur dans le domaine clinique, la question de l'éthique dans la recherche fait partie de l'ensemble plus vaste de l'éthique professionnelle du clinicien.

Dans l'activité de la recherche, l'éthique se trouve bien en amont de la déontologie. L'éthique est présente dès le moment où le chercheur commence à réfléchir à son thème de recherche et à l'élaboration de son protocole. Les objectifs de la recherche qu'il propose, la méthodologie qu'il retient, sa participation à la recherche, l'exploitation et la diffusion des résultats obtenus mobilisent sa façon d'être et de faire qui reflètent ses qualités éthiques. La déontologie quant à elle permet de délimiter ce que le chercheur peut faire et surtout ne pas faire. C'est un ensemble de règles. (Varescon,2013) Donc, le chercheur doit mettre le sujet à l'aise, de lui expliquer de quoi consiste sa recherche et son objet, ainsi lui promettre que ça restera confidentiel. Après avoir gagné la confiance de sujet, il faut faire attention à nos comportements et nos expressions et il doit respecter l'avis de son sujet, également de ne pas l'interrompre lors de discours. A cet égard, dans notre travail de recherche nous avons adopté une attitude de neutralité, nous n'avons pas cherché à suggérer des réponses, nous n'avons pas cherché à l'influencer, nous intervenons juste pour relancer, nous étions plus dans l'écoute du discours et nous avons respecté les moments de silence et l'éthique de la recherche.

Ainsi, nous étions très attentifs aux réactions des sujets de recherche, nous étions prêtes à arrêter, suspendre ou annuler l'entretien dans le cas où il s'avérait pénible pour lui.

Synthèse

La méthodologie constitue la base de toute recherche dans tous les domaines Elle permet une bonne application des techniques d'investigations choisies. Et afin de mener à bien une

recherche scientifique, il est important de se baser sur une méthodologie qui nous a servis à organiser notre recherche et cela à travers le respect de certaines règles et étapes dans le déroulement de notre travail.

La recherche et l'échelle de résilience en question étant tout à fait faisables grâce aux outils présentés là-haut. C'est en effet, à travers ces des outils de recherche retenus, à savoir : l'entretien de recherche, sur lesquels nous avons appuyé dans le recueil d'informations nécessaires concernant les indicateurs cliniques et opérationnels de la résilience des parent et arriver à des résultats.

Conclusion

Conclusion

Conclusion

Nous touchons maintenant à la fin de ce modeste mémoire c'est une recherche s'intéressés à l'aspect psychologique et notamment, nous avons porté notre attention sur le handicap retenu dans présente recherche à savoir l'autisme, puits nous avons réalisé une revue de la littérature concernant le vécu des parents de ces enfants, et plus particulièrement celui en lien avec le processus de résilience.

Notre attention est portée sur «l'étude de la résilience chez les parents d'enfant autiste »le travail d'appréhender le vécu des parents d'enfants ayant été diagnostiqué souffrant du trouble du spectre de l'autisme, par vécu, nous désignons ici les sentiments éprouvés par les parents, qu'ils soient positifs ou négatifs. L'objectif secondaire étant d'explorer la présence d'un processus de résilience chez ces parents. Par résilience, nous désignons ici la capacité de faire face, de s'adapté et de rebondir. Nous avons choisi la résilience comme variable car nous avons constaté après avoir effectué une revue de la littérature sur le sujet que les chercheurs se sont majoritairement centrés sur les impacts négatifs de ce handicap (l'autisme) plutôt que sur ceux positifs.

Compte tenu de la thématique, une démarche qualitative est envisagée. Celle-ci fournira une appréciation individuelle du vécu de chaque parent. Une attention particulière sera portée aux indices de résilience présents chez ces sujets de recherche. L'angle choisi est donc celui du vécu des parents, étudié grâce à l'analyse qualitative d'entretiens semi-directifs. Ceux-ci constituent l'outil le plus pertinent pour avoir accès aux rapports qui tissent les sujets avec leur souffrance ainsi qu'à leur histoire.

La littérature nous a appris que Chaque personne affronte différemment ces situations à caractère psycho traumatique, forte de son histoire personnelle, de sa capacité de résilience, de son réseau de soutien, de ses rencontres interpersonnelles et de tant d'autres facteurs.

En conclusion, nous tenons à souligner que les parents d'enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme ont besoin de soutien, d'écoute et de guidance en collaboration avec équipe pluridisciplinaire afin de jouer leur rôle avec compétence et gratification a en effet, notre principale recommandation consiste à insister sur la l'importance de l'accompagnement parental Nous recommandons également de fournir aux parents des conseils pratiques sous forme de fiches concernant l'éducation d'un enfant avec autisme. Il faut tout simplement épauler les parents. Par ailleurs, nous proposons de mieux former les psychologues sur le terrain et intervenants auprès de ce type de population. Nous recommandons également de créer plus de

Conclusion

centres de prise en charge des enfants autistes et un meilleur accompagnement de leurs parents car la réussite de la prise en charge de ces enfants dépend également de la réussite de la prise en charge des parents en question. Nous estimons également qu'une formation universitaire plus spécialisée à ce type de handicap et ses répercussions individuelles, parentales et familiale sera bénéfique, à travers notamment des masters dédiés à ces thématiques.

En conclusion toujours, nous formulons comme suggestion de recherche ultérieure cette thématique : « le récit de vie des parents d'enfants autistes ».

Enfin, cette recherche reste une bonne expérience à travers laquelle on a appris beaucoup de choses sur le vécu des parents d'enfants ayant été diagnostiqués souffrant du trouble du spectre de l'autisme et d'explorer la présence d'un processus de résilience on a appris que chaque personne affronte différemment ces situations à caractère psycho traumatique, forte de son histoire personnelle, de sa capacité de résilience.

Même si on est arrivé à ces résultats pour réaliser nos objectifs notre recherche reste limitée et ouvre des portes pour d'autres recherches en modifiant les variables. Ou autre recherche plus approfondie.

Liste des références

Liste des références

Liste des références

1. Américain psychiatric association. (2015) manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux (DSM5). Paris : Masson.
2. Américain psychiatric association. (2016). DSM 5 diagnostic différentiels. Paris : Masson.
3. Anaut, M. (2003). La résilience : surmonter les traumatismes. (2^e éd).Paris: - ArmandColin.
4. Anaut, M. (2005). La résilience : surmonter les traumatismes. Paris : ArmanColin.
5. Anaut, M. (2007). La résilience : surmonter les traumatismes. Paris : Armand Colin.
6. Anaut, M. (2008). La résilience : surmonter les traumatismes. Paris : Armand
7. Amy,G,piola.M (2005)psychologie clinique et psychopathologie.(2^e éd).paris,bréal.
8. Amy,M(2009),comment aider l'enfant autiste :approche psychothérapique et éducative.paris :dunod.
9. Angel.S (2010) la rousse de la psychologie, (2^e éd) paris.
10. Anzieu,D,martin,J-y (2000).la dynamique des groupe restreints.(12^e éd).
11. Attwood, T. (2003). Le syndrome d'Asperger et l'autisme de haut niveau - Approche comportementaliste. Paris : DUNOD.
12. Adrien Durand (2012), étude de la qualité de vie et des processus d'ajustement des parents d'un enfant ayant un trouble autistique .algerie
13. Baghdadli, A., Brisot-Duboi, J. (2011). Entraînement aux habilités sociales appliqués à l'autisme : guide pour les intervenants. Paris : MASSON.
14. Beiger, F., Jean, A. (2011). Autisme et zoothérapie. Paris : DUNOD.
15. Baudier, A, céleste,b,(2002), le développement affectif et social du jeune enfant, (2^e éd) paris, Nathan.
16. Badreddine L et hamimi F (2019) intitulé, *Dynamique familiale des enfants autistes* .algerie
17. Bouzeriba, R. (2013). La résilience : Émergence et Conceptualisation du Phénomène. Revue des sciences de l'homme et de la société, (6), 84-87
18. B.chamak, (2021) intitulé« vécu de famille d'enfants autistes en période de confinement.

Liste des références

19. Bertrand. J (2008). Autisme, le gène introuvable, de la science business. Paris : du Seuil.
20. Biezt, E., Bretière, M., gillet, P. (2018). Neuropsychologie et remédiations des troubles du spectre de l'autisme : enfants d'âge scolaire, adolescent et adultes. Paris.
21. Boucebci, M. (1978). Psychiatrie société et développement (Algérie). Alger : S.N.E.D.
22. Boudon, R., Besnard, P., Cherkaoui et al. (2005). Dictionnaire de sociologie.
23. Boularas, L. (2014). Autisme : le vécu de la fratrie perçu par les parents
24. Boutefnouchet, M. (1982) La famille algérienne : Evolution et caractéristiques récentes. (2ééd.) Alger : SNED.
25. Bouvet, C. (2015). 18 grandes notions de la pratique de l'entretien clinique. (2é éd.Paris) : DUNOD.
26. Bouvet, C. (2015) 18 grandes notions de la pratique de l'entretien clinique (2é éd)
27. Broca,A.(2002)le developpement de l'enfant : aspects neuro-psycho-sensoriels
28. Coralie Fourcade en France (2017), perception du fardeau chez les parents d'enfants avec trouble du spectre de l'autisme, France.
29. Cécil Rataz, (2016) évaluation des effets d'un groupe d'accompagnement parental sur le stress et la qualité de vie après l'annonce du diagnostic de trouble du spectre autistique chez leur enfant.
30. Darras.B, (2015) des enfants du spectre autistique et l'émotion. Paris,l'harmattan
31. Delage cyrulnik.B, (2010). Famille et résilience, Odile Jacob. Paris.
32. Debot-sevrin,M.R et Pourtois, J, humbeeck,Bet Desmet,H,(2012),les ressources de la résilience,paris,puf.
33. Elsevier Masson. (2015).DSM5 manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
34. Gaoel Michel Poli (2017), la relation entre la mère et l'enfant présente un trouble spectre autistique.
35. Lenoir et J.Malvy. (2007) l'autisme et les trouble de développement psychologique (2é éd), paris : Elsevier masson.
36. Lenoir, P., Malvy, J., Bodier-Rethore, C. (2007). *L'autisme et les troubles du*

Liste des références

développement. (2^e éd). Paris : MASSON.

Les droits de l'enfant. (2009). Dossier préparé par l'Unicef pour le Parlement des enfants.
<https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/livretParlementUNICEF100107v2.pdf>

37. Levi-Strauss, C. (1983). *Le regard éloigné*. Paris : Pujol. Liste des références :

38. Leila chérif en 2019 intitulé « annonce du diagnostic et vécu des parents.

39. lorie lathion en (2017), accompagner l'enfant souffrant d'un trouble spectre autistique : facteur de stress et stratégies de coping adoptées par la mère France.

40. lowy, S(2017), accompagner les parents d'enfants autistes, France Marc, E.

Picard, D. (2000). *Relations et communications interpersonnelles*. Paris, France : DUNOD.

41. Mazet, P., Lebovici, S. (1990). *Autisme et psychoses de l'enfant : Les points de vue actuels*. Paris : Presses Universitaires de France.

doi:10.3917/puf.mazet.1990.01.

42. Mecherbet, A., Lakhdar A. (2013). *Quels effets à l'inclusion des enfants autistes ?* HALId : halshs-00801663 <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00801663>.

43. Midence, K., O'Neill, M. (1999). *The experience of parents in the diagnosis of autism*. *Autism*, 3(3), 273-285.

44. Martin, V. (2014). Favoriser le développement global des jeunes enfants au Québec une vision partagée pour des interventions concertées. Québec : <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/Favoriser-le-developpement-global-des-jeunes-enfants-au-quebec.pdf>.

45. M.nacher en (2017), connaissance et perceptions de parents avec enfants avec des Trouble du spectre d'autistique en Guyane française .france

46. Philipe, c(2009). *autisme et parentalité*, paris : duno. Laplanche. Jet Pontalis (1967), *vocabulaire de la psychanalyse*, paris, delta. 2. Senon J, (2012) ; *trauma et résilience*, paris, Duno.

47. Pedinielli, J-L., & Rouvier, S. (2000). Éthique en clinique psychologique. L'éthique entre épistémologie et consensus. *Bulletin de psychologie*, 53 (1), 445, 41-46.

48. pagés.v(2007) *handicaps et psychopathologies* (3^e éd) paris : dunod.

Liste des références

49. Rousseau, S. (2007). Vulnérabilité et résilience, analyse des entrées et sorties de la pauvreté : le cas de Manjakandriana à Madagascar. *Mondes en développement*, 4 (140), 25-44.
50. Rogé, B. (2008). *Autisme : comprendre et agir*. Paris : Dunod.
50. Rogé, B. (2004). *Le syndrome d'Asperger et l'autisme de haut niveau*. Paris : Dunod.
51. Ratiba b Yatou (2016), le programme TEACCH dans la prise en charge de l'enfant autiste et sa relation avec la santé mentale de la maman. *Algerie*
- Vallon, S. (2006). *Qu'est-ce qu'une famille : Fonctions et représentations familiales*. VST.
52. Senon J, (2012) ; *Trauma et résilience*, Paris, Dunod .
53. Senon J-L. (2012). *Trauma et résilience : victimes et auteurs*. Paris : Dunod.
54. Service de psychologie et d'orientation. (2017). *Le processus de deuil faire face à la maladie*. Canada, Montréal.
55. Sillamy, N. (2006). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Larousse
56. Schneider, B. (2005). *Enfant en développement familiale et handicaps*, Nancy : Ères.
57. Vilatte, J-C. (2008). *L'entretien comme outil d'évaluation*. Paris. Lyon. Université d'Avignon.
58. Vallon, S. (2006). *Qu'est-ce qu'une famille : Fonctions et représentations familiales*. VST.
59. Yvon, D., Philippe, C., Rogé, (2014) *A la découverte de l'autisme des neurosciences à la vie en société*. Paris, Dunod.
60. Wong, V, Keyes, Y M. L., & McGrew, J. H. (2017). *Pre-diagnostic and diagnostic stages of autism spectrum disorder: A parent perspective*. *Child Care in Practice*, 23(2), 195-217. <https://doi.org/10.1080/13575279.2016.1199537>.

Annexes

Annexes

Annexe n°1:guide d'entretien semi directif.

Axe I: informations sur l'enfant et sa pathologie

1. Quel âge a votre enfant ?
2. comment avez-vous vécu la période de votre grossesse ?
3. pouvez-vous nous décrire le climat familial et conjugal qui régnait avant et pendant votre grossesse ?
4. Y't-il eu des complications pendant l'accouchement ?
5. comment avez-vous vécu la période après la naissance avec votre enfants jusqu'à 2ans ?
6. quel âge votre enfant a- t-il reçu ce diagnostic ?par qui ?votre enfant a-t-il des trouble associés ?votre enfant suit -il un traitement médicamenteux ?si oui lequel ?depuis quand ?comment réprend-t-il au traitement ?
7. connaissez-vous déjà ce trouble avant que votre enfant soit diagnostiqué ?
8. avez-vous des antécédents familiaux de trouble psychique ou autre maladie ?
9. quelles étaient les signes observés chez votre enfant qui vont ont poussé à consulter un professionnel ? Et Quel âge avait votre enfant quand vous avez remarqué des particularités en lui ?
10. votre enfant est-il actuellement scolarisé ?et il est accompagné par un auxiliaire de vie scolaire ?
- 11.pouvez-vous nous parler de sa relation avec ses frères et sœur ?et sa fratrie connaît-elle le trouble de leur frère et sœur ?comment ont-ils réagie à la nouvelle ?
12. pouvez. Vous nous parler comment vous comportez vous et votre mari avec lui à la maison?

Axe II: informations concernant les parents de l'enfant atteint du trouble spectre autistique.

13. Quel âge avez-vous ?
14. Quel est votre niveau d'instruction ?

Annexes

15. Quelle est votre profession ?

16. Combien d'enfants avez-vous ?

17. quelle est la place de ces enfants dans sa fratrie, pouvez-vous indiquer l'âge et l'état de santé général de chacun de vos enfants ?

18. quel âge avez-vous à la naissance de votre enfant autiste ?

Axe III : le vécu psychologique des parents de l'enfant autiste

19. pouvez-vous nous décrire vos émotions et votre ressenti au moment de l'annonce du diagnostic?

20. Avez-vous reçu du soutien de la part de professionnel, de la famille, des amis dans les semaines et les mois qui ont suivi cette annonce et comment vous ont-ils les soutenu ?

21. Comment avez-vous annoncé le diagnostic à votre famille ?

22. avez-vous des problèmes conjugaux et familiaux en lien avec votre enfant et son trouble.

23. pouvez-vous nous décrire votre relation avec votre enfant ? est-elle différente de la relation que vous avez avec vos autres enfants ?

24. selon vous, quelles sont les conséquences du trouble de votre enfant sur vous ?

Sur votre travail ? Recevez-vous de l'aide pour votre enfant de la part du conjoint, de la famille, de l'établissement et des autres ? Avez-vous un besoin d'aide particulier ? Si oui, lequel ?

Axe IV: information sur le processus de la résilience chez les parents de l'enfant autiste

25. pouvez-vous verbalisez vos souffrance traverser à cette difficulté ?

26. pouvez-vous nous parler comment trouver vous des solutions pour résoudre votre problème ?

27. pouvez-vous nous parler de la relation avec votre famille face à cette difficulté ?

28. Est-ce que vous pouvez compter sur votre conjoint(e) ?

30. est-ce que vous pouvez compter sur vous ?

Annexes

31. est-ce que vous faite des activités de loisir ?
32. quels sont vos rêves et vous attentes concernant votre enfant ?
- 33 .Avez-vous des choses à rajouter ?

Annexes

Annexe n° 02

Veuillez indiquer quel est votre degré d'accord pour chacun des énoncés suivants en entourant le chiffre correspondant à votre réponse (1 signifiant que vous êtes très en désaccord et 7 très en accord).

Échelle de Wagnild et de Young (1993 ; traduction de S. Ionescu et al, 2010)	(très en désaccord)						(fortement en accord)
1. Lorsque je fais des projets, je les mène à terme.	1	2	3	4	5	6	7
2. En général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je peux compter sur moi plus que sur les autres.	1	2	3	4	5	6	7
4. L'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses.	1	2	3	4	5	6	7
5. S'il le faut, je peux me débrouiller seul (e).	1	2	3	4	5	6	7
6. Je suis fier(e) d'avoir réalisé des choses dans ma vie.	1	2	3	4	5	6	7
7. Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement.	1	2	3	4	5	6	7
8. Je m'aime bien.	1	2	3	4	5	6	7
9. Je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois.	1	2	3	4	5	6	7
10. Je suis une personne déterminée.	1	2	3	4	5	6	7
11. Je me demande rarement quel est le sens des choses.	1	2	3	4	5	6	7
12. Je prends les choses comme elles viennent.	1	2	3	4	5	6	7
13. Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés.	1	2	3	4	5	6	7
14. Je sais m'auto-discipliner.	1	2	3	4	5	6	7
15. Je m'intéresse à diverses choses.	1	2	3	4	5	6	7
16. Je trouve toujours quelque chose qui me fait rire.	1	2	3	4	5	6	7
17. Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles.	1	2	3	4	5	6	7
18. En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi.	1	2	3	4	5	6	7
19. D'habitude, j'examine une situation sous tous ses angles.	1	2	3	4	5	6	7
20. Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non.	1	2	3	4	5	6	7
21. Ma vie a un sens.	1	2	3	4	5	6	7
22. Je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle.	1	2	3	4	5	6	7
23. Lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir.	1	2	3	4	5	6	7
24. J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire.	1	2	3	4	5	6	7
25. Ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aient pas.	1	2	3	4	5	6	7

Merci de votre collaboration.

L'étude de la résilience

chez les parents d'enfants autistes

Résumé

Cette étude a porté sur « *l'étude de la résilience chez les parents d'enfants autistes* ». Elle avait pour objectif d'explorer la présence de résilience chez les parents d'enfants autistes. La pré-enquête était effectuée au sein du centre de prise en charge ADEA à Bejaia. Afin de réaliser cette recherche, nous avons décidé d'utiliser un entretien semi-directif et une échelle de résilience. Nous avons sélectionné un groupe de recherche composé de six parents, mais en raison de la pandémie Covid-19, nous n'avons pas pu mener cette étude à terme.

Mots-clés : résilience ; parents ; enfants ; autistes.

Abstract

This study focuses on, « *the study of resilience in parents of autistic children* ». she had for the objective to explore the presence of resilience in parents of autistic children .the pre-quest was effecting within association ADEA bejaia .in order to carry out this research we decided to use a semi-structured interview and resilience scale .We have selected a research groupe composed of six parents but due to the covide pandemic 19 we were unable to complete this study.

Keywords : Child ; autistic ; parents ; resilience.