

**République Algérienne Démocratique et Populaire**  
**Ministère de L'enseignement supérieur et de la recherche scientifique**  
**Université Abderrahmane Mira – Béjaïa-**



**Faculté des Sciences Humaines et Sociales**

**Département de la psychologie et d'orthophonie**

## **Mémoire de fin de cycle**

### **Thème :**

**La résilience chez les mamans ayant un enfant autiste :**

Etude de six cas réalisé à l'établissement hospitalier spécialisé  
en psychiatrie d'Oued Ghir.

**En vue de l'obtention du diplôme master en psychologie.**

**Option : psychologie clinique.**

**Réalisé par :**

M<sup>elle</sup> IMADALOU Cylia

M<sup>elle</sup> OUBRAHAM Sarah

**Encadré par :**

Dr. BENCHALLAL Abdelouahab

**-Année universitaire - 2023/2024-**

# **Remerciements**

*On tient tout d'abord à remercier Dieu le tout puissant et miséricordieux, de nous avoir donné la force et la patience pour mener à bien ce modeste travail.*

*Ensuite, Nous tenons à exprimer notre redevance et profonde gratitude aux membres de jury pour l'évaluation de ce mémoire et particulièrement à notre enseignant M. BENCHALLAL, pour son accompagnement, ses orientations et précieux conseils tout au long de la réalisation de ce travail de recherche qui restera pour nous un modèle de modestie et de culture.*

*Nos plus vifs remerciements également aux enseignants du département des Sciences Sociales pour leurs soutiens, notamment les enseignants de psychologie clinique.*

*Nos compliments vont aussi à toutes les personnes ayant participé à cette recherche, en particulier les mamans et leurs enfants, ainsi que l'ensemble du personnel soignant de l'Établissement Hospitalier d'Oued Ghir de Bejaïa, surtout à notre psychologue M<sup>me</sup> BEN ABDELHAK Faziya.*

# **Dédicaces**

***Je dédie cet humble travail à :***

*Mes très chers parents, qui n'ont jamais cessés de me soutenir et de croire en moi, en témoignage de mon profond amour et respect pour leurs grands sacrifices. Que Dieu leur procure bonne santé et longue vie.*

*À **mes grands-parents**, en reconnaissance de leur amour et leur soutien incommensurables.*

*À mes chères sœurs **Letissia** et **Ayline**, et mon frère **Amine**.*

*À mon oncle **Abid**, que je remercie infiniment, je lui souhaite un avenir plein de joie, de bonheur et de réussite.*

*À **mes chères cousines**, et surtout **Kamelia** qui m'a beaucoup aidé.*

*À mes amis et camarades : **Célia**, **Rebiha**, **Maroua**, pour leur soutien tout au long de ce modeste travail,*

*A ma binôme **Sarah** qui a su me soutenir en qui j'ai trouvé l'entente dont j'avais besoin.*

*Tout en gardant une pensée pour ceux qui ne sont plus parmi nous, mais qui demeurent à jamais dans nos cœurs.*

**Cylia**

# **Dédicaces**

***Avec une sincère gratitude et une profonde reconnaissance, je dédie ce travail à :***

*Mes parents, mon pilier solide, une profonde reconnaissance pour leur soutien inconditionnel, leurs encouragements sans limites et leur contribution inestimable à la réalisation de ce travail.*

*Mes chères sœurs, notamment **Djidji** et **Lynda**, vivant au Canada, ainsi que leurs conjoints et mes adorables nièces **Céline**, **Ania** et **Maylis**, pour leur amour.*

*Mes amies précieuses : **Hedjila**, **Fati**, **Kenza**, **Melissa**, qui éclairent ma vie de leur présence et enrichissent mon épanouissement personnel.*

*Ma binôme et amie fidèle, **Cylia**, et sa famille, pour leur soutien inébranlable et leur présence réconfortante.*

**sarah**

# **Table des matières**

**Remerciement**

**Dédicace**

**Sommaire**

**Liste des tableaux**

**Liste d'abréviation**

**Liste des annexes**

**Introduction .....01**

## ***Partie théorique***

### **Le cadre général de la problématique**

|                                             |    |
|---------------------------------------------|----|
| Problématique.....                          | 05 |
| Hypothèses.....                             | 09 |
| Objectif de recherche.....                  | 09 |
| Définition des concepts.....                | 09 |
| Etudes antérieures.....                     | 11 |
| Commentaire sur les études antérieures..... | 13 |

## ***Partie théorique***

### **Chapitre 01 : Trouble de spectre autistique**

#### **Préambule**

|                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------|----|
| 1. Aperçu historique de l'autisme.....                          | 15 |
| 2. Les définitions de l'autisme.....                            | 16 |
| 2.1. Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) .....      | 17 |
| 2.2. Selon la CIM 10 et DSM 5 .....                             | 17 |
| 3. Les approches explicatives de l'autisme.....                 | 17 |
| 3.1. Le modèle spécifique aux autistes et (psychotique).....    | 17 |
| 3.2. L'approche cognitive .....                                 | 19 |
| 3.3. L'approche neuropsychologique.....                         | 19 |
| 3.4. L'approche systémique familiale .....                      | 20 |
| 4. Les signes et les symptômes de l'autisme.....                | 22 |
| 4.1. Des comportements répétitifs et des routines rigides ..... | 22 |

|                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------|----|
| 4.2. Les défis dans les interactions sociales.....               | 22 |
| 4.3. Les difficultés de Communication.....                       | 22 |
| 5. La classification de l'autisme.....                           | 23 |
| 6. La prévalence de l'autisme.....                               | 24 |
| 6.1 Au monde.....                                                | 24 |
| 6.2 En Algérie.....                                              | 24 |
| 7. Les facteurs de risque de l'autisme.....                      | 25 |
| 7.1. Les facteurs génétiques.....                                | 25 |
| 7.2. Les facteurs environnementaux .....                         | 25 |
| 7.3. Les facteurs anti-conventionnels .....                      | 25 |
| 7.4. Les facteurs anténatals .....                               | 26 |
| 7.5. Les facteurs périnatals .....                               | 26 |
| 8. Diagnostique de l'autisme .....                               | 26 |
| 9. L'évaluation d'autisme.....                                   | 27 |
| 9.1. L'évaluation clinique.....                                  | 27 |
| 9.2. L'examen médical.....                                       | 28 |
| 9.3. Le bilan psychomoteur .....                                 | 28 |
| 9.4. L'évaluation psychologique.....                             | 29 |
| 9.5. L'évaluation du langage .....                               | 29 |
| 10. Les troubles associés à l'autisme .....                      | 30 |
| 10.1 Le retard mental .....                                      | 30 |
| 10.2 L'épilepsie .....                                           | 30 |
| 10.3 Problèmes moteurs .....                                     | 30 |
| 10.4 Déficits sensoriels .....                                   | 31 |
| 10.5 La mauvaise reconnaissance et expression des émotions ..... | 31 |
| 10.6 Troubles de sommeil .....                                   | 32 |
| 10.7 Troubles de l'alimentation .....                            | 32 |
| 10.8 Autres maladies ou syndromes .....                          | 32 |
| 11. Diagnostic différentiel de l'autisme.....                    | 32 |
| 12. La prise en charge de l'autisme .....                        | 33 |

## Synthèse

### Chapitre 02: La résilience

#### Préambule

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| 1. Définition de la résilience ..... | 36 |
| 2. Histoire de la résilience.....    | 37 |

|                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| 3. La résilience selon différentes approches .....                        | 38 |
| 3.1. Approche psycho-dynamique de la résilience .....                     | 38 |
| 3.1.1. La première phase de résilience .....                              | 39 |
| 3.1.2 La deuxième phase de résilience .....                               | 39 |
| 3.2. Approche transversale de la résilience .....                         | 39 |
| 3.2.1 Le sentiment d'avoir une base de sécurité interne .....             | 40 |
| 3.2.2 L'estime de soi (ou auto-estime) .....                              | 40 |
| 3.2.3 Le sentiment de sa propre efficacité .....                          | 40 |
| 4. Application clinique de la résilience .....                            | 40 |
| 5. Les facteurs de la résilience.....                                     | 41 |
| 5.1 Les facteurs de risque liés à l'environnement externe .....           | 41 |
| 5.1.1 Les facteurs de risques .....                                       | 42 |
| a. Manque de services spécialisés .....                                   | 42 |
| b. Barrières financières .....                                            | 42 |
| c. Temps d'attente prolongé .....                                         | 42 |
| d. Isolement géographique .....                                           | 42 |
| e. Manque de soutien social .....                                         | 42 |
| 5.2 Les facteurs de protection de la résilience .....                     | 43 |
| 6. Les caractéristiques de processus mental résilient.....                | 43 |
| 6.1. La conscience de son auto-estime et du sentiment de soi .....        | 44 |
| 6.2. La conscience de son efficacité ou sentiment d'auto-efficacité ..... | 44 |
| 6.3. Un répertoire d'approches de résolution sociale .....                | 44 |
| 7. Méthode d'évaluation de la résilience.....                             | 44 |
| 8. Les limites de la résilience.....                                      | 45 |
| <b>Synthèse</b>                                                           |    |

## ***Partie pratique***

### **Chapitre 03: La méthodologie de recherche**

#### **Préambule**

|                                            |    |
|--------------------------------------------|----|
| 1. Méthode utilisée dans la recherche..... | 48 |
|--------------------------------------------|----|

|                                                                                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.1. La méthode descriptive.....                                                  | 48 |
| 1.2 Etude de cas.....                                                             | 48 |
| 2. Lieu de la recherche .....                                                     | 49 |
| 3. La pré-enquête .....                                                           | 49 |
| 4. Les critères de sélection.....                                                 | 50 |
| 4.1 Les critères d'inclusion .....                                                | 50 |
| 4.2 Les critères d'exclusion.....                                                 | 50 |
| 5. Population d'étude.....                                                        | 51 |
| 6. Les outils de recherche.....                                                   | 51 |
| 6.1. L'entretien de recherche .....                                               | 52 |
| 6.2 L'entretien semi-directif.....                                                | 52 |
| 6.3 Le guide d'entretien.....                                                     | 52 |
| 7. Définitions et application de l'échelle.....                                   | 53 |
| 7.1 Définitions et application de l'échelle de résilience de Wagnild & Young..... | 53 |
| 7.2 La consigne.....                                                              | 53 |
| 7.3 Le mode de passation.....                                                     | 53 |
| 7.4 Le score.....                                                                 | 54 |
| 7.5 La validité de L'échelle de résilience.....                                   | 54 |
| 8. L'enquête.....                                                                 | 54 |
| 8.1 Le déroulement de la pratique .....                                           | 54 |
| 8.2 Le déroulement des entretiens .....                                           | 54 |
| 8.3 La passation de l'échelle .....                                               | 55 |
| 9. Difficultés rencontrées.....                                                   | 55 |

## Synthèse

### Chapitre 04 : analyse des résultats et discussion des hypothèses

#### Préambule

|                                                |    |
|------------------------------------------------|----|
| 1. présentation et analyse des résultats ..... | 57 |
| 1.1 Cas N° 01.....                             | 57 |
| 1.2 Cas N° 02.....                             | 61 |
| Cas N° 03.....                                 | 65 |
| Cas N° 04.....                                 | 68 |
| Cas N° 05.....                                 | 72 |
| Cas N° 06.....                                 | 76 |

|                                              |    |
|----------------------------------------------|----|
| 2. Discussion et analyse des hypothèses..... | 89 |
|----------------------------------------------|----|

|                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3. Analyse Comparative des stratégies de résilience, du stress et du soutien social..... | 84 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## **Synthèse**

|                         |    |
|-------------------------|----|
| <b>Conclusion</b> ..... | 89 |
|-------------------------|----|

|                                          |    |
|------------------------------------------|----|
| <b>Références bibliographiques</b> ..... | 92 |
|------------------------------------------|----|

## **Annexes**

**La liste des Tableaux :**

| Tableaux     | Titres                  | Pages |
|--------------|-------------------------|-------|
| Tableau N°01 | Population d'étude      | 51    |
| Tableau N°02 | Résultats de Mme Nabila | 60    |
| Tableau N°03 | Résultats de Mme Hayet  | 64    |
| Tableau N°04 | Résultats de Mme Karima | 67    |
| Tableau N°05 | Résultats de Mme Fatiha | 71    |
| Tableau N°06 | Résultats de Mme Daouia | 75    |
| Tableau N°07 | Résultats de Mme Sonia  | 78    |

### **Liste d'abréviations :**

**EHS** : Etablissement Hospitalier Spécialisé ;

**CIM-10** : Classification international des maladies ;

**DSM-5** : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques de l'association américaine de psychiatrie ;

**OMS** : Organisation mondiale de la santé ;

**PEP** : Psycho éducationnelle profil ;

**TAC** : le trouble d'acquisition de la coordination ;

**TED** : Troubles envahissant du développement ;

**TDAH** : Troubles déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ;

**TSA** : Trouble du spectre autistique.

**La liste des annexes :**

| <b>Annexes</b> | <b>Titres</b>                            |
|----------------|------------------------------------------|
| Annexe N 1     | Guide d'entretien                        |
| Annexe N 2     | L'échelle de résilience de Wagnild Young |
| Annexe N 3     | Cas N 1 à d' RS-R                        |
| Annexe N 4     | Cas N 2 à d' RS-R                        |
| Annexe N 5     | Cas N 3 à d' RS-R                        |
| Annexe N 6     | Cas N 4 à d' RS-R                        |
| Annexe N 7     | Cas N 5 à d' RS-R                        |
| Annexe N 8     | Cas N 6 à d' RS-R                        |

# **Introduction**

# Introduction

---

## Introduction

L'événement traumatique est une expérience profondément perturbante qui peut avoir des effets durables sur la santé mentale et émotionnelle d'une personne. Cela peut entraîner un choc psychologique et perturber profondément le bien-être d'un individu.

Face à un événement traumatique, chaque individu réagit de manière unique en fonction de sa personnalité, de son histoire personnelle et de ses ressources psychologiques. Certains peuvent faire face au traumatisme en recherchant un soutien social, en exprimant leurs émotions, ou en cherchant un soutien professionnel tel que la thérapie. D'autres peuvent développer des mécanismes de défense, tels que le déni ou la dissociation, pour faire face à l'intensité de leurs émotions. Le processus de faire face au traumatisme peut être long et complexe, et peut nécessiter un soutien continu pour aider à la récupération et à la résilience.

La résilience réside dans sa capacité à aider les individus à surmonter les défis de la vie et à rebondir après des épreuves difficiles. Elle permet de préserver le bien-être mental et émotionnel, favorise la croissance personnelle et renforce la capacité à faire face à l'adversité. La résilience joue un rôle crucial dans la prévention des problèmes de santé mentale. En somme, la résilience est essentielle pour cultiver la force intérieure nécessaire à une vie épanouissante malgré les difficultés rencontrées sur le chemin.

L'objectif général de cette recherche est d'étudier la résilience chez les mamans ayant un enfant autiste qui pourrait être de comprendre les facteurs qui contribuent à la capacité des mères à surmonter les défis associés à l'autisme de leur enfant, afin de développer des interventions et des soutiens efficaces pour renforcer leur résilience et leur bien-être.

La maman est la première personne avec laquelle l'enfant interagit, jouant ainsi un rôle fondamental dans son développement émotionnel, social et cognitif.

Pour notre projet de recherche, nous avons opté pour une approche qualitative en adéquation avec nos objectifs et les outils sélectionnés. Notre travail est structuré en plusieurs parties. Tout d'abord, une introduction est suivie par la présentation de notre problématique et de nos hypothèses dans une première partie théorique. Cette partie comprend deux chapitres :

Le premier chapitre traite du trouble autistique, abordant son historique, ses définitions, les approches explicatives, les symptômes, les facteurs de risques, les troubles associés et les méthodes de prise en charge.

## Introduction

---

Le deuxième chapitre se concentre sur la résilience, incluant son évolution historique, sa définition, son application clinique, les caractéristiques des processus mentaux résilients, ainsi que les méthodes d'évaluation de la résilience.

Ensuite, nous détaillons la méthodologie de notre recherche, divisée en deux chapitres : le premier aborde les outils de recherche et la pré-enquête, tandis que la seconde traite de l'analyse, de l'interprétation et de la discussion des résultats.

# **Le cadre général**

## **De la problématique**

### **Plan :**

- Problématique ;
- Hypothèses ;
- Objectif de recherche ;
- Définition des concepts ;
- Etudes antérieures ;
- Commentaire sur les études antérieures.

### Problématique :

La santé ne concerne pas uniquement le corps, mais également l'esprit, donc la santé est un aspect incontournable de notre existence, qui influence profondément notre bien-être physique, mental et émotionnel. Elle représente un équilibre délicat entre les différentes dimensions de notre vie, et constitue un pilier essentiel de notre capacité à mener une vie épanouie et pleine de vitalité. La santé englobe non seulement la prévention et le traitement des maladies, mais aussi la promotion de modes de vie sains, et la reconnaissance de l'interdépendance entre notre santé personnelle et l'environnement qui nous entoure. Elle revêt donc une importance cruciale pour chacun d'entre nous et pour la société dans son ensemble. (Diessez. N. 2006)

Selon l'Organisation mondiale de la santé l'OMS comme étant << un état complet de bien-être physique mental et social et pas seulement l'absence de maladie et d'infirmité

En conséquence, les problèmes de santé mentale sont une préoccupation majeure en termes de santé publique à l'échelle mondiale, avec l'OMS estimant que près de 450 millions de personnes dans le monde sont touchées par des troubles de la santé mentale. (Lamboy.2005)

Depuis toujours, les êtres humains ont dû affronter des défis de plus en plus complexes, y compris la question délicate du handicap. Dans le passé, les sociétés n'ont pas toujours bien géré cette problématique, ce qui a rendu la vie des personnes handicapées et de leur famille encore plus difficile. Les familles des personnes handicapées peuvent être profondément affectées par la souffrance de leur enfant, créant ainsi une forme de douleur émotionnelle qui peut être difficile à surmonter. Lorsqu'un enfant naît avec des besoins spéciaux, cela peut constituer un véritable défi pour la famille. Les parents doivent souvent faire face à des difficultés inattendues et à des ajustements majeurs dans leur mode de vie. Cependant, malgré les obstacles rencontrés, l'amour et le dévouement des parents pour leur enfant peuvent les aider à surmonter ces épreuves et à trouver des solutions adaptées pour fournir les meilleurs soins possibles. (Scelles, henri, pierre Bass, 2011, p, 18, 21)

Les troubles psychologiques, également connus sous le nom de troubles mentaux, sont des conditions qui affectent la pensée, l'humeur et le comportement d'une personne, entraînant souvent une détresse significative et une altération du fonctionnement quotidien. Il existe de nombreux types de troubles psychologiques, chacun ayant ses propres symptômes, causes et traitements.

Certains troubles courants incluent les troubles de la personnalité, tels que le trouble borderline ou le trouble narcissique, les troubles obsessionnels-compulsifs, les troubles de stress post-traumatique, les troubles bipolaires, et les troubles psychotiques tels que la schizophrénie. (Bailly, Cautmerman, Duval, p2003)

Et surtout le trouble spectre autistique ce dernier est un trouble neuro-développemental qui affecte la communication, les interactions sociales et les comportements d'une personne.

Les symptômes du TSA varient en gravité et peuvent inclure des difficultés à interagir avec les autres, des comportements répétitifs, des intérêts restreints, des troubles sensoriels, et des défis dans la communication verbale et non verbale.

Bien que le TSA soit principalement un trouble neurologique, il est souvent associé à des problèmes de santé mentale tels que l'anxiété, la dépression, Et les troubles déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) Il est donc important de prendre en compte les aspects psychologiques du TSA lors de l'évaluation et du traitement des individus concernés.

Le trouble du spectre autistique a commencé à être inclus dans les classifications internationales des maladies telles que la CIM et le DSM, et de multiples définitions ont été formulées pour décrire cette condition en tant que trouble du développement neurologique qui affecte le fonctionnement cérébral. Généralement diagnostiqué avant l'âge de 3 ans, il se caractérise par un retard dans le développement de la communication, des interactions sociales et des comportements. (Barrhelemy,2012p.23)

Chaque jour, les chiffres relatifs à l'autisme sont de plus en plus alarmants, démontrant que l'autisme représente un véritable défi pour la santé publique. En France, la prévalence internationalement reconnue indique qu'une personne sur 100 est touchée par le trouble autistique, ce qui équivaut à

650 000 personnes touchées. Selon les récentes estimations, il y a trois garçons touchés pour une fille dans la population autiste. Environ 1% de la population britannique et américaine souffre d'autisme, ce qui laisse penser qu'au sein de l'Union européenne, pas moins de cinq millions de personnes sont atteintes. En Algérie, le taux de fécondité en 2018 était de 2,9 pour mille, ce qui se traduit par environ un million de nouvelles naissances chaque année. Parmi ces naissances, on estime que 500 000 enfants, adolescents et adultes sont atteints d'autisme, dont la majorité a été diagnostiquée tardivement, à partir de l'âge de cinq ans. (Carole, 2009, p.245).

De nombreuses études ont été réalisées sur les individus atteints de troubles du spectre autistique (TSA). Ces études visent à mieux comprendre les caractéristiques, les causes et les impacts des TSA sur les personnes qui en sont atteintes. Les chercheurs étudient les différences neuronales, cognitives, comportementales et génétiques chez les personnes atteintes d'autisme par rapport à la population typique. Ils examinent également les interventions et les traitements qui peuvent améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de TSA. Ces recherches sont essentielles pour améliorer la compréhension

de l'autisme et pour développer des interventions efficaces pour soutenir les personnes atteintes de TSA. (Josse.2014)

La confrontation à l'autisme peut en effet être une expérience très difficile, non seulement pour l'enfant atteint, mais aussi pour toute la famille. Les mamans ayant un enfant autiste particulièrement surement touchées par cette situation, car elles peuvent ressentir un mélange de choc, de tristesse, de culpabilité et de frustration face aux difficultés rencontrées par leur enfant. Les mamans d'enfants autistes peuvent également faire face à des défis supplémentaires tels que la recherche de professionnels spécialisés, la gestion des interactions sociales et des comportements difficiles de leur enfant, et plus généralement l'organisation de la vie quotidienne. De plus, l'accès aux services adéquats et le soutien financier peuvent être des sources de stress supplémentaires pour les familles. (Higgins et al.2005).

Le fait de s'occuper d'un enfant autiste peut nécessiter beaucoup de temps, d'énergie et de ressources, et cela peut rendre difficile pour la mère de concilier ces responsabilités avec une carrière professionnelle exigeante. De plus, les besoins spécifiques d'un enfant autiste peuvent nécessiter une attention constante et des adaptations spéciales qui rendent difficile pour la mère de travailler à temps plein ou de poursuivre une carrière ambitieuse. Dans de nombreux cas, la mère peut choisir de réduire son temps de travail, de prendre un congé prolongé ou de quitter son emploi pour se consacrer entièrement à son enfant autiste. Cela peut représenter un sacrifice important sur le plan financier et professionnel, et peut également entraîner des sacrifices sur le plan personnel, car la mère peut se sentir isolée ou déconnectée du monde extérieur ce qu'on appelle la résilience (El sevier massonsas Juillet.2007)

Notre thème de recherche se concentre sur le processus de résilience chez les mamans ayant un enfant autiste. 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 la capacité d'un individu ou d'un groupe à surmonter de grandes difficultés et à s'épanouir en présence de grands risques.

Il s'agit de la capacité à rebondir après avoir traversé des moments difficiles, à apprendre et à grandir à partir de ces expériences. La résilience ne signifie pas être invulnérable aux défis de la vie, mais plutôt être capable de faire face à des situations traumatisantes ou stressantes, de trouver des moyens de s'adapter et de se rétablir. La résilience implique souvent le développement de certaines compétences telles que la capacité à gérer le stress, à maintenir des relations positives, à trouver un

sens à l'expérience vécue, et à garder espoir pour l'avenir. (Cyrułnik et Delage) Cette capacité de résilience peut être influencée par des facteurs personnels, familiaux, communautaires et culturels.

Selon l'auteur Boris Cyrułnik, la résilience désigne la capacité à surmonter des épreuves douloureuses. Il explique que la résilience est la capacité à rebondir après des traumatismes et à se reconstruire après une adversité. Il insiste également sur le fait que la résilience n'est pas seulement une réaction individuelle mais aussi un processus social qui implique à la fois des ressources personnelles et un soutien extérieur.

Pour Cyrułnik, la résilience repose sur la capacité à trouver du sens dans l'expérience vécue, à tisser des liens avec autrui, à mobiliser ses ressources internes et à faire preuve de créativité pour surmonter l'adversité. En somme, selon l'auteur Boris Cyrułnik, la résilience est une réponse humaine face à la souffrance et à l'adversité.

Selon Michel Manciaux (pédiatre et épidémiologiste) Il définit la résilience comme la capacité d'un individu ou d'un groupe à bien se développer, à continuer de se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles et de traumatismes sévères.

Selon Edith Grotberg (psychologue) considère la résilience comme une combinaison de facteurs internes (comme l'estime de soi et l'autonomie) et externes (comme le soutien social) qui permettent à une personne de faire face à des défis de manière positive.

Ann Masten (psychologue du développement) décrit la résilience comme un "processus de bonne adaptation face à l'adversité, aux traumatismes, aux tragédies, aux menaces ou aux sources de stress importantes "Selon elle, la résilience est soutenue par des processus ordinaires, pas extraordinaires.

Ces définitions montrent que la résilience est généralement perçue comme une capacité ou un processus adaptatif permettant aux individus ou aux groupes de se rétablir et de continuer à évoluer positivement après des expériences adverses.

Pour évaluer la résilience chez les mères d'enfants autistes et tester nos hypothèses de recherche, nous avons formulé nos questions et hypothèses de la manière suivante :

### **Question générale :**

1. Comment les mamans d'enfants autistes développent-elles des stratégies de résilience pour faire face aux défis quotidiens et soutenir le développement de leur enfant ?

De cette question générale, découle une question spécifique :

2. Quels sont les facteurs qui contribuent à la résilience des mamans d'enfants autistes, et comment ces facteurs peuvent-ils être renforcés pour aider les mères à mieux faire face aux difficultés ?

### Hypothèses :

- Les mamans d'enfants autistes développent des stratégies de résilience pour faire face aux défis quotidiens et soutenir le développement de leur enfant en s'engageant dans des pratiques éducatives, en recherchant un soutien social et émotionnel, et en adoptant des approches de gestion du stress et de soins personnels.
- Les mamans d'enfants autistes qui parviennent à trouver un équilibre entre la gestion des besoins de leur enfant et la prise en compte de leurs propres besoins personnels sont plus susceptibles de démontrer des niveaux plus élevés de résilience.

### Les objectifs de la recherche :

L'objectif principal de cette modeste recherche est de mieux comprendre comment ces mamans font face aux défis et aux stress associés à l'éducation et aux soins d'un enfant autiste. La recherche vise à identifier les facteurs qui contribuent à la résilience de ces mamans, tels que le soutien social, les stratégies d'adaptation et les ressources personnelles.

- L'objectif est également de déterminer comment renforcer la résilience des mamans d'enfants autistes afin de soutenir leur bien-être psychologique et émotionnel.
- Enfin, la recherche vise à fournir des recommandations pour les interventions et les programmes de soutien visant à aider ces mamans à développer et à maintenir leur résilience face aux défis liés à l'autisme de leur enfant.

### Définition des concepts :

#### 1. La résilience :

**-Définition conceptuelle :** la résilience est la capacité à s'adapter et à rebondir face à l'adversité en surmontant les défis un préservation niveau de fonctionnement positif, malgré les difficultés.

**-Définition opérationnelle :** Dans le contexte d'étude, la résilience est la capacité des mamans d'enfant autistes à maintenir un niveau de bien-être psychologique et émotionnel satisfaisant, ainsi qu'à développé et à utiliser des stratégies adaptatives pour faire face aux défis liés à l'autisme de leur enfant.

### 2. Les mamans ayant un enfant autiste :

**-Définition conceptuelle :** Les mamans ayant un enfant autiste désignant les mères qui ont la responsabilité principale de prendre soins d'un enfant diagnostiqué avec un TSA.

**-Définition opérationnelle :** Les mamans ayant un enfant autiste seront définie comme les mères biologique ou adaptives qui ont un enfant diagnostiqué avec un TSA quel que soit l'âge de l'enfant ou le niveau de sévérité de TSA.

### 3. Stratégie de résilience :

**-Définition conceptuelle :** Désignant les comportements, les pensées et les actions spécifiques que les individus utilisent pour faire face à l'adversité et surmonter les difficultés.

**-Définition opérationnelle :** Ce sont des techniques, les ressources et les mécanismes d'adaptation que les mamans d'enfant autistes mettant en œuvre pour faire face aux défis associé au TSA.

### Les études antérieures :

#### **Étude01 : La résilience des mères travailleuses ayant des enfants atteints du Trouble du Spectre Autistique :**

L'étude est menée par Siska Dwina Wahyuni Sugianto. Cette étude vise à déterminer la description de la résilience et les facteurs qui influencent la résilience chez les mères qui travaillent et qui ont des enfants atteints de TSA. Pour cela, une méthode qualitative de type phénoménologique a été utilisée, avec un échantillonnage raisonné de 3 mères travaillant et ayant des enfants atteints de TSA. Les données ont été collectées à travers des entretiens et des observations. Les résultats de l'étude montrent que les trois mères ont une certaine forme de résilience, étant capables d'accepter la condition de leur enfant et de s'améliorer. Chaque sujet présente une dominance différente parmi les sept aspects de la résilience. (Sugianto, Siska Dwina Wahyuni,2022).

#### **Étude 02 : La Résilience dans les familles avec un enfant autiste :**

Cette étude est réalisé par Kerry Van der Walt a été réalisée le 1er mars 2006. Cette étude avait pour objectif principal d'identifier les caractéristiques et les ressources des familles qui leur permettent de s'adapter avec succès malgré la présence d'un enfant autiste. Ancrée dans le Modèle de Résilience du Stress, de l'Adaptation et de l'Adaptation de McCubbin et McCubbin (1996), l'étude a été menée auprès de parents de 34 familles dont les enfants fréquentaient une école spéciale pour les apprenants autistes en Afrique du Sud. Les facteurs de résilience identifiés comprennent un statut socio-économique élevé, un soutien social, des modèles de communication ouverts et prévisibles, un environnement familial de soutien avec engagement et flexibilité, une résilience familiale, des stratégies internes et externes de coping, une vision positive de la vie et des croyances familiales. (Kerry Van Der Walt,2006)

#### **Étude 03 : étude sur le bien-être psychologique des mères d'enfants autistes :**

Cette étude a été réalisée par Asmadi Alsa, Rila Sovitriana, Agustina Ekasari en 2021. La méthode utilisée était l'échantillonnage par objectif sur 184 répondants, avec une échelle psychologique, et la modélisation par équations structurelles (SEM) avec l'analyse de la structure des moments (AMOS v.24) pour évaluer les données pertinentes. Les résultats ont montré que la religiosité a un effet significatif sur le bien-être psychologique des mères avec des enfants autistes, avec la résilience comme médiateur (alsa Sovitriana Ekasari,2021)

### **Étude 04 : Implication de l'intelligence émotionnelle dans la résilience et le coping chez les mères d'enfants autistes :**

Cette étude a été menée par Manon Manicacci, Bouteyre, Jean-Luc Despax. Elle a été publiée le 28 août 2019 dans le Journal of Autism and Developmental Disorders. L'objectif de l'étude était d'explorer les compétences émotionnelles que les mères d'enfants autistes développent à travers leurs interactions avec leur enfant, et comment elles utilisent ces compétences pour faire face aux défis de l'éducation d'un enfant autiste. Les participantes comprenaient 136 mères d'enfants autistes et 139 mères d'enfants non autistes, qui ont rempli des échelles d'intelligence émotionnelle, de résilience et de coping. Les auteurs ont constaté que les mères d'enfants autistes présentaient des capacités de résilience plus élevées par rapport aux mères d'enfants non autistes. Ils ont également identifié des différences dans l'utilisation des compétences émotionnelles entre les deux groupes. L'étude met en lumière l'importance d'explorer l'intelligence émotionnelle en tant que ressource pour les parents d'enfants autistes, et suggère qu'elle pourrait avoir des implications cliniques pour soutenir ces parents. (Manicacci, M., Bouteyre, E., & Despax, J.-L., 2019)

### **Étude 05 : Efficacité de la formation à la résilience sur la réduction du stress parental des mères d'enfants autistes :**

Cette étude réalisée par Rabieekenaree, Jadidian Solgi en date du 15 août 2015. Cette étude a suivi une méthode semi-expérimentale avec un pré-test et un post-test sur 26 mères d'enfants autistes référées aux maisons de santé de Téhéran, qui ont été assignées aléatoirement à des groupes expérimentaux et témoins. Le groupe expérimental a bénéficié d'une formation à la résilience comprenant 12 séances hebdomadaires. Les résultats ont démontré une réduction significative du niveau de stress parental chez les mères du groupe expérimental par rapport au groupe témoin. (Rabieekenaree; Jadidian; Solgi, 2015)

### **Étude 06: Mères soutenant des enfants atteints de troubles du spectre autistique :**

Une étude menée par Bromley, Hare, Kerry Davison en 2004 a examiné le soutien des mères d'enfants atteints de troubles du spectre autistique (TSA). L'étude a été réalisée auprès de 68 mères pour explorer les aspects du support social, de l'état de santé mentale et de la satisfaction à l'égard des services. Les résultats ont montré que plus de la moitié des mères présentaient un stress psychologique significatif, associé à un faible niveau de soutien familial et à des comportements difficiles de l'enfant avec un TSA. Les mères étaient plus susceptibles de signaler un faible soutien si elles étaient parentes isolées, vivaient dans des conditions de logement précaires, ou étaient la mère d'un garçon avec un TSA. (Bromely; Hare; Davison, 2004)

### **Étude 07 : l'espoir et la résilience des mères d'enfants du spectre autistique.**

La présente étude menée par Kawthar Zubair Malla et P. Taha, publiée le 9 novembre 2022, se penche sur le fardeau psychologique, l'espoir et la résilience des mères d'enfants du spectre autistique. Les résultats révèlent que les mères d'enfants autistes présentent des niveaux plus élevés de stress, d'anxiété et de dépression, ainsi que des niveaux plus bas d'espoir et de résilience par rapport aux mères d'enfants neurotypiques. L'étude comparée a été menée sur un échantillon de 195 mères d'enfants autistes et un groupe témoin de mères d'enfants neurotypiques de la province de Duhok en Irak. Les résultats indiquent que le fait de fréquenter un centre spécialisé et le statut de mère divorcée ont une corrélation significative avec le fardeau psychologique, l'espoir et la résilience. Ces conclusions soulignent l'importance de planifier des services de santé mentale adaptés aux besoins spécifiques des mères d'enfants autistes. (Kawthar Zubair Malla Tahar (2022)

### **Étude 08 : L'effet de la thérapie de l'espoir basée sur le groupe sur la résilience des mères d'enfants atteints du trouble du spectre de l'autisme.**

Réalisée par Salimi, Ababsi, Zaharakar (2017), cette recherche semi-expérimentale visait à examiner l'effet de la thérapie de groupe basée sur l'espoir sur la résilience des mères d'enfants atteints de trouble du spectre de l'autisme. L'échantillon de l'étude comprenait 30 mères d'enfants autistes, réparties en groupe expérimental et groupe témoin. Les chercheurs ont utilisé l'Échelle de résilience de Connor-Davidson pour mesurer la résilience des participantes. Les résultats ont montré une augmentation significative de la résilience des mères après leur participation à 8 séances de thérapie de groupe basée sur l'espoir, par rapport au groupe témoin. (Salimi, Ebrahimi, .., Zaharakar,2017).

### **Un commentaire sur les études :**

Les études examinées offrent une perspective profonde et détaillée sur la résilience, le bien-être et les défis rencontrés par les mères d'enfants atteints du Trouble du Spectre Autistique. Elles soulignent l'importance cruciale de la résilience, de l'intelligence émotionnelle, du soutien social et de la religiosité dans le rôle parental de ces femmes et leur bien-être psychologique. Ces recherches mettent en lumière la diversité des réponses et des stratégies d'adaptation des mères face aux défis uniques posés par l'autisme de leur enfant, tout en soulignant l'impact significatif des interventions ciblées sur la résilience et la santé mentale de ces mères. En fournissant des pistes pour mieux comprendre et soutenir ces femmes dans leur parcours parental, ces études contribuent de manière importante à l'amélioration des services de santé mentale et de soutien familial pour les familles touchées par l'autisme.

# Chapitre 01 :

## Trouble de spectre autistique

### **Plan :**

1. Aperçu historique de l'autisme ;
2. Les définitions de l'autisme ;
3. Les approches explicatives de l'autisme ;
4. Les signes et les symptômes de l'autisme ;
5. La classification de l'autisme et la prévalence de l'autisme ;
6. Les facteurs de risque de l'autisme ;
7. Diagnostique de l'autisme ;
8. L'évaluation d'autisme et les troubles associés à l'autisme ;
9. Diagnostic différentiel de l'autisme ;
10. La prise en charge de l'autisme ;

### **Synthèse**

### Préambule

L'autisme est l'un des troubles du développement graves et généralisés qui peut être détecté dans les trois premières années de la vie, où les enfants montrent une fermeture totale sur eux-mêmes et s'isolent de la société, tout en présentant des difficultés de communication et d'interaction sociale. C'est un trouble dont les causes restent inconnues malgré toutes les recherches menées à ce jour, et il n'affecte pas seulement l'enfant mais s'étend également à la mère en raison de son incapacité à communiquer et à se lier avec son enfant comme avec les autres enfants. Pour comprendre ce trouble, nous essayerons dans ce chapitre de le connaître en abordant son évolution, son concept, les causes qui peuvent y mener, les symptômes qui le caractérisent, ses différents types, ainsi que les problèmes qui y sont associés, et également en mentionnant la relation entre la mère et son enfant et en terminant ce chapitre par les méthodes de diagnostic de l'autisme et les approches thérapeutiques.

### 1. Aperçue historique de l'autisme

Le terme « autisme » ou « autismes » en allemand, issu du Grec « autos », qui signifie soi-même, fut employé pour la première fois par le psychiatre suisse Eugen Bleuler dans un article de 1911 pour décrire la symptomatologie schizophrénique chez des patients adultes (retrait social avec repli sur soi-même), il désigna ainsi ce repli sur soi par le terme « autisme ». Il a cependant fallu attendre trente ans pour qu'en 1943, Leo Kanner, médecin pédopsychiatre d'origine austro-hongroise, soit le premier à faire une description clinique de l'autisme basée sur l'observation de 11 enfants (8 garçons et 3 filles) âgés de 2 à 11 ans, il caractérisa ainsi l'autisme comme une « inaptitude des enfants à établir des relations normales avec les personnes et à réagir normalement aux situations », accompagnée d'un « trouble du contact affectif », et apparaissant dès le début de la vie (Kanner, 1943).

Leo Kanner met en cause l'attitude et la qualité des contacts des parents envers leurs enfants ; il parle de mères froides, de pères absents. Mais dès sa première publication, Kanner évoque des causes « innées » : « Nous devons, alors, supposer que ces enfants sont venus au monde avec une incapacité innée à former le contact affectif habituel avec les gens, tout comme d'autres enfants viennent dans le monde avec des handicaps physiques ou intellectuels innés » (Kanner, 1943).

A la même époque Hans Asperger décrit un syndrome voisin : « syndrome d'Asperger », terme utilisé pour les personnes autistes qui ont un meilleur niveau intellectuel, avec un langage bien développé (Asperger, 1944). Dans les années 50, Bruno Bettelheim, psychologue américain d'origine autrichienne, eut une forte influence sur la description de l'autisme en reprenant une constatation de Kanner celle de mères froides. Il reprit alors le terme de "mère réfrigérateur" pour expliquer l'autisme chez les enfants. En effet ces derniers recevraient un message de leurs parents, essentiellement provenant de leur mère, selon lequel tout le monde serait mieux sans eux (Bettelheim, 1967).

Ainsi d'après ces observations l'autisme ne serait pas "inné" comme l'avait décrit Kanner, mais serait la conséquence d'un manque d'interactions entre l'enfant et ses parents

Ce n'est qu'en 1968 qu'apparaît le terme « autisme » dans la seconde édition du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (American Psychiatric Association, 1968), il y est tout d'abord classifié comme une schizophrénie infantile et ce n'est que dans la 3ème version du DSM (American Psychiatric Association, 1980) que l'autisme est considéré comme une maladie à part entière et qu'il apparaît sous la dénomination « autisme infantile ». A la fin des années 70 Rutter et Folstein effectuent la première étude génétique sur 21 paires de jumeaux (11 monozygote et 10 dizygote) répondant aux critères du DSM pour un diagnostic d'autisme et démontrent une forte implication génétique dans l'étiologie de l'autisme (Folstein et Rutter, 1977).

### 2. Les définitions de l'autisme

Le terme « autisme » vient des grecques autos qui signifie « soi-même » a pour origine l'impression donnée par d'être complètement replié sur lui-même. L'autisme est défini comme trouble envahissant du développement par opposition aux autres troubles du développement qui touche surtout un aspect particulier du développement, les déficiences intellectuelles sont des troubles dans laquelle c'est la sphère du développement cognitif qui est le plus atteint. Dans les troubles septiques du développement c'est selon le cas le langage (dysphasie de développement, retard de langage ou de parole), la motricité (dyslexie de développement) ou l'apprentissage scolaire (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie) qui prouvent être affectés. Regrouper sous l'appellation « trouble envahissant du développement ». (Bertand, 2008, P.30).

« L'autisme et les troubles qui lui sont apparentés constituent un ensemble de syndromes regroupés dans la classification internationale des maladies (CIM10) sous les termes de « trouble envahissants du développement » (TSA).

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

D'après cette définition, on a saisi que l'autisme s'agit d'une sorte d'une polarisation de toute la vie mentale d'un sujet sur son monde intérieur, et perte de contacts avec le monde extérieur, dans ses formes moins caractérisées, des contacts sont encore possibles entre monde intérieur et monde

extérieur, mais le malade souffre de ne pouvoir extérioriser sa sensibilité dans des expressions adéquates, et d'autre part, le monde extérieur le blesse constamment, et l'oblige à se barricader dans sa tour d'ivoire.

**2.1. Selon L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) :** L'OMS définit l'autisme comme un trouble envahissant du développement (TSA) caractérisé par un développement anormal ou déficient manifesté avant l'âge de trois ans avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivant : Interaction sociale réciproque, communication, comportement ou caractère restreint ou répétitif. (Carbonneau et Rousseau, 2012).

**2.2. Selon la CIM 10 et DSM 5 :** Ces troubles se caractérisent par une altération globale des capacités de communication et des perturbations dans la relation avec les autres, des activités et des intérêts restreints et répétitifs avec les autres et souvent stéréotypés. En théorie, il n'existe pas de retard mental associé mais en réalité clinique le fonctionnement cognitif présente habituellement des particularités. Au plan psychologique les TSA se caractérisent par altération de l'organisation progressive de la personnalité avec la capacité d'adaptation à la réalité variable en fonction du niveau d'exigence sociale et du niveau d'anxiété de l'enfant. (Tardif & Gepner, 2003).

### 3. Les approches explicatives de l'autisme

L'autisme est un trouble neuro-développemental caractérisé par des difficultés dans les interactions sociales, des altérations de la communication et des comportements répétitifs. Plusieurs approches, telles que la psychanalyse, les approches cognitives et la neuropsychologie, tentent d'expliquer ce trouble complexe. Les professionnels recommandent une approche multidisciplinaire pour une prise en charge efficace de l'autisme.

#### 3.1 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 fonde une école spécialisée à Berneuil-sur-Mare, destinée à accueillir des enfants et des adolescents souffrant de troubles psychotiques, de retard mental et d'autisme. Cette institution, décrite comme une "institution éclatée", favorise les interactions constantes entre l'intérieur et l'extérieur, incluant des collaborations avec des artistes comme des peintres et des metteurs en scène pour encourager l'expression libre (Darras, 2015, p. 162).

Le traitement des personnes autistes en établissement reste un sujet complexe en Europe. Selon Houzel (2007), dans une publication pour le GERCPEA, la tendance actuelle dans les pays occidentaux est d'intégrer les enfants autistes dans le système scolaire, en mettant en place des programmes spécifiques

Les recherches de Margaret Mahler (1973) sur la psychose et l'autisme ont été menées en observant des bébés normaux dans une crèche où les enfants passent la journée avec leur mère. Cette approche a permis à Mahler de développer une théorie du développement psycho-affectif de l'enfant normal, qu'elle a ensuite appliquée à l'autisme. Mahler décrit plusieurs phases du développement normal et les associe à la pathologie autistique ainsi qu'à d'autres troubles du développement.

La première phase, dite phase d'autisme normal, se situe au cours des premières semaines de la vie du bébé, où le nourrissage et le sommeil sont les activités principales. Selon Mahler, le nourrisson est en symbiose avec le monde extérieur et n'est pas conscient de la séparation avec sa mère. Pour Mahler, le sein maternel et l'enfant ne font qu'un, ce qui peut mener à une fixation à ce stade.

La seconde phase, appelée phase symbiotique, se déroule avant l'âge de 10 mois et se caractérise par une dépendance totale à la mère. La relation mère-enfant est symbiotique, l'enfant perçoit sa mère comme toute-puissante et il n'y a pas encore de distinction entre lui-même et le monde extérieur. Une fixation à ce stade peut entraîner une psychose symbiotique (actuellement diagnostiquée comme autisme atypique).

La troisième phase, basée sur le processus de séparation-individuation à partir du 10ème mois, est marquée par un déplacement partiel de l'investissement de la mère vers la motricité, le langage et les fonctions du moi. C'est pendant cette période que l'enfant acquiert la notion de permanence de l'objet. (Darras, 2015, p. 163, 164)

### 3.2 L'approche cognitive :

L'approche cognitive se concentre sur les représentations mentales et les modèles intrapsychiques qui influencent les comportements observables. Selon ce modèle, plusieurs caractéristiques cognitives sont associées à l'autisme. Tout d'abord, les troubles perceptifs ont été étudiés dès les premières descriptions de Kanner en 1943, qui a mentionné des anomalies dans le regard des enfants autistes. Des recherches ultérieures ont mis en évidence des préférences des autistes pour certains types de stimuli auditifs et visuels, comme les fréquences élevées ou les stimulations clignotantes. En outre, des études ont montré des difficultés dans les conduites perceptives, comme une attitude de protection face à des objets présentés de front. En ce qui concerne les troubles d'intelligence, la majorité des personnes autistes sont considérées comme ayant une déficience intellectuelle, avec un QI inférieur à 52 pour la plupart d'entre elles selon de Myer (1981). Seulement un petit pourcentage à un QI supérieur à 85% (Baghdadli, 2011).

Les individus autistes ayant un QI supérieur à la moyenne constituent une exception, représentant un sous-type particulier du spectre autistique connu sous le nom de "syndrome d'Asperger". Ce syndrome se distingue par l'absence de retard cognitif, avec un quotient intellectuel généralement normal ou pouvant aller jusqu'à 16 sur l'échelle de Weschler, ainsi que par l'absence de retard de langage (Reynaud, 2017).

### 3.3 L'approche neuropsychologique :

Dans cette approche le DSM-5 reconnaît le trouble du spectre autistique comme un trouble d'origine neurobiologique et neuro-développemental, en parallèle d'autres troubles tels que le syndrome de Gilles de la Tourette. Cette reconnaissance repose sur plusieurs études qui ont mis en lumière l'implication et le rôle du dysfonctionnement cérébral dans le développement de l'autisme. En 2003, Attwood a défini l'autisme comme un trouble du développement résultant d'un dysfonctionnement des structures et des connexions cérébrales qui ne sont pas entièrement développées, en particulier celles liées à l'initiative, la motivation, la planification, la communication et les émotions. Le trouble du spectre autistique est souvent associé à des altérations du développement et du fonctionnement du langage oral, causées par des lésions cérébrales touchant l'hémisphère gauche responsable de la discrimination auditive de la parole. En d'autres termes, les perturbations langagières observées chez les autistes, telles que le mutisme et l'écholalie, sont généralement attribuées à des troubles de la compréhension orale. Le mutisme, présent chez près de 70% des personnes autistes, est également un symptôme clinique de l'aphasie motrice de Broca, témoignant d'une incapacité neuro

biologiquement prédisposée à discriminer les sons de la parole les uns des autres et à les distinguer des bruits ambiants. Les écholalies, quant à elles, sont liées à des lésions du faisceau arqué ou du gyrus supra marginal de l'hémisphère gauche, traduisant une répétition excessive de la parole entendue. En résumé, ces troubles langagiers chez les personnes autistes illustrent des difficultés importantes au niveau de la communication verbale, résultant de dysfonctionnements cérébraux spécifiques. (Atwood, 2003) L'autisme ; de la compréhension à l'intervention.

### 3.4 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. (Usuelli, 2018).

Cela commence dans les premières années de vie de l'enfant, quand les parents remarquent certaines caractéristiques étranges et essayent 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, 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, 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 en 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 essayent 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 model 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 ces différents mécanismes de défense et ses compétences (Bizet ; 2018)

### **4. Les signes et les symptômes de l'autisme :**

#### **4.1 Des comportements répétitifs et des routines rigides :**

- Intérêt inhabituel et trop prolongé pour les jeux de mains devant les yeux.
- Sensibilité particulière pour les rythmées non significantes. N'embrasse pas, ne met pas les bras autour du cou, rires ou colères sans raison. Auto-agressivité.
- Colère, opposition bizarreries du comportement. (Villard, 1984, p 50).
- Les objets sont utilisés de façon détournées ou stéréotypée, par exemple l'enfant fait tourner longuement les roues de la petite voiture près de son oreille au lieu de la faire rouler sur le sol. Il aligne inlassablement des jouets. (Lenoir, 2007, p12).

#### **4.2 Les défis dans les interactions sociales :**

- Absence de mimétisme affectif avec visage figé, ne répond pas aux stimulations.
- Absence d'intégration de ce qui est vu ou entendu entraînant : une absence de sourire, réponse ou peu de sourires discriminatifs, mais par contre, sourires aux -anges, sourires par hasard qui se prolongent normalement.
- Troubles du regard avec évitement : détourne son regard si on le regarde de près, regard absent, vide comme un aveugle, coups d'œil fugitifs, sur observation du détail (regard périphérique).
- Reconnaît probablement la voix de la mère, mais ne le manifeste pas, et ne l'interprète pas. Ne répond pas à l'appel de son nom. Pas de manifestation de joie à la vue des proches. (VILLARD ;1984, p 50, 52) Il ne joue pas avec les autres enfants.
- Il ne partage pas l'émotion avec autrui. Un manque de réactivité aux autres, ou d'intérêt pour eux. Il peut utiliser l'adulte comme un objet pour parvenir à ses besoins (prend la main de l'adulte sans le regarder pour ouvrir une porte par exemple). Communication. (Lenoir, 2007, p 11)

#### **4.3 Les difficultés de Communication :**

- Absence de langage ou langage n'ayant pas valeur de communication.

- Répète des mots sans signification (écholalie), mais n'utilise jamais à bon escient les petites phrases <<< au revoir, bravo ».

- Absence de compréhension des idées abstraites.

- Difficulté à imiter les expressions du visage ou gestes, comme montrer du doigt, applaudir ou saluer.

- Prosodie particulière (absence d'intonation appropriée). (VILLARD, 1984, p 50, 52). Le développement absence du langage, retard du langage.

- Syntaxe : inversion des pronoms (utilisation de << Tu » ou « II >> à la place de << Je >>). (Lenoir, 2007, p 12).

### 5. Classification des troubles autistique :

La classification des troubles autistiques, également connue sous le nom de troubles du spectre de l'autisme (TSA), a évolué au fil du temps, reflétant une compréhension plus nuancée de ces conditions. Initialement, diverses formes de troubles autistiques étaient considérées comme distinctes. Cependant, la tendance actuelle est de les regrouper sous un seul spectre, reconnaissant la continuité et la variabilité des symptômes.

**-Autisme infantile précoce** : Historiquement, ce terme a été utilisé par Leo Kanner pour décrire les enfants présentant des symptômes sévères d'autisme, notamment des déficits significatifs dans les interactions sociales et la communication, et des comportements répétitifs et stéréotypés.

**-Syndrome d'asperger** : Identifié par Hans Asperger, ce syndrome se caractérise par des difficultés dans les interactions sociales et des intérêts restreints ou des comportements répétitifs. Contrairement à l'autisme classique, le développement du langage et de l'intelligence n'est pas significativement retardé.

**-Trouble désintégrant de l'enfance** : Ce trouble, moins commun, implique une régression sévère dans plusieurs domaines de développement après plusieurs années de croissance normale. Il entraîne des pertes notables dans les compétences sociales, le langage et le jeu.

**-Trouble envahissant du développement non spécifié (TSA-NS)** : Cette catégorie a été utilisée pour les individus qui ne répondent pas pleinement aux critères des autres troubles autistiques, mais présentent tout de même des caractéristiques significatives du spectre. Avec la publication du DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition), ces distinctions ont été largement remplacées par un diagnostic unique de trouble du spectre de l'autisme. Cette

approche reconnaît la variabilité des symptômes et des niveaux de fonctionnement au sein du spectre, plutôt que de catégoriser les individus dans des sous-types distincts. Le diagnostic est maintenant basé sur deux domaines principaux : les déficits dans la communication et les interactions sociales, et les modèles de comportements, intérêts ou activités restreints et répétitifs. Cette classification unifiée vise à fournir une approche plus personnalisée et flexible dans l'évaluation et la prise en charge des personnes autistes, reconnaissant que chaque individu présente un mélange unique de défis et de compétences. Cette perspective aide à mieux cerner les besoins spécifiques de chaque personne sur le spectre et à adapter l'intervention en conséquence. (Chossy,2013, p.14)

### **6. La prévalence du trouble :**

#### **6.1 Au monde :**

L'état de connaissances établi par la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en Janvier 2010 quelques données sur l'autisme et les troubles envahissants du développement. La prévalence estimée des TED a été estimée en 2009 de 6 à 7 mille personnes de moins de 20 ans. Pour l'autisme infantile, elle est de 2 pour mille personnes de moins de 20 ans. Selon l'HAS (2010), on note une augmentation du nombre des personnes avec TED par rapport aux années 1960-1970, ce qui peut être expliqué par la modification des critères diagnostiques et l'amélioration du repérage par mes professionnels et le développement des services spécialisé pour évaluer et prendre en charge cette population. L'autisme infantile est 4 fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles, On estime 2 garçons pour une fille quand il y un retard mental modéré à sévère associé à l'autisme, et 6 garçons pour 1 fille dans l'autisme sans retard mental Etat de connaissance (HAS, 2010).

#### **6.2 En Algérie :**

Selon les dernières estimations du ministère de la Santé, en Algérie environ 80.000 enfants âgés entre 15 mois et 17 ans sont autistes, une pathologie méconnue du grand public et pourtant sa prévalence est estimée à 4 cas pour 1.000 naissances. Devenu un réel problème de santé publique, la plupart des enfants atteints de ce désordre neurologique ne bénéficient d'aucun suivi thérapeutique leur permettant d'envisager une scolarité normale, d'où la nécessité d'augmenter la capacité d'accueil en établissements spécialisés en pédopsychiatrie et de former le personnel qualifié pour le traitement de cette maladie par la diversification des méthodes de prise en charge et de dépistage précoce notamment. En Algérie les moyens mis à la disposition de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent sont limités, ils posent de nombreuses contraintes en termes d'infrastructures et de ressources humaines. Le parcours thérapeutique de ces enfants est chaotique et semé d'embûches, l'accès aux soins est rare ou même indisponible. Le personnel qualifié fait défaut, ce qui rend aussi la

formation de nouvelles équipes médico-psychologiques aléatoire. Pour une population de 36 millions d'habitants, nous disposons de trois structures en pédopsychiatrie avec une capacité globale de 150 places organisées en hôpital de jour auxquelles il faut ajouter une dizaine de consultations avec une vingtaine de « pédopsychiatres » formés grâce à l'aide de l'OMS et qui travaillent dans des conditions précaires (Taleb, 2010, p159).

### 7. Les facteurs de risque de l'autisme :

Les facteurs endogènes qui sont les facteurs génétiques et les facteurs exogène ou facteurs environnementaux.

#### 7.1 Les facteurs génétiques :

Les chercheurs en génétique ont été suggérés par Leo Kanner quand il a la question sur l'existence d'un problème génétique de l'autisme ayant pour conséquence un défaut relationnel entre l'enfant et la mère. Grace aux recherches sur les jumeaux (monozygote, dizygote) et les familles les chercheurs ont confirmé, en particulier, un déterminisme génétique, ces premiers arguments prouvant une quasi-certitude que les facteurs génétiques étaient les causes de l'autisme. En effet les chercheurs ont montré que pour les monozygotes lorsque l'un des enfants est atteint l'autisme l'autre risque à 70% d'être lui aussi un autiste et pour des dizygotes lorsque l'un est atteint d'autisme le risque pour l'autre est de 4% donc comme dans une fratrie sans jumeaux. Comme il existe d'autre arguments en faveur d'une attente génétique dans l'autisme associé à :

- Des pathologies chromosomiques comme le syndrome X fragile qui exprime le retard mental.
- La sclérose tubéreuse de Bournonville identifiée sur le plan génétique. D'autre études génétique regroupent de grandes données sur les familles ayant au moins deux enfants autistes sont actuellement en train d'identifier certains gènes candidat (certains de ces gènes localisés sur le chromosome 7.11.15.et X). La susceptibilité de ces gènes aurait subi une mutation spontanée ou induite par des facteurs indéterminés. (Boulekras, 2009, p15)

#### 7.2 Les facteurs environnementaux :

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

### 7.3 Les facteurs anti-conventionnels :

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

### 7.4 Les facteurs anténatals :

La contamination de la mère par des agents infectieux (virus rubéole ou cytomégalo virus) pendant la grossesse ; La survenue d'hémorragie utérines et de menace de fausse couche centrée sur le deuxième de la grossesse ; et la dépression maternelle pendant la grossesse et après la naissance.

### 7.5 Les facteurs périnatals :

L'état de la souffrance de nouveau-nés ayant entraîné une mise en couveuse ; et une prématurité ou une post-maturité. Ces deux facteurs semblent plus fréquents dans les antécédents d'un enfant autiste. Facteurs postnatals : Une infection postnatale par des virus de l'herpès de la rougeole ou des oreillons semble impliquée dans certains cas d'autisme, d'autre part une carence environnementale majeure sur les plans éducatif et affectif que certains enfants subissent. (Ould taleb, 2019, p52)

## 8. Diagnostic de l'autisme :

Diagnostic de l'autisme Il est important de détecter rapidement l'autisme chez l'enfant. Grâce au diagnostic précoce, les parents comprennent plus tôt pourquoi leur enfant présente un comportement si inhabituel et peuvent réagir plus vite et d'autant plus efficacement à la situation. Établir le diagnostic demande sensibilité, jugement et intuition.

Il n'y a pas de tests spécifiques pour l'autisme ; il n'y a pas de symptômes particuliers (rien n'est pathognomonique). Il n'est pas de symptôme absolu soit pour confirmer, soit pour infirmer le diagnostic. (Laxer, 1983, P.39). Le retard à l'établissement du diagnostic est généralement attribué à une sensibilisation insuffisante des praticiens aux symptômes très précoces de l'autisme et au fait que les examens de routine effectués durant les premières années de la vie évaluent à peu près uniquement le développement moteur, intellectuel et perceptif (qui peut apparaître normal dans l'autisme), mais n'apprécie pas les signes les plus fins, notamment ceux du registre de la communication.

Un nouveau-né comprend spontanément ce que sa mère exprime quand elle lui sourit, lui tend les bras et le câline.

Le message de tendresse est immédiatement reçu par l'enfant, par contre un bébé autiste ne manifeste aucun intérêt pour son environnement, ne cherche pas le regard. On remarque au cours des

trois premiers mois, trouble alimentaire le bébé autiste ne tète pas bien, s'alimente difficilement. On observe aussi des troubles de sommeil, des insomnies au cours desquelles il est agité, il garde les yeux ouverts, ne bouge pas ne dort pas.

Des troubles psychomoteurs très précoces ont été observés chez l'enfant autiste il peut rester dans son lit pendant longs moments, a regardé les objets qui l'entourent, mais sans saisir son ours en peluche pour jouer, ni aucun des objets que les enfants aiment habituellement à jouer. (Juhel, 2003, P.41).

Il est rare de nos jours de découvrir un autisme dans sa forme complète (retrait autistique, recherche d'immuabilité, stéréotypies, absence de langage), telle que Kanner l'avait décrite. Les progrès de la recherche clinique ont en effet conduit à repérer certains signes précoces, durant les deux premières années de vie, susceptible d'orienter le diagnostic.

La précocité du diagnostic permet en effet de mettre en place rapidement une prise en charge thérapeutique qui influencera la qualité de l'évolution.

### **9. L'évaluation de l'autisme :**

#### **9.1 L'évaluation clinique :**

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

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

- L'autisme infantile, dont le diagnostic repose sur les critères suivants. Apparition des troubles avant l'âge de 3 ans.
- altération qualitative des interactions sociales.
- altération qualitative de la communication et du langage.
- comportements, intérêts et activités restreints, stéréotypés et répétitifs.
- L'autisme atypique, qui diffère de la forme précédente par sa survenue plus tardive (après 3 ans).

- Le syndrome de Rett touche essentiellement les filles. Après un développement normal, il se manifeste par une phase de régression rapide avant l'âge de 3 ans. Perte de coordination manuelle, perte de la station debout, cerveau qui arrête de grossir.

- Le syndrome d'Asperger, se caractérise par des comportements stéréotypés et des anomalies dans l'interaction sociale. En revanche le développement cognitif et le langage sont d'un bon niveau.

### 9.2 L'examen médical :

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

Les examens propres à ces disciplines ont donné à l'autisme une dimension multidisciplinaire. (Lelord, 1991. p 59).

Le bilan doit être soigneux et réalisé par un spécialiste en pédiatrie, ORL, neurologie... Il recherche notamment : l'existence d'une anomalie neurologique.

- un déficit sensoriel (surdité, troubles visuels).

- l'existence d'une épilepsie.

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

### 9.3 Le bilan psychomoteur :

Il est également important à réaliser de manière précise, car il nous renseigne en particulier sur la manière dont l'enfant investit son corps. Par exemple, il peut révéler la méconnaissance, de la part de l'enfant, de certaines parties de son corps, comme les parties qu'il ne peut pas voir par l'absence de représentation mentale de celles-ci L'évaluation portera sur :

- le développement des acquisitions posturales et motrices.
- le comportement psychomoteur, notamment dans le domaine de la communication (Échelle d'évaluation du comportement psychomoteur). (Sauvage, 1991, p.162)

### 9.4 L'évaluation psychologique :

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

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

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

### 9.5 L'évaluation du langage :

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

L'examineur doit savoir que l'enfant ne comprend pas toujours lorsqu'on l'interpelle en lui demandant verbalement ou avec le geste de réaliser une tâche. Il ne peut pas associer deux modalités ; regarder et écouter en même temps. Les méthodes employées font une large place à l'observation du comportement et du langage spontané. Et à travers la production et les réponses de l'enfant produites par la manipulation d'objets et les jeux structurés. La vidéo est utile pour le recueil des signes qui échappent à l'observation directe.

Les moyens psychométriques sont utilisés lorsque le niveau de développement de l'enfant le permet, avec des tests adaptés aux enfants autistes. (Rondal, 1989, p.320).

### 10. Les troubles associés à l'autisme :

L'autisme est fréquemment associé à d'autres troubles, mentaux ou physiques, dont l'identification est importante. Ces troubles associés constituent un facteur qui va influencer l'évolution et la prise en charge.

**10.1 Le retard mental :** On estime à environ 75% la population autiste qui représente un retard mental, c'est-à-dire un quotient intellectuel inférieur à 70 selon les définitions des classifications. Autisme et retard mental ne sont pas exclusifs l'un de l'autre. Nombre d'enfants autistes ont un retard parfois important. Mais, d'une part, leur fonctionnement intellectuel est plus hétérogène et diffère de celui des enfants retardés du même niveau (retard simple), car les troubles ne concernent pas de façon équivalente les différentes fonctions psychologiques (mémorisation, catégorisation, abstraction.). D'autre part, chez les autistes, les troubles du contact et de la communication sont au premier lieu avec les comportements bizarres et stéréotypes. (Lenoir, 2007, p.14-15)

**10.2 L'épilepsie :** Environ un tiers des personnes autistes présente aussi une épilepsie. La recherche d'une épilepsie doit donc être systématique. Il existe de très nombreuses formes d'épilepsie. Plus ou moins spectaculaires, plus ou moins faciles à identifier, plus ou moins sévères. Par exemple, si les crises généralisées, avec une perte de connaissance, tremblements et perte d'urines sont faciles à reconnaître, il existe aussi des crises partielles qui peuvent s'exprimer par des mouvements répétitifs ou des troubles de comportement, sans perte de connaissance. Dans la majorité des cas, l'épilepsie apparaît soit dans la petite enfance, soit autour de l'adolescence. Mais des crises peuvent survenir à n'importe quel âge de la vie. L'identification de l'épilepsie est d'autant plus importante qu'elle débouche sur la mise en place de traitements adaptés. (Emmanuelle, 2008, p19)

**10.3 Problèmes moteurs :** Selon certains auteurs, environ 55% des personnes avec autismes ont des troubles de la motricité. Les enfants autistes utilisent leur corps d'une manière particulière caractérisée par des gestes qui peuvent être saccadés ou réalisés de façon inhabituelle (par exemple, les bras n'accompagnent pas les mouvements de jambes lors de la marche, ou le font sans être en rythme). Chez un tiers des personnes autistes, les troubles du tonus sont associés. Ils provoquent une trop grande rigidité du corps (hypertonie) ou, au contraire, un manque de stabilité et de relâchement musculaire généralisé donnant l'impression de manquer de force (hypotonie). L'autisme peut aussi être associé à des troubles spécifiques de la motricité : le trouble d'acquisition de la coordination (TAC, également appelé dyspraxie). Dans ce cas, l'apprentissage de nouveaux gestes est particulièrement

compliqué. L'exécution des mouvements quant à elle est perturbée par des difficultés de planification, de coordination et de précision (Hemptinne, 2017, p.12-13)

**10.4 Déficits sensoriels :** Les enfants avec autisme ont souvent, dès le plus jeune âge, des perceptions sensorielles particulières. Par exemple, en ce qui concerne le toucher, certains ne supportent pas de se découvrir alors qu'il fait chaud, tandis que certains autres ne supportent pas le contact avec le tissu même s'il fait froid. Sur le plan visuel, certains enfants sont fascinés par les rayons de soleil qui passent au travers d'une vitre, alors que d'autres peuvent être captivés par les objets tournants comme les toupies, le ballon, etc. Ces particularités sensorielles influencent tous les aspects du quotidien. Elles peuvent provoquer une grande détresse ou créer des intérêts particuliers, peu compréhensible par les proches. Les particularités sensorielles les plus fréquentes sont : - L'hypersensibilité L'hypo sensibilité -La recherche de sensation -L'évitement de sensation (Hemptinne, 2017, p.15-16)

**10.5 La mauvaise reconnaissance et expression des émotions :** Les enfants TSA et quelle que soit la sévérité de leurs troubles, rencontrent des difficultés pour reconnaître les émotions des autres. Naturellement, ses difficultés peuvent être plus au moins sévères. Une personne peut ne pas décoder les émotions de bases dites primaires (joie, peur, tristesse, colère), tandis que d'autres sont capables de décoder ces émotions. Les émotions complexes, par contre, sont presque toujours difficilement identifiées puisqu'elles regroupent plusieurs émotions primaires (par exemple la jalousie, ou le sentiment de culpabilité). La mauvaise compréhension des émotions dont souffrent les personnes autistes s'explique par leurs faibles compétences de langage non verbal de même par leur sens de détail particulièrement développé. Elles concentrent toutes leur énergie dans les éléments précis sans les mettre en liens avec le contenu du message verbal, la mélodie de la voix, l'expression du visage, la posture de leur interlocuteur. Les personnes neuro-typiques se basent préférentiellement sur l'analyse du regard, alors que les personnes TSA (atypiques) se concentrent sur la bouche qui est moins informative. L'expression des émotions est également une compétence complexe chez les TSA. En effet, certaines ne peuvent exprimer qu'un état neutre, d'autres parviennent à les exprimer mais souvent sur un état ou mode particulier : parfois, les émotions peuvent être exagérées ou caricaturées en raison d'un manque de régulation émotionnelle ainsi qu'une mauvaise perception des nuances. Certaines émotions sont facilement exprimées par les TSA. C'est notamment le cas de la colère, qui est régulièrement ressentie en raison des frustrations auxquelles ils sont fréquemment confrontés. Par ailleurs, les émotions positives sont plus souvent formulées en présence d'éléments inanimés (par exemple les objets ou les domaines qui les intéressent...), que lors des compliments, d'encouragements ou de n'importe quelle interaction sociale. (Hemptinne, 2017, P.26-27) Comme les enfants autistes ne

parviennent pas à exprimer leurs émotions et ce qu'ils ressentent, ils risquent de ne pas être compris par leur entourage et ces derniers pourront ne pas répondre à leurs besoins car ils leur apparaissent toujours flous. Cette incompréhension peut créer du stress, angoisse, colère, et isolement social pour les enfants TSA.

**10.6 Troubles de sommeil :** Les troubles de sommeil sont fréquents chez les enfants autistes. Ces troubles peuvent être causés par -L'angoisse et l'insécurité -Les effets secondaires des médicaments -L'épilepsie -L'hypersensibilité -Les malaises physiques (Clet-Bieth, E et al., 2008, P.104) Les troubles de sommeil peuvent constituer une gêne pour toute la famille de l'enfant autiste et qui va conduire à l'épuisement familial.

**10.7 Troubles de l'alimentation :** Les enfants autistes ont souvent des comportements inhabituels vis-à-vis la nourriture comme : -Des manifestations physiques se traduisant par des vomissements -Une incapacité à manger de la nourriture solide -Des conduites très sélectives -Le refus d'aliments inconnus, de certaines textures ou d'aliments de certaines couleurs, de plats supposant de mélange des différents aliments. - L'ingestion de substances non comestibles. (Clet-Bieth, 2008, P.102)

**10.8 Autres maladies ou syndromes :** De nombreuses maladies ont été citées pour leur association avec l'autisme. Cependant, la majorité d'entre elles sont rares. Il est difficile de dire si ces associations relèvent ou non du hasard. Toutefois, l'autisme est associé à une maladie organique bien identifiée dans 10 à 20% des cas et, pour certains d'entre eux, il est probable que l'autisme soit une conséquence directe de la maladie. C'est le cas de la sclérose tubéreuse de Bourneville, de la neurofibromatose et du syndrome de L'X fragile. (Emmanuelle, 2008, p19)

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

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

Parmi les causes possibles de l'autisme, un virus et/ou d'autres traumatismes peuvent se combiner avec une vulnérabilité génétiquement prédéterminée. Un exemple connu est celui de la poliomyélite

qui, pendant longtemps, a été considérée comme une maladie héréditaire avant la découverte des virus. Après cette découverte, on a trouvé que, si la population dans son ensemble était exposée au virus, seuls étaient atteints ceux qui avaient un manque de résistance génétiquement déterminé. Une situation semblable (une résistance atténuée) pourrait exister chez certaines familles qui, ainsi, auraient des enfants autistes.

Par conséquent, l'enfant génétiquement vulnérable aurait un cerveau lésé par un virus ou un manque d'oxygène pendant la grossesse, ou tout autre traumatisme, et deviendrait autiste, tandis que ses frères et sœurs, non vulnérables sur le plan génétique résisteraient à de tels traumatismes. On explore actuellement cette hypothèse qui paraît intéressante, en étudiant les facteurs sanguins des familles comptant deux ou plusieurs enfants autistes avec, en même temps, un autre enfant normal. (Gloria, 1983, P.34)

### 11. La prise en charge :

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

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

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

Le professeur évoque également la défaillance du système scolaire en la matière. Contrairement à d'autres pays plus avancés, le professeur précise qu'il n'y a pas des écoles spécialisées pouvant accueillir les enfants autistes pour les instruire. L'autisme nécessite une prise en charge « institutionnelle » précoce à long terme. (Ould Taleb, 2019).

### **Synthèse :**

Au terme de cette présentation théorique sur les troubles envahissants du développement, nous pouvons dire que ces troubles présentent un point qui les rassemble et qui est fait d'un noyau autistique marqué par des troubles du développement, de la communication et des interactions sociales, associés aux comportements stéréotypés et intérêts restreints. Le trouble du spectre autistique reste un handicap qui est subjugué de nos jours, il demeure ainsi un des plus grands problèmes scientifiques à l'heure actuelle. Il est défini comme un trouble de spectre autistique qui apparaît dès la première année de vie, avec des premières manifestations, qui se transforment en des symptômes clairs vers l'âge de deux ou trois ans, et parfois beaucoup plus tard. Ce trouble autistique envahit le quotidien de l'enfant et celui de tous les membres de sa famille, notamment les parents, et cela peut changer les habitudes et la dynamique de sa famille. Dans le chapitre suivant, nous allons aborder les caractéristiques de la famille, ainsi que leur dynamique familiale.

# Chapitre 02 :

# La Résilience

## **Plan :**

1. Définition de la résilience ;
- 2 .Historique de la résilience ;
3. La résilience selon différentes approches ;
4. Application clinique de la résilience ;
5. Les facteurs de la résilience ;
6. Les caractéristiques de processus mental résilient ;
7. Méthode d'évaluation de la résilience ;
8. Les limites de la résilience ;

## **Synthèse.**

### Préambule :

La résilience est un concept clé dans le contexte de la société moderne. Elle représente la capacité d'une personne à faire face et à se relever des difficultés et des épreuves rencontrées dans sa vie. Dans cette société marquée par des défis constants et une pression croissante, il est essentiel de comprendre et de développer cette capacité pour préserver et renforcer notre bien-être psychologique et émotionnel

### 1. La définition de la résilience :

Le terme de résilience fait référence aux compétences trouvées-crées par des individus pour faire face à des situations délétères : événements de vie traumatiques, accidents, maladies, handicaps, carences affectives graves, grande précarité, etc. La résilience peut concerner des sujets qui surmontent une situation d'adversité sévère ou bien qui récupèrent ou maintiennent leur intégrité psychique après un traumatisme. Le fonctionnement résilient s'édifie sur un jeu complexe de processus défensifs d'ordre intrapsychique et de facteurs de protection internes et externes. L'étude des processus de résilience constitue un modèle d'approche du sujet considéré dans sa globalité, avec ses ressources et ses processus défensifs autant que ses fragilités. Cet ouvrage met en perspective les évolutions théoriques de ce modèle au cours des décennies, depuis son émergence jusqu'à nos jours. L'auteur présente les différentes approches théoriques et cliniques, discute de ses apports, de ses limites et de ses applications pratiques.

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 entière, développer et construire, à partir de leur expérience traumatique, une vie pleine de sens, riche et positive (Angle. 2010, p,496)

La résilience est un sujet d'une importance cruciale dans le contexte actuel de la psychologie et des sciences sociales. En effet, elle désigne la capacité de l'individu à s'adapter et à surmonter des situations adverses, qu'elles soient d'ordre biologique, psychologique ou sociologique. Cette capacité repose sur le développement de compétences liées à des ressources internes, telles que la force mentale et la résolution de problèmes, ainsi que des ressources externes, comme le soutien social et affectif, qui favorisent la construction d'une santé mentale solide et une intégration réussie dans la société. En mettant l'accent sur ces atouts, la résilience devient un pilier essentiel pour comprendre et promouvoir le bien-être psychologique et social des individus. (Anaut.M.2005.p 33)

Psychologiquement parlant, la résilience consiste à surmonter les facteurs susceptibles de conduire à un dysfonctionnement mental et à s'adapter de façon positive après un événement traumatisant.

La résilience d'après P. Valéry peut être comprise comme la capacité à surmonter les épreuves et les difficultés grâce à la force de caractère, à la résistance mentale et à la capacité d'adaptation. Pour Valéry, la résilience est un processus dynamique qui permet à l'individu de rebondir après un traumatisme ou une adversité, et de trouver un nouvel équilibre malgré les obstacles. Cela implique une transformation profonde de soi-même et une capacité à s'adapter à des changements inattendus. Ainsi, la résilience selon Valéry est un concept fondamental pour la compréhension de la capacité humaine à faire face aux défis de la vie.

Chandler propose que la résilience soit définie comme étant la capacité d'une personne à surmonter des situations difficiles, à rebondir après des épreuves et à s'adapter de manière positive face à l'adversité. Cela implique de développer des compétences personnelles, émotionnelles et relationnelles pour faire face aux défis et pour se reconstruire après des expériences traumatisantes. (Rutter, 2012, p 355-344)

### **2. L'histoire du concept de résilience :**

Le terme de résilience était utilisé avant 1984. Dans les années 1980 c'est plutôt le concept de vulnérabilité qui domine (Cyrulnik, 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 fondements théoriques.)

La résilience est un terme français qui vient du latin résilient, et il est généralement utilisé en physique des matériaux pour décrire la capacité d'un matériau à résister à des chocs élevés et à absorber l'énergie cinétique sans se rompre (dictionnaire Robert). Dans le domaine de la métallurgie, la résilience se réfère à la capacité des matériaux à retrouver leur état initial après un choc ou une pression continue, combinant à la fois élasticité et fragilité. En informatique, la résilience concerne la capacité d'un système à continuer à fonctionner malgré des anomalies liées à des défauts dans ses éléments constitutifs.

Le terme "résilience" a donc une origine qui signifie littéralement "sauter en arrière, se rétracter ou rejaillir". Ainsi, la résilience implique la fin d'un engagement, d'une promesse ou d'un contrat, mais aussi un processus de renaissance. Elle ne se limite pas à une simple capacité de résistance qui pourrait laisser penser à une rigidité, mais évoque plutôt des qualités de flexibilité et d'adaptation. Il ne s'agit pas d'être invulnérable et rigide, mais plutôt flexible et adaptable. En effet, selon Anthony et ses collègues (1982), une résistance au choc pouvant entraîner la paralysie du sujet et une rigidité n'est pas compatible avec la souplesse nécessaire à la résilience.

En physique des matériaux, selon l'encyclopédie Universalis, la résilience, qui est l'un des facteurs de qualité de l'acier, peut varier brusquement de part et d'autre d'une certaine température appelée température de transition. Si l'on fait une analogie avec l'être humain, on pourrait considérer que chacun de nous possède une capacité différente à résister aux pressions, c'est-à-dire sa résilience, pouvant varier brusquement en intensité en fonction des circonstances, semblable à la température de transition. Ainsi, un même individu pourrait parfois être vulnérable et parfois résilient selon les situations. La vulnérabilité d'une personne pourrait se transformer en résilience lors d'un événement significatif pour elle, ou grâce à une rencontre marquante. Cette hypothèse trouve des correspondances dans certaines recherches sur la résilience, notamment celles qui explorent les effets du réseau social et affectif, ainsi que le soutien des figures aidantes. (Anaut M, 2015, pp 44-45).

D'après Manciaux et al. (2001), la résilience est un potentiel présent en chacun de nous, mais son développement varie en fonction des différentes étapes du développement psychologique de la vie et des circonstances environnementales. Ainsi, les ressources et les attentes liées à la résilience peuvent être activées spontanément par l'individu lui-même ou bien bénéficier d'une stimulation et d'un accompagnement extérieur.

### **3. Les différentes approches de la résilience :**

#### **3.1 Approche psycho-dynamique de la résilience :**

La résilience est fortement liée à l'expérience traumatique. Il est donc impossible d'aborder la résilience sans mentionner l'événement traumatique et les dangers physiques et psychiques auxquels l'individu a été confronté.

En psychanalyse, le traumatisme est défini comme un événement violent et soudain qui entraîne un afflux d'excitations suffisant pour dépasser les mécanismes de défense habituellement efficaces. En d'autres termes, l'événement traumatique ou la situation pathogène perturbent le sujet, entraînant un dysfonctionnement du Moi.

Ce dysfonctionnement peut engendrer un conflit interne qui affaiblit la force du Moi et l'empêche de mettre en place des mesures défensives appropriées face à cette perturbation émotionnelle. Cependant, les individus résilients parviennent souvent à trouver des moyens de surmonter l'événement traumatique.

Ainsi, le processus de résilience chez un individu se divise généralement en deux phases principales :

### **3.1.1 La première phase de résilience :**

Consiste à utiliser des mécanismes de défense d'urgence pour atténuer l'impact de l'événement traumatique. Cela peut inclure le déni, la répression des émotions, le déplacement, le passage à l'acte ou la mise en place de mécanismes imaginaires.

### **3.1.2 La deuxième phase de résilience :**

La seconde phase de résilience implique une confrontation directe avec le traumatisme afin de réparer l'impact du trauma sur les fonctions essentielles du Moi. Cela peut se traduire par l'abandon des mécanismes de défense d'urgence au profit de mécanismes défensifs plus adaptés et matures.

Par exemple, remplacer le déni par l'altruisme. Dans la théorie psychanalytique de Freud, le traumatisme occupe une place primordiale pour expliquer l'étiologie des névroses. Dans sa première théorie des névroses, Freud considérait le traumatisme comme étant le résultat d'expériences douloureuses vécues pendant l'enfance. Ces expériences provoquaient une excitation si intense que les moyens psychiques normaux ne pouvaient pas la contenir, entraînant ainsi l'apparition de troubles psychiques.

Par la suite, cette théorie a évolué pour considérer que les conflits internes liés aux pulsions et les événements externes pouvaient être à l'origine du traumatisme psychique. (Theis, 2006, p 42).

### **3.2 Approche transversale de la résilience :**

L'approche transversale offre une vision globale du processus de résilience en combinant les perspectives du développement et de la psychosocial.

Galligan (1997), le fondateur de ce courant, souligne trois processus clés qui déterminent la résilience chez un individu, à savoir :

**3.2.1 Le sentiment d'avoir une base de sécurité interne :** Ce concept est lié à celui de l'attachement développé par John Bowlby, ainsi qu'au sentiment d'appartenance à un réseau social et relationnel.

Ce sentiment de sécurité et d'appartenance se construit au cours du développement de l'enfant avec ses parents, qui lui transmettent des paramètres favorisant un fonctionnement résilient à l'âge adulte face aux situations menaçantes.

**3.2.2 L'estime de soi (ou auto-estime) :** Il s'agit du sentiment de sa propre valeur, de ses qualités aux yeux de soi-même et des autres. C'est également l'image que l'individu a de lui-même et de ses compétences, dont les bases sont établies dès les premières relations de l'enfant avec ses parents, ce qui correspond au concept de "narcissisme".

Selon Rutter (1985), les expériences les plus influentes pour favoriser un développement positif de l'estime de soi sont :

- Des relations amicales et amoureuses sécurisantes et harmonieuses.
- Le succès dans la réalisation de tâches considérées comme importantes par l'individu et en accord avec ses centres d'intérêt.

**3.2.3 Le sentiment de sa propre efficacité :** Selon Marie Annaut (2008), la parentalité, entendue comme les modes relationnels et éducatifs des parents, façonne le développement de l'enfant dès son plus jeune âge.

Les parents ont une influence sur la conscience de l'enfant, et doivent répondre constamment à ses besoins pour favoriser son autonomie et son efficacité.

Ainsi, les parents peuvent encourager l'enfant à accomplir des tâches de manière autonome et efficace, ou au contraire, le maintenir dans l'idée qu'il a toujours besoin d'aide pour réussir. (Marie Annaut. 2008)

#### **4. Application clinique de la résilience :**

Le modèle de la résilience suppose une perspective nouvelle de prises en charges des jeunes et de des familles dites pudiquement en difficultés. Il encourage les intervenants, psychologues, travailleurs sociaux, mais aussi soignants, éducateurs et enseignants, à apprendre en compte 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 sujets. (Anaut, 2003, p, 74).

Le rôle de la psychologie est d'explorer ces domaines et de découvrir les possibilités du patient. Selon l'approche de la cognition, créative, la créativité est un phénomène qui provient de l'application des processus cognitifs. Les chercheurs récents ont démontré que les talents exceptionnels sont plutôt l'étude des pathologies, les faiblesses, les dégâts, c'est aussi l'étude des forces et des vertus. (Mehrani, 2006, p, 211).

Les applications cliniques des théories de la résilience concernent :

- Les prises en charges individuelles ou groupales (familles-communautés) des sujets en souffrance.
- L'utilisation du modèle de la résilience dans le champ de la prévention.

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 :

- Les comportements
- L'environnement relationnel.
- L'individu (intrapsychique, personnalité).(Anaut 2003, p, 75).

### 5. Les facteurs de la résilience :

#### 5.1 Les facteurs de risque liés à l'environnement externe :

- Une perturbation de la situation familiale.
- Présence de troubles psychiatriques ou de comportements addictifs chez les parents.
- Pratiques éducatives incohérentes.
- Décès d'un ou des deux parents.
- Séparation prolongée avec le "caregiver" (la personne qui prend soin de l'enfant durant les premières années de sa vie). - Parent isolé (absence du père ou de la mère).
- Conflits familiaux chroniques.
- Violences familiales (maltraitance physique et/ou psychologique, inceste).
- Divorce ou séparation des parents (associé à des désaccords familiaux).
- Maladie parentale chronique.

- Présence d'un membre de la fratrie handicapé.
- Placement en famille d'accueil ou dans une institution spécialisée.
- Des facteurs socio-environnementaux.
- Chômage des parents. Pauvreté ou situation socio-économique précaire.
- Logements précaires (bidonvilles, squats...).
- Des menaces vitales pour l'enfant - Guerre.
- Exposition directe à un attentat.
- Catastrophes naturelles.
- Placement forcé. (Anaut. M, 2005, p 40.)

### **5.1.1 Les facteurs de risques liés à l'accessibilité aux services et Aux ressources pour les enfants autistes :**

**a. Manque de services spécialisés :** Les mamans peuvent faire face à des difficultés pour trouver des services spécialisés en autisme, tels que des professionnels formés à la prise en charge des enfants autistes, des programmes éducatifs adaptés, des services de réadaptation, etc.

**b. Barrières financières :** Les coûts élevés des services et des interventions peuvent constituer un obstacle majeur pour les mamans, surtout si elles ne bénéficient pas d'une couverture d'assurance adéquate ou de soutien financier.

**c. Temps d'attente prolongé :** Les listes d'attente pour accéder à des services et des ressources spécialisées en autisme peuvent être longues, ce qui peut entraîner des retards dans la prise en charge de l'enfant et augmenter le stress des mamans.

**d. Isolement géographique :** Les mamans vivant dans des zones rurales ou éloignées peuvent avoir un accès limité aux services spécialisés en autisme, ce qui peut compliquer davantage la prise en charge de leur enfant.

**e. Manque de soutien social :** Le manque de soutien familial, d'amis ou de communauté peut également rendre plus difficile pour les mamans de faire face aux défis liés à l'autisme de leur enfant.

**5.2 Les facteurs de protection de la résilience :**

Lorsque nous examinons le cadre de la résilience, il est généralement admis que les facteurs de protection jouent un rôle crucial en atténuant l'impact négatif de l'adversité sur l'adaptation en favorisant la stabilité fonctionnelle ou en permettant un changement positif. Selon Michael Rutter (1990), ces facteurs de protection agissent en modifiant la perception des situations à risque afin de limiter les effets négatifs potentiels et les réactions en chaîne. Les facteurs de protection opérants contribuent ainsi à minimiser les conséquences de l'adversité sur l'adaptation des individus, agissant comme un dispositif de sécurité similaire à un airbag lors d'un accident (Doughertywright, 2013).

Différents chercheurs se sont intéressés aux facteurs de protection favorisant la résilience chez les individus. Parmi les ressources protectrices internes évoquées par Emmy Werner figurent la capacité à résoudre des problèmes, la connaissance de soi, l'autonomie, l'estime de soi, la confiance, l'altruisme, la sociabilité et la capacité à trouver du soutien dans l'entourage, familial ou extra-familial. Les ressources environnementales telles que des relations familiales chaleureuses, un soutien familial solide et une communication efficace entre parents et enfants, ainsi que des soutiens externes tels que les enseignants ou les amis, ont également un rôle crucial dans la résilience individuelle (Anaut M, 2015).

Norman Garnezy (1991) a identifié, à partir de ses observations auprès de familles défavorisées, trois domaines clés de facteurs de protection essentiels pour soutenir le ressort psychologique de la résilience. Ces domaines incluent les facteurs individuels tels que le tempérament, la réflexion et les aptitudes cognitives, les facteurs familiaux tels que la chaleur humaine, la cohésion familiale et l'intérêt des parents ou des principaux dispensateurs de soins, ainsi que les facteurs de soutien social tels que les enseignants bienveillants, les travailleurs sociaux ou les organismes de services sociaux. Selon Michael Rutter, ces piliers de protection contribuent à renforcer l'estime de soi, le sentiment d'auto-efficacité et offrent de nouvelles opportunités pour les individus. (Anaut M.2015.p.65 66)

**6. Les caractéristiques de processus mental résilient :**

Selon Michael Rutter (1985 ; 1996) se déclinent en trois aspects principaux. Les personnes qui développent un comportement de résilience face à des conditions psychosociales défavorables mettent en place des comportements qui font appel à des modes de fonctionnement spécifiques, notamment en s'appuyant sur des mécanismes d'élaboration de la pensée. Selon Rutter, la personne résiliente concilie trois caractéristiques mentales : la conscience de son auto-estime, celle de son efficacité et dispose d'un répertoire d'expériences réussies.

**6.1. La conscience de son auto-estime et du sentiment de soi :** Il est crucial pour devenir résilient d'avoir une bonne estime de soi. L'estime de soi se définit comme l'image que l'individu a de lui-même, manifestée à travers ses attitudes et opinions dans ses interactions avec le monde extérieur. Cette disposition mentale prépare l'individu à réagir en fonction de ses attentes de réussite, son acceptation de soi et sa détermination personnelle. L'estime de soi peut être influencée par les événements de la vie, les expériences individuelles et les succès ou échecs vécus. Elle évolue tout au long de la vie, mais l'amour de soi permet à l'individu de se reconstruire après un échec ou face à l'adversité.

**6.2. La conscience de son efficacité ou sentiment d'auto-efficacité :** Il s'agit de la croyance et de la confiance en sa capacité à réaliser des actions suscitant le succès. Ce sentiment d'auto-efficacité, analysé par Albert Bandura (2007), impacte la motivation des individus. Il permet d'anticiper les projets et renvoie à la conviction de posséder les capacités nécessaires pour faire face aux défis et gérer le stress. L'individu résilient tend à percevoir les aspects positifs des épreuves et à avoir confiance en ses capacités pour résoudre les problèmes.

**6.3. Un répertoire d'approches de résolution sociale :** Les individus résilients s'appuient sur des expériences de résolution des difficultés, reposant sur des compétences personnelles, familiales ou de leur entourage proche. Ces expériences de succès ou quasi-succès augmentent la souplesse adaptative de l'individu en offrant une gamme variée de possibilités. Ces trois caractéristiques sont intimement liées dans le fonctionnement du sujet résilient, soulignant l'importance des ressources internes et environnementales dans le processus de résilience. (Anaut, M. 2015. P73).

### 7. 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. Les médiations peuvent être très variables et dépendant des choix de chercheurs et cliniciens en fonction de leur appartenance théorique.

Voici donc quelques repères dans les méthodes employées pour explorer la résilience : Parmi les critères les plus souvent retenus par les chercheurs nous pouvons citer les échelles qui permettent d'évaluer :

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

- La symptomatologie clinique. (Anaut, 2005, p, 60).

Les méthodes d'évaluation prennent en compte un u 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 construites 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 relevant de l'utilisation de tests psychologiques ou d'échelles de comportements.

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). (Anaut, 2005, p61-62).

Nous pouvons ainsi remarquer 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 de la structure psychique, commence à être préconisée mais reste encore plus utilisée dans l'approche de la résilience. (De Tychey,2001) préconise notamment l'emploi du test du Rorschach pour accéder aux processus intrapsychiques des sujets résilients.

### **8. Les limites de la résilience :**

Le modèle de la résilience offre l'avantage de concilier différentes approches et différents domaines qui concernent à mettre en évidence les potentiels et les modes de protection, d'un individu face à l'adversité.

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 chercheurs considèrent que la qualité de la résilience s'appuie sur les expériences relationnelles et les

possibilités de nouer les liens, ce qui lui confère un caractère variable selon les individus et chez un individu.

Boris Cyrulnik (1999) s'inscrit, quant à lui, dans la prise en compte de l'histoire du sujet en affirmant : « ce qui détermine la qualité de la résilience et la qualité du lien qui a pu se tisser avant le trauma et tout de suite après ». (Anaut, 2005, p,78).

Michael Rutter (1994) précise deux aspects de la résilience. Tout abord, il explique que si une personne est résiliente elle ne l'est pas dans tous les domaines ni face à toutes les adversités. Ainsi, peut-on être résilient dans certaines situations et très fragile dans d'autres. Ensuite la résilience n'est pas une force innée il s'agit d'un processus dynamique nettement sous-tendu par la présence de facteurs de protection permettant au sujet de réagir face à l'adversité et de conserver une bonne santé mentale.

Michael Rutter et Norman Garnezy (1996) soulignent que l'accumulation des facteurs de stress peut avoir un effet multiplicateur, et non pas seulement additionnel et que cela peut se traduire par des états de stress important pouvant conduire à des ruptures de résilience, lorsque la résilience avait été constatée dans un premier temps. (Bouteyre, 2004, p, 103).

### **Synthèse :**

Après avoir tout un chapitre sur la résilience nous pouvons dire que La résilience est la capacité à faire face et à surmonter les difficultés, les épreuves et les traumatismes, en développant des mécanismes d'adaptation et de rebondissement. C'est la capacité à reprendre le contrôle après un événement traumatisant et à se reconstruire

# Chapitre 03 :

## La méthodologie de recherche

### **Plan :**

1. Méthode utilisée dans la recherche ;
2. Lieu de la recherche ;
3. La pré-enquête ;
4. Les critères de sélection ;
5. Population d'étude ;
6. Les outils de recherche ;
7. Définitions et application de l'échelle ;
8. L'enquête ;
9. Difficultés rencontrées ;

**Synthèse.**

### Préambule :

Après avoir abordé les aspects théoriques de notre recherche dans les deux chapitres précédents, nous passerons maintenant à la mise en pratique de notre méthodologie de recherche. La recherche scientifique implique une série d'activités et d'expériences menées dans un cadre scientifique, suivant une démarche spécifique et une méthodologie précise, avec l'utilisation d'outils et d'instruments variés tout au long du processus de recherche sur le terrain. Cette approche vise à expliquer le déroulement de la recherche, à orienter et organiser le travail de manière objective, et à vérifier les hypothèses de la problématique de recherche. Dans ce chapitre, nous présenterons donc la méthodologie adoptée. Nous commencerons par exposer la méthode utilisée, puis aborderons le lieu de l'étude, ainsi que les outils de recherche que nous avons employés pour évaluer la résilience des parents d'enfants autistes. Enfin, nous décrirons le déroulement de la pré-enquête, avant de conclure ce chapitre par une synthèse des points essentiels abordés.

### 1. Méthode de recherche :

La méthode de recherche qui semble la plus appropriée pour notre étude est la méthode descriptive. Cette méthode vise à décrire les phénomènes tels qu'ils existent plutôt que de manipuler des variables pour tester les causes et les effets. Il s'agit donc de donner une représentation fidèle des données recueillies lors des entretiens avec les mamans d'enfants autiste dans le cadre de notre étude sur la résilience. (Paillé ; 2006.p.5)

Nous nous appuyons sur une approche descriptive dans notre étude. Cette approche permet de donner du sens au-delà de l'observation, de la description, de l'interprétation et de l'appréciation du contexte du phénomène étudié. Les techniques de recherche qualitatives utilisées dans cette approche, telles que les études de cas et les entretiens non-structurés, nous permettront d'explorer en profondeur le processus de résilience des parents dans cette situation spécifique. (Edi Kodjo Maurille Agoboli.2014)

### 1.2 Etude de cas :

L'étude de cas est une méthode de recherche qualitative qui permet une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe dans un environnement spécifique. Cette approche met l'accent sur la compréhension des interactions et des dynamiques au sein de cet environnement particulier. Elle permet de recueillir des données variées et de saisir la complexité d'un problème étudié. L'étude de cas est souvent utilisée en psychologie clinique et a été pratiquée par les premiers psychologues. Elle s'avère particulièrement utile pour des recherches où une approche plus globale et détaillée est nécessaire.

"L'analyse de cas est une technique descriptive qui implique une observation détaillée d'un individu ou d'un groupe. C'est une méthode fondamentale dans la pratique clinique, souvent utilisée et référencée par les cliniciens, et qui trouve ses racines chez les premiers psychologues (K. Chahraoui, 2003, p. 124).

### 2. Le lieu de recherche :

Nous avons effectué notre travail au sein d'un service de la pédopsychiatrie et des unités formées au niveau de l'établissement hospitalière « hôpital psychiatrique commune d'oued ghir » à Bejaia.

Ce centre est organisé en trois services : la psychiatrie de l'adulte, la pédopsychiatrie et la pharmacie. Notre recherche s'est concentrée sur la pédopsychiatrie, qui comprend deux unités : l'hôpital de jour, l'urgence et l'examen.

L'équipe est composée de 10 membres, parmi lesquels des psychologues et des orthophonistes. Le département s'étend sur l'accueil et l'orientation à l'entrée : on trouve une salle d'attente homme et une salle d'attente femme, 2 salles de consultation de pédopsychiatrie, 2 salles de consultation d'orthophonie, une salle d'habilitation sociale, une salle de réunion, et une cuisine. Tandis que le 1<sup>er</sup> étage consiste d'une salle d'ergothérapie elle fait le contact avec l'enfant, salle de stimulation : les activités, salle de PEP 3.

Leur mission principale du service de la pédopsychiatrie est de prendre en charge les enfants autistes en appliquant le programme éducatif personnalisé (PEP) et en organisant des journées de sensibilisation sur l'autisme pour aider les personnes, en particulier les familles, à mieux comprendre cette condition et à y faire face.

### 3. La pré-enquête :

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

La pré-enquête est une étape indispensable dans chaque travail de recherche scientifique, elle permet au chercheur de prendre contact avec le terrain, à fin d'y répondre à certains questionnements de sa recherche.

Notre recherche s'est pratiquée au sein de l'hôpital psychiatrique d'oued ghir à Bejaia, Nous nous sommes présentés au début du mois de février en tant qu'étudiantes en psychologie clinique.

Nous avons été initialement accueillies par le coordinateur Monsieur Hamed Rahim, à qui nous avons soumis notre demande. Après avoir exposé nos intentions, il a généreusement accepté de nous aider.

Après avoir obtenu l'accord du directeur et signé la lettre d'envoi fournie par le département, nous avons commencé notre pré-enquête, qui a duré environ un mois.

Pendant la première journée de notre pré-enquête, la psychologue nous a introduits au centre et nous a aidés à nous familiariser avec les installations. Elle nous a également donné un aperçu du trouble autistique, en décrivant les défis auxquels sont confrontés les psychologues et les orthophonistes dans leur travail avec ces enfants, ainsi que la complexité de ce trouble. De plus, elle nous a présenté plusieurs enfants autistes, en nous expliquant leurs situations individuelles, leurs relations avec leurs parents et leur contexte familial.

Au cours de la pré-enquête, nous avons été orientés dans le choix de nos cas par l'aide de la psychologue, nous avons constitué notre groupe de recherche. Nous avons obtenu l'accord des participants qui ont accepté de fournir des informations essentielles à notre étude, grâce à des guides d'entretien. Nous avons aussi utilisé une échelle de résilience de Wagnild et Young pour mener des entretiens semi-directifs.

#### **4. Les critères d'inclusion et d'exclusion :**

##### **4.1 Les critères d'inclusion :**

- Nous avons pris en compte des enfants présentant divers types d'autisme, en nous focalisant principalement sur leurs mères plutôt que sur le type de trouble.
- Etre mère d'un enfant diagnostiqué avec un trouble du spectre autistique.
- Notre étude s'est concentrée sur des enfants âgés de 6 à 13 ans, car nous avons travaillé avec des mères ayant des enfants autistes dans cette tranche d'âge.
- Des mères se sont montrées disposées à coopérer à notre recherche.

##### **4.2 Critères d'exclusion :**

- Nous avons exclu les sujets qui n'ont pas de mères, étant donné que notre étude s'est concentrée sur les mamans, ou qui sont accompagné avec leur père.
- Absence de diagnostic formel de TSA pour l'enfant.

-Refus de participation.

### 5. Population d'étude :

Dans notre recherche des cas qu'on effectuer est constitué des mamans d'enfant autiste aux centre psychiatre a oued ghir EHS, Notre groupe de recherche est composé de six mamans. Dont on a déterminé l'âge des enfants entre 6ans 13ans.

**Tableau n°1 : les caractéristiques de groupe de recherche :**

| Les cas | Age   | Niveau d'instruction | Situation professionnelle | Situation familiale | L'âge de l'enfant, autiste |
|---------|-------|----------------------|---------------------------|---------------------|----------------------------|
| Nabila  | 39ans | Illettrés            | Femmeaufoyer              | Divorcé             | 6ans                       |
| Fatiha  | 45ans | Illettrés            | Femmeaufoyer              | Mariée              | 13ans                      |
| Sonia   | 35ans | Illettrés            | Femmeaufoyer              | Mariée              | 8ans                       |
| Karima  | 30ans | Illettrés            | Femmeaufoyer              | Mariée              | 6ans                       |
| Hayet   | 38ans | Terminal             | AVS                       | Mariée              | 10ans                      |
| Daouia  | 48ans | Illettrés            | Femmeaufoyer              | Mariée              | 12ans                      |

### 6. Les outils de la recherche :

Dans ce qui suit nous allons présenter les outils que nous avant appliqués dans notre travail de recherche.

#### 6.1 L'entretien de recherche :

L'entretien de recherche est recommandé lorsque l'on souhaite étudier la dimension qualitative, singulière et originale d'un problème donné, en se focalisant sur la manière spécifique dont un individu vit ce problème. En revanche, si l'objectif est de rendre compte de la représentativité d'une population ou d'un large groupe, il est préférable d'utiliser des méthodes plus standardisées telles que le questionnaire ou l'entretien structuré ou semi-structuré. L'entretien peut être défini comme une conversation ou un échange verbal avec une ou plusieurs personnes, où des opinions, attitudes et comportements sont explorés. Dans un contexte scientifique, l'entretien est une méthode d'investigation organisée et planifiée, visant à recueillir des informations sur les pensées, attitudes et comportements des individus. Cette approche est largement utilisée dans divers domaines de la psychologie, notamment en psychologie clinique, pour accéder aux représentations, émotions et expériences des participants. L'entretien de recherche peut être directif, non directif ou semi-directif, et le choix se fait en fonction des objectifs de l'étude. (Amy.Piola.2005).

Dans notre cas, nous avons opté pour l'entretien semi-directif, permettant des questionnements précis tout en laissant place à l'expression libre du participant. Cette approche nous a permis d'explorer en profondeur la résilience des mamans d'enfants atteints de troubles du spectre autistique, en se basant sur leur vécu psychologique et leurs expériences personnelles.

### **6.2 L'entretien semi-directif :**

Dans l'entretien clinique, il en existe trois types : l'entretien directif, non directif et en dernier l'entretien semi-directif (Chahraoui KH, 1999, p. 13) que nous avons utilisé dans notre recherche.

Engers trouve que l'entretien semi-directif, qui s'annonce comme médiateur, est un compromis entre l'entretien directif et l'entretien non directif, il le définit comme : une technique directe d'investigation scientifique utilisée auprès d'individu pris isolément, mais aussi dans certains cas, auprès de groupes qui permet de les interroger d'une façon semi- directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de structurer en profondeur les informations » (Engers, 1997, p. 144).

Chahraoui KH. & Benony H. pour leur part, trouvent que « dans l'entretien clinique, plus précisément semi-directif, le chercheur dispose d'un guide dit d'entretien, qui se décompose de plusieurs questions et items, réparties sur plusieurs axes, préparé au préalable et à l'avance, mais, qui ne doivent pas être posées qu'au moment opportun, de sorte qu'il soit une séquence associative entre les items, et encore, qu'il soit une certaine continuité du récit du patient >> (Chahraoui KH, 2003, p.143).

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

Le guide d'entretien est un outil indispensable pour mener des entretiens cliniques de recherche. Il comporte des axes thématiques à explorer, et bien que le clinicien prépare quelques questions en amont, celles-ci ne doivent pas être posées de manière directe. En effet, il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien. (Chahraoui & Coll., 2003).

L'entretien clinique doit être structuré, mais peut aussi laisser place à la discussion et à l'écoute active. Les consignes doivent être préalablement formulées par le clinicien et rester identiques pour tous les participants. En se basant sur ces principes, nous avons élaboré un guide d'entretien en quatre axes, comprenant des questions spécifiques pour chaque axe.

Axe 01 : les données personnelles de la maman.

Axe 02 : les Renseignements Concernant l'État de santé de l'enfant.

Axe 03 : Le Vécu psychologique des mamans du Diagnostic de leur Enfant.

Axe 04 : Les Informations Concernant la Résilience.

Axe 05 : Les Informations Concernant L'avenir de la Maman et de son Enfant.

### 7. Définition et application de l'échelle :

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 &Young

#### 7.1 Présentation de l'échelle wagnlid & young :

Les recherches sur la résilience ont connu une croissance notable ces dernières années, conduisant à la création de divers outils de mesure. L'échelle de résilience initialement développée pour les femmes âgées a été largement utilisée dans des contextes variés, attestant de sa pertinence. La version française de cette échelle, traduite en 2010, a été retenue pour sa popularité, sa validité et sa capacité à évaluer les traits de résilience chez les individus. (Beaudoin.2013. p.58)

Conçue par Wagnild et Young en 1993, l'échelle de résilience se compose de 25 items répartis en deux dimensions essentielles : la compétence personnelle et la satisfaction de soi de la vie. La première dimension englobe des traits tels que la confiance en soi, la détermination et la capacité à affronter les difficultés, tandis que la seconde dimension se focalise sur l'adaptabilité, l'équilibre et une perspective de vie équilibrée. Cette échelle, utilisée auprès de différentes populations confrontées à des situations difficiles, a prouvé sa validité et son utilité dans l'évaluation de la résilience individuelle. (Touringny.s.2016. p.31)

#### 7.2 La consigne :

« Veuillez 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, 2001, p61)

#### 7.3 Le mode de passation :

Le questionnaire est constitué de 25 items à compléter sur une échelle en sept points de type Likert, allant de très en désaccord à totalement en accord (Beaudoin, 2013, p.58). Il est bidimensionnel, comprenant des items sur les compétences personnelles (17 items) et sur l'acceptation de soi et de la vie (8 items), et explique 44 % de la variance de la résilience (Wagnild, 2009).

La durée d'administration du questionnaire est de 5 à 10 minutes (Omolmo, 2016).

### 7.4 Le score :

Le score total du questionnaire varie entre 25 et 175. Un score inférieur à 121 est considéré comme peu résilient, un score compris entre 121 et 145 indique un niveau de résilience modéré, et un score supérieur à 146 est considéré comme un niveau de résilience élevé ou très élevé (Beaudoin, 2013, p.58).

### 7.5 La validité de l'échelle :

La validité de l'échelle de résilience de Wagnild et Young est solide sa validation dans bon nombre de contextes internationaux en fait 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 linges sur les étapes du déroulement de notre recherche.

## 8. Déroulement de l'enquête :

### 8.1 Le déroulement de la pratique :

On a effectué la partie pratique de notre recherche a l'hôpital psychiatrique de Oued ghir a Béjaïa, de 24 mars au 24 avril, après avoir pris l'accord de l'administration et le consentement des mères on a commencé notre pratique par l'entretien après l'échelle de la résilience, et cela s'est déroulé dans le bureau du psychologue, on a été dans l'obligation de traduire en kabyle et en arabe les composants de notre guide d'entretien et celle de l'échelle afin que nos sujets qui sont les Mères puissent comprendre les questions pour obtenir des réponses.

### 8.2 Le déroulement des entretiens :

On a utilisé un guide d'entretien, qui se compose de 5 axes et dans chaque axe on trouve un nombre de questions, dans le but de recueillir toutes les informations qui vont nous aider à bien comprendre nos cas, on a expliqué notre thème de recherche et pourquoi on l'est a choisie aux (comme échantillon), ils ont accepté de collaborer et nos donner les réponses à notre question. On a pris du temps de 30 à 45 minutes pour chaque cas.

### 8.3 La passation de l'échelle :

On a fait appliquer l'échelle de la résilience de Wagnild Young et on a donné la consigne de l'échelle, mais ont été obligés de lire et d'expliquer les items en utilisant la langue kabyle et arabe à cause de l'incapacité de la plupart des mères à comprendre le français. On a pris comme temps de 15 minutes maximum pour chaque cas.

### 9. Difficultés rencontrés :

Pendant notre étude, nous avons rencontré divers obstacles, tels que :

- L'isolement du lieu de stage
- Un manque de ressources au sein du centre.
- Des conditions peu favorables pour mener des entretiens.

### Synthèse

Pour mener à bien toute recherche, il est essentiel de suivre une méthodologie rigoureuse ainsi que des règles et des techniques spécifiques. Dans notre travail, nous avons effectué une pré-enquête et une enquête auprès des mères d'enfants autistes dans le centre d'Oued Ghir. Nous avons également décrit la méthode de l'étude de cas que nous avons utilisée, ainsi qu'une brève présentation du contexte de notre recherche, y compris les caractéristiques de la population étudiée et les outils de recherche employés.

# **Chapitre 04 :**

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

### **Plan :**

1. présentation et analyse des résultats ;
2. Discussion et analyse des hypothèses
3. Analyse Comparative des stratégies de résilience, du stress et du soutien social ;

**Synthèse.**

**Préambule**

Dans cette section, nous présenterons nos études de cas cliniques et analyserons les résultats obtenus à l'aide de l'entretien et de l'échelle de résilience de Wagnild et Young (1993). Ces outils, reconnus pour leur efficacité, nous permettront d'évaluer le niveau de résilience et de vérifier les hypothèses posées dans le cadre de notre recherche.

**1. Présentations et analyse des résultats****1.1 Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif du cas N°01 :**

Madame Nabila, une femme de 39 ans, est mariée et occupe le rôle de femme au foyer à un niveau de scolarité 6<sup>em</sup> année primaire. Sa vie est centrée autour de ses deux fils, un garçon de 4ans, en particulier son aîné Walid, âgé de 6 ans, qui est atteint du trouble du spectre autistique.

L'entretien a eu lieu à 14h à l'hôpital, uniquement avec Madame Nabila. Il a duré 40 minutes. Nous nous sommes présentées comme des étudiantes en deuxième année de master en psychologie clinique. Nous avons d'abord pris le temps de lui expliquer l'objectif de notre recherche. Madame Nabila s'est montrée bienveillante et compréhensive, semblant à l'aise. Elle a accepté de répondre à nos questions sans difficulté.

**Axe 01 : Les renseignements concernant l'état de santé de l'enfant :**

Depuis les premiers mois de la vie de Walid, Nabila a été confrontée à des défis considérables. Dès l'âge de 6 mois, les crises d'épilepsie ont marqué le début d'un parcours médical complexe, menant au diagnostic d'autisme confirmé par un neurologue peu après.

Les premiers symptômes qu'elle a remarqués à l'âge de 3ans étaient son incapacité à parler et à communiquer ses besoins, ainsi que son refus de fixer son regard lorsqu'on lui parlait. Il jetait les objets par la fenêtre, incluant ses couches et sa nourriture, en plus d'enlever la peinture des murs et de bouger de manière excessive, ne tenant pas en place et se mettant souvent en danger. Elle a raconté qu'il était tombé de l'armoire une fois, se blessant gravement à la tête. Elle mentionne aussi lorsqu'il pleure ou veut quelque chose, son incapacité à communiquer verbalement le pousse à crier et à devenir agressif, sa manière d'exprimer ses besoins.

Madame Nabila éprouve des difficultés à interagir avec lui et ne le comprend pas pleinement, elle décrit la maladie de son enfant comme une nouveauté pour eux, affirmant qu'elle n'en avait jamais entendu parler ni ne l'avait vue auparavant. Son fils est le premier à en être atteint dans leur famille.

M<sup>me</sup> Nabila exprime les défis qu'elle rencontre dans les soins de son enfant. Vivant loin du centre médical et étant la seule à pouvoir l'accompagner lors de ses séances, elle se retrouve confrontée à des difficultés accrues. Malgré des ressources limitées, elle doit se rendre seule à chaque rendez-vous.

**Axe 02 : Le vécu psychologique de la maman du diagnostic de son enfant :**

L'annonce du diagnostic d'autisme a été un moment déchirant pour Nabila. Elle a eu du mal à accepter cette réalité et a ressenti un profond chagrin, disant « hoseghas oliw izeyer, uyuminagh ara, kolas settrawagh, qlagh ttkhemimagh kan felas, ttagadagh felas, qarghas amk Emmi adyughal bien am wiyad ». Ça veut dire « Je n'aurais jamais cru que mon fils serait malade. Je pleure tous les jours, je ne cesse de penser à lui, j'avais trop de la peine pour mon enfant, Je me demande comment il pourra s'intégrer et vivre comme les autres enfants »

D'autant plus que le soutien de son mari s'est avéré insuffisant. Son conjoint, il est souvent sévère et peu impliqué, il n'a pas été d'un grand secours dans cette épreuve. Malgré ses propres difficultés, y compris une dépression préexistante, Nabila avait espéré un soutien accru de la part de son mari, mais celui-ci s'est montré plus distant et parfois même accusateur, attribuant la situation de Walid à sa mère (3lajalim igughal Aka emim dkemi idsebas dkemi ithishelken) ça veut dire (c'est à cause de toi que ton fils est comme ça c toi la cause de ça maladie)

La situation de Nabila est complexe, car elle se sent souvent seule dans cette bataille, elle exprime que la famille élargie n'est pas toujours compréhensive, voire jugementale, ce qui ajoute à son isolement, ils lui disent (emim daydi normalement asthkhemed sensla attejet gekham) ça veut dire (ton fils comme un chien il faut le laisser à la maison)

M<sup>me</sup> Nabila, arrive à faire l'équilibre entre ces responsabilités et les besoins de son enfant (lorsque je fais mon ménage je le laisse à mes côtés)

**Axe 03 : Les informations concernant la résilience :**

Madame Nabila exprime initialement sa détresse mais avec le soutien de son père et ses voisins qui sont restés à ses côtés pour lui apporter leur aide du côté financière, M<sup>me</sup> Nabila a pu se dépassé cette épreuve.

Elle trouve un certain réconfort auprès de son psychologue spécialisé en autisme, qui lui offre des conseils et des encouragements précieux.

Nabila a entrepris une transformation profonde de son mode de vie pour mieux répondre aux besoins de Walid. Elle a revu les règles et les normes familiales, et s'est engagée à offrir à son fils un

environnement sûr et stimulant. Elle s'efforce également d'améliorer sa communication avec Walid, en adoptant des méthodes non verbales et en restant à l'écoute de ses besoins.

Malgré les défis, Nabila reste déterminée à offrir à Walid les meilleures opportunités de réussite.

**Axe 04 : Les informations concernant l'avenir de la maman et de son enfant :**

Elle envisage sérieusement des options éducatives adaptées à ses besoins spécifiques, même si elle redoute l'avenir incertain. Son désir de voir Walid s'épanouir et réussir demeure une source de motivation constante, renforcée par sa foi en Dieu pour un rétablissement complet de son fils.

## Présentation et analyse de l'échelle de résilience Wagnild &amp; Young

Tableau n°1 : Résultat de M<sup>me</sup> Nabila

| Items | Très en désaccord<br>1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Totalement en accord<br>7 | Total |
|-------|------------------------|---|---|---|---|---|---------------------------|-------|
| 1     |                        |   |   |   |   |   | 7                         | 148   |
| 2     |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 3     |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 4     |                        |   | 3 |   |   |   |                           |       |
| 5     |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 6     |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 7     |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 8     |                        |   |   | 4 |   |   |                           |       |
| 9     |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 10    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 11    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 12    |                        |   |   | 4 |   |   |                           |       |
| 13    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 14    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 15    |                        |   | 3 |   |   |   |                           |       |
| 16    |                        |   |   | 4 |   |   |                           |       |
| 17    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 18    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 19    |                        |   |   | 4 |   |   |                           |       |
| 20    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 21    | 1                      |   |   |   |   |   |                           |       |
| 22    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 23    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 24    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 25    |                        |   |   |   |   | 6 |                           |       |

**Tableau N° 01 :**

La lecture du score nous permet de conclure que M<sup>me</sup> Nabila possède un niveau de résilience élevé, ayant obtenu un score de 148, ce qui indique un caractère résilient. Ainsi, nous pouvons conclure que M<sup>me</sup> Nabila possède une grande résilience et des compétences personnelles marquées, En répondant "totalement en accord" aux affirmations suivantes : « en général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre », « je sens que je peux accomplir beaucoup de choses dans ma vie », "si nécessaire, je peux me débrouiller seule», Cependant, dans ses réponses à d'autres items où elle a sélectionné "totalement en désaccord" (comme "ma vie a un sens"), il apparaît que M<sup>me</sup> Nabila n'apprécie pas sa vie, et Cela signifie qu'elle ressent un manque de but ou de direction dans sa vie, Elle éprouve un sentiment de vide, et de désespoir, et l'impression que ses actions et son existence ne contribuent à rien de significatif.

**Synthèse de cas :**

Malgré les difficultés de sa vie et les choses qu'elle a vécu, et l'absence de soutien de son mari et son objection de la violence de la part de son mari, mais sa force intérieure, et son fils lui donne une force de continué.

L'environnement favorable du centre qu'elle est entouré par l'intention, les soins et le soutien, ça lui permet d'avoir un courage pour aider son fils.

**1.2 Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif du cas N°02 :**

Madame Hayet, âgée de 38 ans, est une femme mariée qui travaille en tant qu'AVS. Son parcours éducatif s'est arrêté au niveau terminal. Elle est la mère de deux enfants : une fille de 13 ans et un garçon de 10 ans nommé Mouloud. Actuellement en deuxième année primaire, Mouloud est affecté par l'autisme associé au TDAH.

L'entretien a eu lieu à 11h à l'hôpital, seulement avec Madame Hayet, et a duré 45 minutes. Nous nous sommes présentées comme des étudiantes en deuxième année de master en psychologie clinique et avons expliqué l'objectif de notre recherche. Madame Hayet a été très gentille et compréhensive, elle semblait à l'aise et a répondu à nos questions sans problème.

**Axe 01 : Les renseignements concernant l'état de santé de l'enfant :**

Depuis sa naissance, Mouloud est atteint d'autisme, un diagnostic posé à l'âge de 3 ans et 4 mois. Les premiers signes observés par Madame Hayet incluent son manque de contact visuel, son intérêt pour le mouvement d'objets comme des bouchons, ainsi que ses gestes répétitifs des mains et des pieds dès

son plus jeune âge. Mouloud pleure souvent et parfois rit, mais sa parole se limite à quelques mots tels que «Maman" et "Papa", qu'il a cessé de prononcer vers l'âge de 3 ans.

Madame Hayet a partagé que les débuts étaient compliqués pour elle. Elle a eu des difficultés à comprendre les besoins de son fils au départ, (quand je le vois qu'il est différent des autres je me sens découragé, je fuie la réalité et je me sens impuissante et triste)

#### **Axe 02 : Le vécu psychologique de la maman du diagnostic de son enfant :**

L'annonce du diagnostic d'autisme a profondément bouleversé Madame Hayet. Elle a confié avoir eu du mal à accepter la maladie de son enfant, ressentant initialement un profond choc (j'étais choqué, je me suis évanoui) Cette situation l'a même plongée dans la dépression.

Pendant le diagnostic de l'enfant, la maman elle arrive pas faire l'équilibre de ces responsabilités et les besoins de son enfant car elle se concentre que sur lui, parce que il a besoins mon intention plus que les autres, d'après ce qu'elle a raconté (une fois il est sorti de la maison pendant 5heurs qui s'est disparu, j'ai pleuré beaucoup j'ai cru qu'il lui a arrivé un mal, après on la trouvé dans une voiture d'un voisin). Explique que (Cette situation la pousse même parfois à le frappé pour lui faire comprendre le danger), donc M<sup>me</sup> Hayet elle donne tout son temps pour son fils.

#### **Axe 03 : Les informations concernant la résilience :**

La famille de M<sup>me</sup> Hayet a rejeté la responsabilité sur elle, la blâmant pour la maladie de Mouloud, elle se sent toujours triste et démoralisé, Malgré ces épreuves, avec le temps et le soutien de son mari, elle a réussi à s'adapter progressivement. Elle a puisé la force nécessaire pour changer sa perspective. Et Grâce à l'aide du diagnostic, elle a pu trouver une source de soutien pour faire face à cette situation.

Madame Hayet partage qu'elle a trouvé une nouvelle force grâce à son fils. Depuis qu'elle a commencé à consulter un psychologue, elle a gagné en courage et consacre tout son temps à Mouloud, suivant les conseils professionnels. « ttakagh lwaqthiw ak immi des fois settuyagh même adcheghlagh gimaniw vghigh kan adyili bien mouloud » Elle souligne également que son mari reste constamment à ses côtés pour l'aider dans cette épreuve.

#### **Axe 04 : Les informations concernant l'avenir de la maman et de son enfant :**

Elle souhaite ardemment que Mouloud devienne autonome, sachant lire et écrire afin de ne pas être exploité. Elle exprime une grande inquiétude lorsqu'il sort de la maison, parfois disparu pendant des

heures. Elle espère ainsi qu'il ne répète pas ses actions. Son objectif principal est donc d'améliorer les capacités de Mouloud pour qu'il puisse assurer sa propre sécurité.

## Présentation et analyse de l'échelle de résilience Wagnild &amp; Young

Tableau n°2 : Résultat de M<sup>me</sup> Hayet

| Items | Très en désaccord<br>1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Totalement en accord<br>7 | Total |
|-------|------------------------|---|---|---|---|---|---------------------------|-------|
| 1     |                        |   |   |   |   |   | 7                         | 153   |
| 2     |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 3     |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 4     |                        | 2 |   |   |   |   |                           |       |
| 5     |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 6     |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 7     |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 8     |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 9     | 1                      |   |   |   |   |   |                           |       |
| 10    |                        |   |   |   |   | 6 |                           |       |
| 11    |                        |   |   |   |   | 6 |                           |       |
| 12    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 13    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 14    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 15    | 1                      |   |   |   |   |   |                           |       |
| 16    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 17    |                        |   |   |   | 5 |   |                           |       |
| 18    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 19    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 20    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 21    |                        |   |   |   |   | 6 |                           |       |
| 22    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 23    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 24    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 25    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |

**Tableau N° 02 :**

La lecture du score nous permet de conclure que M<sup>me</sup> Hayet a un caractère résilient avec un score total de 153

Les résultats et le score total de M<sup>me</sup> Hayet, qui s'élève à 153, suggèrent qu'elle possède un niveau résilience élevé et des compétences personnelles marquées. Elle a totalement adhéré à certaines affirmations, telles que "lorsque je fais des projets, je les mène à terme" et "je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai vécu des difficultés". De plus, sa réponse très favorable à des affirmations telles que "je trouve souvent quelque chose qui me fait rire" et "ma vie a un sens" indique qu'elle s'adapte bien aux nouvelles conditions et apprécie sa vie telle qu'elle est, avec un sens de l'humour prononcé. Cependant, son désaccord marqué avec l'affirmation "je sens que je peux faire beaucoup de choses dans ma vie" suggère un sentiment de désespoir quant à la réalisation de ses rêves.

**Synthèse de cas :**

Madame Hayet est une personne qui n'a pas accepté sa situation au début, et elle a essayé à tout-pré de s'y échappé, elle a effectué d'énormes progrès, depuis que son fils est malade, elle est marquée par le changement de sa personnalité, elle est devenue plus forte, et l'acquisition de sens de la responsabilité.

**1.3 Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif du cas N°03 :**

Madame Karima, âgée de 30 ans et mariée, a un niveau scolaire correspondant à la 6ème année primaire. Elle est mère de deux enfants : un garçon de 4 ans et un autre de 6 ans, qui s'appelle Syfax qui est atteint d'autisme.

L'entretien a eu lieu à 13h à l'hôpital, seulement avec Madame Karima, et a duré 50 minutes. Nous nous sommes présentées comme des étudiantes en deuxième année de master en psychologie clinique et avons expliqué l'objectif de notre recherche. Madame Karima a été très gentille et compréhensive, elle semblait à l'aise et a répondu à nos questions sans problème.

**Axe 01 : Les renseignements concernant l'état de santé de l'enfant :**

Le diagnostic de Syfax a commencé à l'âge de 2 ans. Madame Karima a remarqué les premiers signes chez son fils, notamment son agitation fréquente et son habitude d'inverser les objets. Syfax ne parle pas du tout, il fixe pas son regard, il fait des crises de colère, ce qui pousse sa mère à désespérer.

M<sup>me</sup> Karima elle explique quelle Redouble d'efforts pour le comprendre et l'encourager à s'exprimer.

**Axe 02 : Le vécu psychologique de la maman du diagnostic de son enfant :**

Au moment de l'annonce, Madame Karima a été enceinte elle n'a pas pu supporter et malheureusement elle a perdu son bébé dans son ventre, elle était dévastée et elle avait un choc émotionnel, elle s'inquiète pour son fils, elle nous disait que c'est difficile pour moi d'accepter cette maladie je sais que c'est compliqué d'avoir un enfant autiste, elle se demande toujours pourquoi les autres enfants étaient normaux tandis que le sien ne l'était pas « asma attwaligh les autres normal et syfax machi am nuthni ittghidyi lhal mlih, settruyagh kan »

M<sup>me</sup> karima elle fait l'équilibre entre ces responsabilités de sa famille et les besoins de son fils, elle réalise qu'elle devait être forte pour son fils, Syfax, car il n'avait personne d'autre pour le soutenir s'il était laissé de côté.

**Axe 03 : Les informations concernant la résilience :**

M<sup>me</sup> Karima explique qu'il lui a fallu un certain temps pour s'habituer à cette situation et accepter la maladie de son fils. Avec le soutien de son mari, elle se sent désormais plus confiante. Grâce au soutien de ses sœurs et de ses parents, elle a pu surmonter les difficultés et faire face à la situation plus efficacement.

Suite à ses consultations avec un psychologue, Madame Karima a constaté des progrès positifs en suivant attentivement ses conseils pour le bien-être de son fils. De plus, sur le plan psychologique, elle se sent mieux qu'auparavant et a renforcé sa résilience. Chaque séance lui apporte des avancées concrètes.

Karima, nous observons que le sens de l'humour est souvent identifié comme une caractéristique des personnes résilientes.

**Axe 04 : Les informations concernant l'avenir de la maman et de l'enfant :**

Madame Karima a espoir pour l'avenir de son fils, si l'éducation formelle ne lui convient pas y compris sa scolarité. Elle envisage qu'il puisse effectuer un stage et pourquoi pas se marier un jour. Et elle garde une confiance inébranlable en l'avenir et place sa foi en Dieu.

## Présentation et analyse de l'échelle de résilience Wagnild &amp; Young

Tableau n°3 : Résultat de M<sup>me</sup> karima

| Items | Très en désaccord<br>1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Totalement en accord<br>7 | Total |
|-------|------------------------|---|---|---|---|---|---------------------------|-------|
| 1     |                        |   |   |   |   | 6 |                           | 145   |
| 2     |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 3     |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 4     |                        |   | 3 |   |   |   |                           |       |
| 5     |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 6     | 1                      |   |   |   |   |   |                           |       |
| 7     |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 8     |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 9     |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 10    |                        |   |   | 4 |   |   |                           |       |
| 11    |                        |   |   | 4 |   |   |                           |       |
| 12    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 13    |                        |   |   |   |   | 6 |                           |       |
| 14    |                        |   |   |   | 5 |   |                           |       |
| 15    |                        | 2 |   |   |   |   |                           |       |
| 16    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 17    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 18    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 19    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 20    |                        |   |   |   |   | 6 |                           |       |
| 21    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 22    |                        |   |   |   | 5 |   |                           |       |
| 23    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 24    |                        |   |   |   | 5 |   |                           |       |
| 25    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |

**Tableau N° 03**

M<sup>me</sup> Karima a obtenu un score total de 145, ce qui indique un niveau de résilience modéré. Nous pouvons conclure que M<sup>me</sup> Karima possède des capacités de résilience, démontrant ainsi ses compétences personnelles. Elle a répondu « totalement en accord » pour des éléments tels que « lorsque je fais des projets, je les mène à terme », « je peux compter sur moi plus que sur les autres », et « s'il le faut, je peux me débrouiller seule ». Ces réponses suggèrent une confiance en soi, comme en témoigne sa réponse positive à l'item 17 « ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles » elle a une reconnaissance de ses réalisations passées. Cependant, sa réponse "totalement en désaccord » à l'assertion « je suis fière d'avoir réalisé des choses dans ma vie » cela signifie que ces réalisations ne correspondent pas à ses aspirations ou à ses attentes personnelles, et elle a un manque de reconnaissance.

**Synthèse de cas :**

Le niveau de la résilience chez Karima est en progrès, sa conscience de son efficacité et sa capacité à résoudre ces problèmes, lui permettent de prendre soin de son enfant et lui offrir tous ces besoins.

Après son admission au centre lui permettent d'accepté et de recevoir de l'aide de leurs parts.

**1.4 Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif du cas N°04 :**

Fatiha, une femme âgée de 39 ans, mariée et femme au foyer, a un niveau de scolarité de 5<sup>ème</sup> année primaire. Elle est la mère d'un seul garçon de 14 ans et d'une fille qui s'appelle Ghaniya, âgée de 12 ans, qui est atteinte de troubles du spectre autistique.

L'entretien a eu lieu à 10h à l'hôpital, seulement avec Madame Fatiha, et a duré 30 minutes. Nous nous sommes présentées comme des étudiantes en deuxième année de master en psychologie clinique et avons expliqué l'objectif de notre recherche. Madame Fatiha a été très gentille et compréhensive.

**Axe 01 : Les renseignements Concernant L'État de Santé de l'enfant :**

Avant l'annonce que sa fille a un trouble de spectre autistique Fatiha a remarqué quelques symptômes, elle a exprimé de la façon suivante « j'ai senti que y a quelque chose qui ne va pas chez ma fille la maman dit qu'à l'âge de 2ans ma fille parle elle dit « Mama Papa fkiyid aman » par contre l'âge de 3ans elle parle plus. Fatiha se souvient d'un moment à l'hôpital où elle était affaiblie et la réaction de sa fille à son état l'avait bouleversée. Peu de temps après sa fille avait arrêté de parler et même de dire

« Maman » A ce Moment-là Fatiha avait pensé que cela était dû au choc qu'elle avait subi en voyant malade.

Donc les premiers signes que Madame fatiha remarqués chez sa fille ghania une perte de compétences verbale des comportements agressif et un manque de communication sociale faisait ses besoins à l'extérieur de la maison en pensant que c'était la même chose de le faire au toilette.

Fatiha a pris des mesures importantes pour adapter sa façon d'interagir avec sa fille. Elle a modifié les règles et les normes de la maison pour mieux répondre aux besoins de ghania et lui offrir un environnement plus propice à son épanouissement.

Fatiha dit (toujours tiwura ghal9ant ugadagh attefagh) elle dit des fois je laisse tout pour m'occuper de mes enfants surtout de ma fille ghania, Elle est satisfaite des soins spécialisés qu'ils ont reçus pour leur fille Ghaniya. Ils ont consulté un psychologue spécialisé dans les cas d'autisme au centre de pédopsychiatre a ouad ghir qui leur a fourni des conseils et recommandations sur la meilleure manière de soutenir Ghania dans son développement. Elle est reconnaissante de l'aide reçue et de l'accompagnement pour aider leur fille à progresser malgré les défis rencontrés.

#### **Axe 02 : Le vécu psychologique des Mamans du diagnostic de leur Enfant :**

Lors de l'annonce la maman était complètement découragée elle a réagi très fortement Elle était bouleversée, pleurait seule C'était une chose difficile à accepter pour elle disant (Khl3aaagh) elle a ressenti un mélange d'émotions intenses suite au diagnostic, notamment de la tristesse, de la peur, de l'anxiété et du découragement. Elle dit (jamais husagh swayen ihusagh tura) Les sources d'information et de soutien les plus précieuses pour Madame Fatiha après le diagnostic ont été la psychologue spécialisé dans les cas d'autisme qui a aidé leur fille, son mari, sa famille Ils lui ont apporté du courage, des conseils et un soutien moral dans cette période difficile.

La mort de sa mère a profondément affecté Madame Fatiha, et elle a eu du mal à accepter cette perte. Elle était dévastée par la disparition de sa mère, qui avait été un pilier de soutien important dans sa vie. Malgré sa tristesse et sa douleur, elle a puisé sa force dans sa foi en Dieu pour surmonter cette épreuve.

#### **Axe 03 : Les informations Concernant la résilience :**

Elle a appris à être patiente et à écouter attentivement les besoins de sa fille. Elle cherche des moyens de communiquer avec elle de manière efficace et empathique, en utilisant des gestes, des expressions faciales et d'autres formes de communication non verbale.

Elle exprime que son mari, sa famille et l'aident à être courageuse. Elle dit : (hamdulah ufigh menhu iyit3wanen) Dans le contexte de son expérience en tant que mère d'une fille autiste, elle définit la résilience comme la capacité à trouver de la force et de la patience dans les moments difficiles, en comptant sur ma foi et en acceptant que c'est le destin. Elle dit (ad9vlagh swayen idifka rebi)

**Axe 04 : Les informations Concernant l'avenir de la Maman et de son Enfant :**

Elle exprime ses profondes inquiétudes concernant l'avenir de sa fille. Elle confie sa peur que sa fille reste dans cet état, notamment en tant que fille ayant des difficultés d'apprentissage. Madame Fatiha redoute que sa fille ne comprenne pas ce qui est bon pour elle.

Cette situation la tourmente profondément et elle ressent une grande anxiété pour l'avenir de sa fille. Madame Fatiha dit (ugadagh mlih felas) Madame Fatiha exprime son désir ardent de voir sa fille s'améliorer, guérir et réussir sur le plan de l'éducation. Malgré les difficultés rencontrées et les retards dans son parcours scolaire, Madame Fatiha ne considère pas sa fille comme étant en retard et souhaite qu'elle puisse poursuivre ses études dans une école privée. Elle est prête à tout mettre en œuvre pour offrir à sa fille les meilleures chances de réussite. Son aspiration première est que sa fille soit guérie et progresse, en bénéficiant d'une éducation adaptée à ses besoins. Madame Fatiha place sa confiance en Dieu pour que sa fille puisse se rétablir et s'épanouir pleinement.

## Présentation et analyse de l'échelle de résilience Wagnild &amp; Young

Tableau n°4 : Résultat de M<sup>me</sup> Fatiha

| Items | Très en désaccord<br>1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Totalement en accord<br>7 | Total |
|-------|------------------------|---|---|---|---|---|---------------------------|-------|
| 1     |                        |   | 3 |   |   |   |                           | 113   |
| 2     |                        |   |   |   | 5 |   |                           |       |
| 3     |                        |   |   |   |   | 6 |                           |       |
| 4     | 1                      |   |   |   |   |   |                           |       |
| 5     |                        |   |   |   | 5 |   |                           |       |
| 6     | 1                      |   |   |   |   |   |                           |       |
| 7     | 1                      |   |   |   |   |   |                           |       |
| 8     |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 9     |                        | 2 |   |   |   |   |                           |       |
| 10    |                        |   |   |   |   | 6 |                           |       |
| 11    |                        |   |   | 4 |   |   |                           |       |
| 12    |                        | 2 |   |   |   |   |                           |       |
| 13    |                        |   |   |   |   | 6 |                           |       |
| 14    |                        |   | 3 |   |   |   |                           |       |
| 15    |                        |   |   |   | 5 |   |                           |       |
| 16    |                        |   |   |   |   | 6 |                           |       |
| 17    |                        |   |   |   |   | 6 |                           |       |
| 18    |                        |   |   |   |   | 6 |                           |       |
| 19    |                        |   |   |   |   | 6 |                           |       |
| 20    |                        |   |   |   |   | 6 |                           |       |
| 21    |                        | 2 |   |   |   |   |                           |       |
| 22    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 23    |                        |   |   |   |   | 6 |                           |       |
| 24    |                        |   |   |   |   | 6 |                           |       |
| 25    |                        |   |   |   | 5 |   |                           |       |

**Tableau n° 04 :**

D'après le résultat total obtenu de cette échelle, qui est 113. Ce résultat signifie que notre sujet présente un caractère peu résilient, parce qu'il est totalement en accord avec un seul item suivants « je m'aime bien » remarquons qu'il est en désaccord avec l'item « l'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses », (habituellement j'arrive à m'adapter facilement) ce qui montre que Mme Fatiha trouve difficile de s'adapter aux situations changeantes ou aux obstacles de la vie. Cela peut indiquer une certaine difficulté à faire face au stress et pourrait être un point sur lequel elle pourrait travailler pour renforcer sa résilience. Indique que madame Fatiha a une estime de soi positive et une perception positive de soi-même. Cet item signifie que Fatiha a une bonne estime de soi.

**Synthèse de cas M<sup>me</sup>Fatiha :**

Malgré les difficultés elle se montre résiliente et déterminée à offrir le meilleur pour ses enfants son amour inconditionnel et son dévouement exemplaire font d'elle une figure maternelle inspirante et admirable

**1.5 Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif du cas N° 05 :**

Madame Daouia âgée 48 ans Femme au foyer illettrée et mère de trois enfants (une fille de 22 ans et deux garçons de 17 ans et 12 ans) ce dernier est s'appelle Anis qui a un trouble de spectre autistique l'entretien s'est déroulé avec la maman dans un bureau du psychologue au niveau du centre de pédopsychiatrie.

L'entretien a eu lieu à 09h à l'hôpital, seulement avec Madame Daouia, et a duré 45 minutes. Nous nous sommes présentées comme des étudiantes en deuxième année de master en psychologie clinique et avons expliqué l'objectif de notre recherche. Madame Daouia a été bienveillante et a répondu à nos questions avec aucun souci.

**Axe 01 : Les renseignements concernant l'état de santé de l'enfant :**

À l'âge de 3 ans, l'enfant de Mme Daouia présente divers symptômes inquiétants, tels qu'une fièvre chronique persistante, un isolement social, des difficultés de communication, des crises comportementales et des chutes fréquentes, ainsi qu'un manque de contact visuel.

Sa mère a remarqué qu'il ne réagissait pas aux sons et semblait souvent désorienté dans certaines situations elle s'est exprimée de cette manière en disant : (asesawalagh s yismis uydittara s wawal, uyiditkhzirara).

Après avoir consulté un médecin généraliste pour ces problèmes de santé et de comportement, Madame Daouia a indiqué que le médecin lui avait informé que son enfant présentait un trouble du spectre autistique. Afin de mieux comprendre ce trouble, Madame Daouia et son mari ont effectué des recherches sur internet, notamment sur YouTube. À l'âge de 4 ans, l'enfant a été orienté vers un centre pédopsychiatrique pour une évaluation approfondie de son cas. Les psychologues ont expliqué à sa mère la nature du trouble et les implications associées, soulevant des préoccupations importantes quant à sa santé et son bien-être, ainsi que la nécessité d'une prise en charge adaptée.

**Axe 02 : Le vécu psychologique des mamans du diagnostic de leur enfant :**

Lorsque Daouia a reçu le diagnostic de son enfant, elle a été complètement désemparée, et découragé.

Les psychologues du centre pédopsychiatrique ont été d'une aide précieuse pour l'aider à comprendre la nature du trouble de son enfant et l'orienter vers les ressources et les solutions appropriées.

Les discussions avec d'autres mamans confrontées à des situations similaires lui ont également offert un soutien concret et des conseils pratiques.

Daouia a été confrontée à des moments difficiles en raison des préjugés et du regard désapprouvateur des autres faces au comportement de son enfant. Elle se sentait souvent jugée et mal comprise, ce qui lui causait beaucoup de souffrance émotionnelle.

Malgré tout, Daouia a réussi à surmonter ces épreuves en restant forte et en se concentrant sur les besoins et le bien-être de son enfant. Elle a réalisé qu'elle était la meilleure alliée de son enfant et qu'elle devait être sa première défense.

**Axe 03 Les informations concernant la résilience :**

Madame Daouia a fait preuve d'une grande résilience en mettant tout en œuvre pour aider son enfant autiste à progresser.

Elle a consacré de nombreuses heures à lui enseigner les sourates du Coran, tandis que ses frères et sœurs ont pris le temps de discuter avec lui pour faciliter sa communication.

De son côté, le père de l'enfant l'a régulièrement emmené à la mosquée et l'a encouragé à interagir socialement avec les autres.

Grâce à ces efforts et à cet amour inconditionnel, le fils de Madame Daouia a fait des progrès significatifs. Sa capacité à parler et à comprendre s'est nettement améliorée, ce qui représente une avancée majeure dans son épanouissement.

**Axe 04 : Les informations Concernant l'avenir de la maman et de son enfant :**

Madame Daouia nourrit un grand espoir pour l'avenir de son enfant autiste. Elle souhaite ardemment que son enfant puisse guérir et suivre une scolarité normale. Malgré les défis que cela implique, elle reste déterminée à trouver les meilleures solutions pour accompagner son enfant et lui offrir toutes les opportunités nécessaires pour son développement. En disant (adkhmagh kulch iwaken adihrac emmi adis3u l'avenir) Madame Daouia est prête à se renseigner, à collaborer avec les professionnels de la santé et de l'éducation pour trouver des réponses adaptées aux besoins spécifiques de son enfant, elle reste optimiste.

## Présentation et analyse de l'échelle de résilience Wagnild &amp; Young

Tableau n°05 : Résultat de M<sup>me</sup> Daouia

| Items | Très en désaccord<br>1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Totalement en accord<br>7 | Total |
|-------|------------------------|---|---|---|---|---|---------------------------|-------|
| 1     |                        |   |   |   |   |   | 7                         | 150   |
| 2     |                        |   |   |   |   | 6 |                           |       |
| 3     |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 4     |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 5     |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 6     |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 7     |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 8     |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 9     | 1                      |   |   |   |   |   |                           |       |
| 10    | 1                      |   |   |   |   |   |                           |       |
| 11    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 12    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 13    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 14    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 15    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 16    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 17    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 18    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 19    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 20    |                        |   |   | 4 |   |   |                           |       |
| 21    |                        |   | 3 |   |   |   |                           |       |
| 22    |                        | 2 |   |   |   |   |                           |       |
| 23    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 24    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |
| 25    |                        |   |   |   |   |   | 7                         |       |

**Tableau N° 05 :**

Madame Daouia, nous constatons qu'elle obtient un score total de 150, ce qui dénote un niveau élevé de résilience. Elle démontre des capacités et compétences pour surmonter les défis de la vie, comme en témoigne son accord avec des énoncés tels que "j'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire" et "ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles". Cependant, certains items où elle a marqué la dimension quatre indiquent de items (parfois je me forcer à faire certaines choses que cela me plaisent ou non) cela pourrait signifier qu'elle est parfois réticente à faire des choses qu'elle n'apprécie pas mais qu'elle le fait quand même par nécessité ou par devoir. Cela pourrait indiquer qu'elle n'est pas toujours pleinement motivée pour entreprendre certaines actions qui ne lui plaisent pas, mais qu'elle est capable de le faire occasionnellement pour atteindre un objectif ou répondre à une exigence extérieure. En résumé, bien que Madame Daouia ait un score élevé de résilience, elle peut encore travailler sur sa confiance en ses propres ressources pour faire face aux difficultés à venir.

**Synthèse de cas M<sup>me</sup> Daouia :**

Dans le cas de Madame Daouia, nous observons une mère dévouée et déterminée à offrir à son fils les meilleures opportunités, même si cela implique des sacrifices et des défis potentiels. Son engagement inébranlable envers le bien-être et l'avenir de son enfant se manifeste à travers son optimisme, sa foi en un avenir meilleur et sa volonté de surmonter les obstacles qui pourraient se présenter sur leur chemin. Son histoire illustre l'amour inconditionnel d'une mère et sa volonté indomptable de garantir un avenir prometteur pour son enfant.

**1.6 Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif du cas N°06 :**

Madame Sonia est une veuve âgée de 35 ans illettrée femme au foyer Elle a une fille de 8 ans, prénommée Liza, qui est atteinte de l'autisme, et un fils de 3 ans. Elle est confrontée a des tensions avec sa belle-mère qui remet une question sa capacité à s'occuper de sa fille Liza L'entretien avec Sonia s'est déroulé au centre de pédopsychiatrie d'Oued Ghir et a duré 1h Nous nous sommes présentées comme des étudiantes en master 2 en psychologie clinique et avons expliqué l'objet de notre recherche. Sonia a accepté de participer à l'entretien.

**Axe 01 : Les renseignements concernant l'état de santé de l'enfant :**

Madame Sonia exprime sa détresse face aux symptômes inquiétants de sa fille Lisa depuis un jeune âge. Elle nous raconte qu'elle a d'abord remarqué des signes à l'âge de 4 ans, mais a tardé à réaliser l'ampleur de la situation en raison du manque de soutien de sa belle-mère, qui minimisait les difficultés de Lisa en lui disant de laisser la fille tranquille car elle se portait bien. C'est finalement à l'âge de 5 ans

que le diagnostic d'autisme a été posé, à la suite d'une détérioration des symptômes, notamment des comportements dangereux tels que les crises et les gestes impulsifs. Désespérée et seule, Sonia se tourne vers son frère pour obtenir de l'aide, qui la soutient et l'accompagne jusqu'au centre pédopsychiatrique pour trouver des solutions et des stratégies pour surmonter les difficultés rencontrées. Sonia nous disait que les crises de Lisa sont également liées à la désolation causée par l'absence de son père, ce qui constitue une double épreuve émotionnelle difficile à surmonter pour elles.

**Axe 02 : Le vécu psychologique des mamans du diagnostic de leur enfant :**

Le diagnostic de l'autisme de Lisa a également bouleversé M<sup>me</sup> Sonia qui se sentait déjà dépassée par les épreuves de la vie. Face à cette nouvelle difficulté, elle a ressenti une profonde peur et angoisse, se sentant impuissante devant le destin qui semble s'acharner sur sa famille. Elle pleure souvent seule dans sa chambre, exprimant sa tristesse et sa détresse face à cette réalité difficile.

La mort de son mari ajoute une couche de complexité et de traumatisme à la situation déjà difficile de Sonia. Pour surmonter ce deuil et continuer à soutenir sa fille malgré sa propre douleur, Madame Sonia peut trouver du réconfort dans sa famille, notamment son frère, et utiliser la force de son entourage pour affronter cette épreuve.

**Axe 03 : Les informations concernant la résilience :**

Madame Sonia a fait preuve de résilience en essayant d'être courageuse malgré son manque de confiance en elle. Elle a pris à cœur les conseils des psychologues et a travaillé sur sa communication avec sa fille. Au lieu de se laisser submerger par ses craintes et ses doutes, elle a décidé de prendre les choses en main et d'essayer de progresser.

Ce processus de croissance personnelle et de changement positif démontre sa capacité à faire face aux obstacles et à se relever malgré les difficultés. En travaillant sur elle-même et en mettant en pratique les conseils qui lui sont donnés,

Madame Sonia montre qu'elle est capable de surmonter ses peurs et d'évoluer vers une meilleure version d'elle-même. Sa volonté de progresser dans sa communication avec sa fille et de devenir plus courageuse sont des signes de sa résilience et de sa capacité à faire face aux défis de la vie.

**Axe 04 : Les informations concernant l'avenir de la maman et de son Enfant :**

Madame Sonia exprime son incertitude concernant l'avenir, sachant que seule Dieu décide du destin. Malgré cela, elle exprime son souhait de voir sa fille Lisa guérir de ses difficultés et de continuer à prendre soin d'elle ainsi que de son autre enfant.

## Présentation et analyse de l'échelle de résilience Wagnild &amp; Young

Tableau n°06 : Résultat de M<sup>me</sup> Sonia

| Items | Très en désaccord |   |   |   |   |   | Totalement en accord | Total |
|-------|-------------------|---|---|---|---|---|----------------------|-------|
| 1     | 2                 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |                      |       |
| 1     |                   |   |   |   |   | 7 |                      |       |
| 2     |                   | 3 |   |   |   |   |                      |       |
| 3     | 1                 |   |   |   |   | 7 |                      |       |
| 4     |                   |   |   |   |   | 7 |                      |       |
| 5     |                   |   |   |   | 6 |   |                      |       |
| 6     |                   |   |   | 5 |   |   |                      |       |
| 7     |                   |   |   | 5 |   |   |                      |       |
| 8     |                   |   |   |   |   | 7 |                      |       |
| 9     | 1                 |   |   |   |   |   |                      |       |
| 10    |                   | 3 |   |   |   |   |                      |       |
| 11    |                   |   | 4 |   |   |   |                      |       |
| 12    |                   |   |   |   |   | 7 |                      |       |
| 13    | 1                 |   |   |   |   |   |                      |       |
| 14    |                   | 3 |   |   |   |   |                      |       |
| 15    | 1                 |   |   |   |   |   |                      |       |
| 16    |                   |   |   |   |   | 7 |                      |       |
| 17    | 1                 |   |   |   |   |   |                      |       |
| 18    |                   |   | 4 |   |   |   |                      |       |
| 19    |                   |   |   | 5 |   |   |                      |       |
| 20    |                   |   |   | 5 |   |   |                      |       |
| 21    |                   | 2 |   |   |   |   |                      |       |
| 22    |                   |   |   |   |   | 7 |                      |       |
| 23    |                   |   | 4 |   |   |   |                      |       |
| 24    | 1                 |   |   |   |   |   |                      |       |
| 25    |                   |   |   |   |   | 7 |                      |       |

111

**Tableau N° 06 :**

D'après le résultat total obtenu de cette échelle, qui est 111 Madame Sonia a coché "très en désaccord" sur les items suivants : "Je peux compter sur moi plus que sur les autres », "J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire », "Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles" Ces réponses suggèrent que Madame Sonia peut avoir des difficultés à faire confiance en ses propres capacités et à compter sur elle-même pour surmonter les obstacles. Elle semble également ressentir un manque d'énergie et de force intérieure pour faire face aux défis de la vie. De plus, sa confiance en elle semble être fragilisée lors des périodes difficiles. Malgré ces défis, il est important de noter que Madame Sonia a également coché "totalement en accord" sur d'autres items tel que : « je m'aime bien », « je prends des choses comme elles viennent » ce qui suggère qu'elle possède des qualités telles qu'une bonne estime d'elle-même, une attitude positive et adaptative, ainsi qu'un sens de l'humour développé. Il est donc possible que Sonia puisse développer davantage sa confiance en elle, son énergie et sa capacité à compter sur ses propres ressources pour renforcer sa résilience face aux défis de la vie.

**Synthèse de cas de Mme Sonia :**

Madame Sonia est une mère qui exprime ses craintes et ses espoirs pour sa fille Lisa, qui traverse des difficultés. Elle cherche du réconfort dans sa foi en Dieu et souhaite ardemment que sa fille se rétablisse et continue à être prise en charge.

**2. Discussion et analyses des hypothèses :**

D'après nos recherches, nous avons observé que plusieurs éléments contribuent à la capacité des mères d'enfants autistes à développer un processus de résilience. Il est à prendre en considération que ses derniers vivants de stress émotionnel et mentale, isolement social, charge financière, manque de temps pour soi, et manque de soutien, mais cela ne les empêche pas de preuve de courage et de détermination, surmontant les épreuves avec force et amour pour leur enfant. Après avoir examiné les entretiens et appliqué l'échelle, nous passons à l'examen des hypothèses. Nous rappelons que notre question générale est : "Comment les mères d'enfants autistes développent-elles des stratégies de résilience pour faire face aux défis quotidiens et soutenir le développement de leur enfant ?

Afin d'y répondre à cette question, nous avons donc, opté deux hypothèses dont on va répondre pour pouvoir discuter les résultats obtenus dans la partie pratique.

**La première hypothèse :** Les mamans d'enfants autistes développent des stratégies de résilience pour faire face aux défis quotidiens et soutenir le développement de leur enfant en s'engageant dans des

pratiques éducatives, en recherchant un soutien social et émotionnel, et en adoptant des approches de gestion du stress et de soins personnels.

**La deuxième hypothèse :** Les mamans d'enfants autistes qui parviennent à trouver un équilibre entre la gestion des besoins de leur enfant et la prise en compte de leurs propres besoins personnels sont plus susceptibles de démontrer des niveaux plus élevés de résilience.

### **2.1 Cas de Madame Nabila :**

D'après avoir analysé l'entretien de M<sup>me</sup> Nabila, on a constaté qu'elle ait développé une capacité de résilience élevée, les résultats obtenus de l'échelle de résilience sont de 148 ce qui signifie qu'elle présente un caractère résilient

#### **La première hypothèse:**

Madame Nabila a effectivement développé des stratégies de résilience pour faire face aux défis quotidiens. Elle s'efforce de comprendre et de soutenir le développement de Walid en cherchant des ressources éducatives et en consultant un psychologue spécialisé. Le soutien social, bien que limité principalement à son père et ses voisins, a joué un rôle crucial dans sa capacité à surmonter les difficultés. Ses efforts pour adapter son environnement familial et sa communication avec Walid illustrent des pratiques éducatives et des approches de gestion du stress et de soins personnels.

#### **La deuxième hypothèse :**

Madame Nabila s'efforce de trouver un équilibre entre les besoins de Walid et ses propres responsabilités. Bien que le soutien de son mari soit insuffisant, elle parvient à maintenir cet équilibre grâce à l'aide de sa famille et de son réseau social limité. Sa détermination à créer un environnement sûr et stimulant pour Walid, tout en cherchant du soutien psychologique pour elle-même, montre qu'elle parvient à répondre à ses propres besoins tout en prenant soin de son fils. Cet équilibre a probablement contribué à renforcer sa résilience malgré les nombreux défis.

### **2.2 Cas de Madame Hayet :**

D'après avoir analysé l'entretien de M<sup>me</sup> Nabila, et d'après les résultats obtenus de l'échelle de résilience sont de 153 ce qui signifie qu'elle présente un caractère résilient.

#### **La première hypothèse :**

M<sup>me</sup> Hayet consacre tout son temps à Mouloud, suivant les conseils de professionnels pour améliorer ses compétences. Elle est attentive aux besoins éducatifs de son fils, espérant qu'il devienne

autonome et apprenne à lire et écrire, Bien que sa famille élargie le blâme pour la condition de Mouloud, elle trouve du soutien chez son mari et grâce aux consultations avec un psychologue. Ce soutien est crucial pour son bien-être émotionnel et pour mieux gérer les défis quotidiens. Son mari, en restant constamment à ses côtés, joue un rôle vital dans son réseau de soutien. La dépression initiale de M<sup>me</sup> Hayet montre le poids émotionnel du diagnostic, mais elle a pu rebondir en changeant de perspective grâce à l'aide psychologique. Ce changement démontre sa résilience. Elle consacre du temps pour ses besoins personnels malgré les exigences élevées de s'occuper de Mouloud, ce qui est essentiel pour sa santé mentale.

**La deuxième hypothèse :**

M<sup>me</sup> Hayet a eu des difficultés initiales à équilibrer ses responsabilités, se concentrant entièrement sur Mouloud. Cependant, avec le soutien psychologique, elle a commencé à trouver un meilleur équilibre, prenant du temps pour elle-même tout en étant très impliquée dans les soins de son fils. Malgré les reproches de sa famille élargie, le soutien constant de son mari et des professionnels de la santé mentale lui a permis de surmonter des moments de désespoir et de dépression. Ce soutien lui a offert une nouvelle force et courage pour continuer à s'occuper de Mouloud, reflétant une augmentation de sa résilience. M<sup>me</sup> Hayet a transformé sa détresse initiale en une source de force. Elle est déterminée à améliorer les capacités de Mouloud pour qu'il puisse assurer sa propre sécurité et devenir autonome, ce qui montre une résilience accrue face aux défis de l'autisme et du TDAH.

**2.3 Cas de Madame Karima :**

Dans ce cas, M<sup>me</sup> Karima présente un niveau de résilience modéré, comme indiqué par son score total de 145.

**La première hypothèse :**

La résilience de Madame Karima est renforcée par le soutien de sa famille et de son mari, ainsi que par son engagement à suivre les conseils d'un psychologue pour le bien-être de son fils. Son sens de l'humour, identifié comme une caractéristique des personnes résilientes, contribue également à sa capacité à surmonter les difficultés. Par conséquent, il est plausible de penser que Madame Karima continuera à renforcer sa résilience et sa capacité à faire face aux défis liés à l'autisme de son fils.

**La deuxième hypothèse :**

Madame Karima affiche un optimisme quant à l'avenir de son fils, envisageant des possibilités telles qu'un stage et même un mariage. Ce sentiment d'espoir et de confiance en l'avenir pourrait jouer un rôle crucial dans sa capacité à surmonter les obstacles et à apporter une perspective positive à la

situation. Ainsi, il est probable que Madame Karima continue à nourrir ces aspirations pour l'avenir de son fils, toujours soutenue par sa foi et sa détermination à encourager ses progrès et son épanouissement.

#### **2.4 Cas de Madame Fatiha :**

L'entretien avec M<sup>me</sup> Fatiha et les résultats de l'évaluation de sa résilience (score de 113) indiquent qu'elle présente des traits de résilience peu prononcés.

##### **La première hypothèse :**

Madame Fatiha semble avoir développé des stratégies de résilience pour faire face aux défis quotidiens liés à sa fille autiste. Elle s'engage activement dans des pratiques éducatives adaptées aux besoins de Ghania, cherche un soutien émotionnel et social via sa famille, son mari et les professionnels spécialisés, et adopte des approches de gestion du stress et de soins personnels. Elle fait preuve de patience, d'écoute attentive et cherche des moyens de communiquer efficacement avec sa fille, ce qui témoigne de sa résilience face à la situation.

##### **La deuxième hypothèse :**

Malgré les défis et les émotions intenses qu'elle vit suite au diagnostic de l'autisme de sa fille, Madame Fatiha trouve du soutien dans sa foi, sa famille, et son psychologue spécialisé. Elle exprime sa reconnaissance pour l'aide reçue et cela lui permet de puiser la force nécessaire pour faire face à la situation. De plus, Madame Fatiha s'adapte aux besoins spécifiques de sa fille en modifiant les règles et les normes de la maison pour mieux répondre à ses besoins. Elle met en place des stratégies pour communiquer efficacement avec Ghania et crée un environnement favorable à son développement. Dans l'ensemble, on peut dire que Madame Fatiha démontre certaines qualités de résilience en trouvant un équilibre entre la prise en charge de sa fille autiste et la prise en compte de ses propres besoins. Son engagement envers Ghania et sa capacité à chercher du soutien lui permettent de faire face aux défis de manière positive et constructive.

#### **2.5 Cas de Madame Daouia :**

Suite à notre entretien et à l'analyse de son évaluation de résilience (score de 150), il est clair que M<sup>me</sup> Daouia possède des traits de résilience très développés.

##### **La première hypothèse :**

Madame Daouia a effectivement développé des stratégies de résilience pour faire face aux défis liés à l'autisme de son fils Anis. Elle s'engage activement dans des pratiques éducatives en enseignant des sourates du Coran à Anis et en favorisant l'interaction sociale. De plus, elle recherche un soutien

social en discutant avec d'autres mamans dans des situations similaires et en collaborant avec les professionnels de santé et d'éducation. En adoptant ces approches, elle montre sa capacité à être résiliente face aux défis quotidiens.

**La deuxième hypothèse :**

Madame Daouia a équilibré la gestion des besoins d'Anis avec la prise en compte de ses propres besoins personnels. Bien qu'elle ait traversé des moments difficiles émotionnellement, elle a su trouver du soutien pour elle-même, notamment à travers les discussions avec d'autres mamans et le suivi avec les professionnels de santé mentale.

**2.6 Cas de Madame Sonia :**

Dans ce cas, M<sup>me</sup> Sonia présente un niveau peu résilient, comme indiqué par son score total de 111 points

**La première Hypothèse :**

Selon l'entretien avec Madame Sonia, nous pouvons constater qu'elle met en place des stratégies de résilience pour faire face aux défis de la parentalité d'un enfant autiste et pour soutenir le développement de sa fille. Elle s'implique activement dans des pratiques éducatives recommandées par des professionnels de la santé, ce qui montre son engagement envers le bien-être de son enfant. De plus, elle recherche du soutien social et émotionnel, en particulier auprès de son frère, pour l'aider dans son rôle de parent.

**La deuxième hypothèse :**

Même si Madame Sonia a un score relativement faible sur l'échelle de résilience, elle semble chercher à trouver un équilibre entre ses responsabilités envers sa fille autiste et ses propres besoins personnels. Elle reconnaît l'importance de prendre soin d'elle-même et semble trouver du réconfort et du soutien auprès de son frère. Bien qu'elle puisse se reposer en partie sur son frère pour lui donner du courage, elle semble consciente de l'importance de prendre soin d'elle-même pour être en mesure de soutenir sa fille de la meilleure façon possible. Ainsi, bien que son score de résilience puisse être considéré comme faible, le fait qu'elle cherche à trouver un équilibre entre ses responsabilités envers sa fille et la prise en compte de ses propres besoins personnels indique qu'elle est sur la voie pour démontrer des niveaux plus élevés de résilience. Son soutien social et émotionnel de son frère pourrait également jouer un rôle important dans son développement de la résilience.

### 3. Analyse Comparative des stratégies de résilience, du stress et du soutien social

Pour approfondir la discussion des résultats en les comparant avec les études antérieures et les théories, nous allons examiner plus en détail chaque aspect pertinent de la résilience, du stress et du soutien social. Voici une analyse plus détaillée et comparative des résultats obtenus avec les études antérieures, accompagnée de références.

#### 3.1 Stratégies de résilience

##### . Cas de Madame Nabila

Madame Nabila a développé des stratégies de résilience en cherchant des ressources éducatives, en consultant un psychologue spécialisé, et en s'appuyant sur le soutien social de son père et de ses voisins.

##### Comparaison :

- **Masten et Garmezy(1985)** ont identifié que les relations de soutien et les ressources sociales sont essentielles pour le développement de la résilience. Dans le cas de Nabila, le soutien de son père et de ses voisins est crucial pour sa résilience, ce qui confirme les conclusions de cette étude.

- **Rutter (1987)** a décrit les relations de soutien comme des facteurs protecteurs qui augmentent la résilience. Le soutien social que reçoit Nabila est un exemple de ces facteurs protecteurs, confirmant les théories de Rutter.

##### .Cas de Madame Hayet

M<sup>me</sup> Hayet consacre beaucoup de temps à suivre les conseils des professionnels pour le développement de son fils et trouve du soutien chez son mari et son psychologue.

##### Comparaison :

-**Lazarus et Folkman (1984)** ont expliqué que les stratégies d'adaptation centrées sur le problème et sur l'émotion sont essentielles pour gérer le stress. M<sup>me</sup> Hayet utilise des stratégies d'adaptation centrées sur le problème en suivant les conseils des professionnels et des stratégies centrées sur l'émotion en trouvant du soutien chez son mari et son psychologue, confirmant les conclusions de Lazarus et Folkman.

-**McCubbin et Patterson (1983)** ont développé le modèle Double ABCX, qui souligne l'importance des ressources sociales pour gérer le stress familial. Les résultats montrent que le soutien constant de son mari aide M<sup>me</sup> Hayet à gérer les défis quotidiens, ce qui est en accord avec ce modèle.

**3.2 Soutien social :****. Cas de Madame Karima**

Le soutien de sa famille et de son mari, ainsi que les conseils de son psychologue, ont aidé M<sup>me</sup> Karima à renforcer sa résilience.

**Comparaison :**

-**House (1981)** a démontré que le soutien social, incluant le soutien émotionnel, instrumental, informationnel, et d'appréciation, peut atténuer les effets négatifs du stress. Le soutien que reçoit Mme Karima de sa famille et de son psychologue correspond à ces différentes formes de soutien, confirmant les théories de House.

- **Cohen et Wills (1985)** ont proposé le modèle de tampon, suggérant que le soutien social modère l'impact du stress sur la santé. Les résultats de Mme Karima montrent que son soutien social lui permet de gérer les défis quotidiens, ce qui confirme ce modèle.

**3.3 Gestion du stress et équilibre des besoins :****. Cas de M<sup>me</sup> Fatiha**

Mme Fatiha a développé des stratégies pour équilibrer les besoins de sa fille avec les siens, en modifiant les règles familiales et en cherchant du soutien émotionnel et social.

**Comparaison :**

-**Lazarus et Folkman (1984)** ont expliqué que l'adaptation au stress implique de trouver un équilibre entre les exigences de l'environnement et les capacités de l'individu. Mme Fatiha ajuste son environnement familial pour mieux répondre aux besoins de sa fille, illustrant cette théorie.

- **McCubbin et Patterson (1983)** ont souligné l'importance du soutien social pour gérer le stress familial. Mme Fatiha trouve du soutien dans sa famille et chez les professionnels, ce qui confirme l'importance des ressources sociales.

**3.4 Impact des ressources personnelles et sociales :****.Cas de Madame Daouia**

M<sup>me</sup> Daouia bénéficie d'un soutien familial fort et utilise des pratiques éducatives adaptées, ce qui renforce sa résilience.

**Comparaison :**

- **Rutter (1987)** a indiqué que des relations de soutien augmentent la résilience. Le cas de M<sup>me</sup> Daouia, où le soutien familial est très présent, illustre cette théorie.

-**House (1981)** a montré que le soutien social est un facteur clé pour atténuer le stress. Les résultats de M<sup>me</sup> Daouia, qui bénéficient d'un soutien familial et social, confirment l'importance de ce soutien.

**3.5 Résilience et équilibre des responsabilités :****.Cas de Madame Sonia**

M<sup>me</sup> Sonia tente de trouver un équilibre entre ses responsabilités envers sa fille autiste et ses propres besoins personnels, malgré un score de résilience relativement faible.

**Comparaison :**

-**Lazarus et Folkman (1984)** ont décrit l'adaptation au stress comme un processus de gestion des exigences environnementales. Les efforts de Mme Sonia pour équilibrer ses responsabilités montrent comment elle essaie d'adapter ses capacités à ses exigences, confirmant cette théorie.

-**Cohen et Wills (1985)** ont proposé que le soutien social modère les effets du stress. Mme Sonia trouve du soutien chez son frère, ce qui l'aide à gérer ses responsabilités, confirmant ce modèle.

**. Conclusion comparative**

Les résultats de cette étude sont en accord avec les théories et les conclusions des études antérieures sur la résilience, le stress et le soutien social. Voici un résumé détaillé des comparaisons :

**. Relations de soutien et ressources sociales (Masten et Garmezy, 1985 ; Rutter, 1987) :** Mme Nabila et M<sup>me</sup> Hayet bénéficient de relations de soutien cruciales, confirmant l'importance des relations sociales pour le développement de la résilience.

**. Stratégies d'adaptation centrées sur le problème et sur l'émotion (Lazarus et Folkman, 1984) :**

M<sup>me</sup> Hayet et Mme Karima utilisent des stratégies d'adaptation centrées sur le problème et sur l'émotion, soulignant l'importance de ces stratégies pour gérer le stress.

**. Importance du soutien social (House, 1981 ; Cohen et Wills, 1985) :**

M<sup>me</sup> Karima, M<sup>me</sup> Daouia et Mme Sonia bénéficient de divers types de soutien social, ce qui modère l'impact du stress sur leur santé, confirmant les modèles de soutien social.

**. Équilibre des besoins (Lazarus et Folkman, 1984 ; McCubbin et Patterson, 1983) :**

M<sup>me</sup> Fatiha et Mme Sonia trouvent des moyens de gérer les besoins de leurs enfants tout en prenant en compte leurs propres besoins, illustrant l'importance de l'équilibre pour renforcer la résilience.

**3.6 Tendances générales des cas**

L'analyse des études de cas présentées révèle plusieurs tendances générales en matière de résilience, de gestion du stress et de soutien social. En comparant les résultats de chaque étude avec les théories et les recherches antérieures, certaines lignes directrices et constantes apparaissent.

**3.6.1 Importance cruciale des relations de soutien**

La présence de relations de soutien est un facteur déterminant dans la résilience et la gestion du stress pour les personnes étudiées. Que ce soit le soutien de la famille, des amis, ou des professionnels, ces relations jouent un rôle central.

**Madame Nabila et Madame Hayet** montrent que le soutien familial et social est essentiel pour leur résilience, confirmant les conclusions de Masten et Garmezy (1985) ainsi que de Rutter (1987).

**Madame Karima et Madame Daouia** bénéficient également d'un soutien social significatif, ce qui modère les effets du stress, conforme aux théories de House (1981) et de Cohen et Wills (1985).

**3.6.2 Stratégies d'adaptation**

Les stratégies d'adaptation, tant centrées sur le problème que sur l'émotion, sont omniprésentes dans les cas étudiés.

**Madame Hayet** utilise des stratégies centrées sur le problème en suivant les conseils des professionnels, et des stratégies centrées sur l'émotion en trouvant du soutien chez son mari et son psychologue. Ces méthodes sont en ligne avec les conclusions de Lazarus et Folkman (1984).

**Madame Fatiha** ajuste son environnement familial pour mieux répondre aux besoins de sa fille, illustrant l'importance des stratégies d'adaptation pour gérer le stress familial comme décrit par McCubbin et Patterson (1983).

### 3.6.3 Équilibre des besoins

Un équilibre entre les besoins personnels et ceux des enfants ou des membres de la famille est crucial pour la résilience.

**Madame Fatiha** et **Madame Sonia** montrent des efforts constants pour trouver cet équilibre, ce qui est essentiel pour leur bien-être et leur résilience. Cette observation confirme les théories de Lazarus et Folkman (1984) et de McCubbin et Patterson (1983).

### 3.6.4 Soutien social comme modérateur du stress

Le soutien social agit comme un tampon contre les effets négatifs du stress, une constatation récurrente dans tous les cas étudiés.

**Madame Karima**, **Madame Daouia**, et **Madame Sonia** bénéficient de divers types de soutien social, ce qui aide à modérer l'impact du stress sur leur santé, validant les modèles de soutien social de House (1981) et de Cohen et Wills (1985).

#### Synthèse :

Les cas étudiés illustrent de manière cohérente l'importance des relations de soutien, des stratégies d'adaptation et de l'équilibre des besoins pour renforcer la résilience et gérer le stress. Les tendances générales observées confirment les théories et les recherches antérieures, soulignant l'importance de ces éléments dans le développement de la résilience et la gestion efficace du stress. Ces résultats mettent en lumière des pratiques et des stratégies qui peuvent être adoptées et adaptées par d'autres individus confrontés à des défis similaires.

# Conclusion

# Conclusion

---

## Conclusion générale :

L'autisme est souvent utilisé pour décrire une personne solitaire, repliée sur elle-même ou socialement isolée. Cette condition est associée à des anomalies dans le comportement, la communication et les relations sociales, au point d'affecter profondément les mères en première ligne, ainsi que toute leur organisation et leur vie quotidienne.

Confrontés à une pathologie lourde qui a des répercussions importantes sur leur enfant et eux-mêmes, les mamans essaient de maintenir un équilibre entre leur vie quotidienne et les besoins de leur enfant autiste. Ils s'efforcent d'ajuster leurs emplois du temps pour concilier leurs responsabilités et les besoins spécifiques de leur enfant. De plus, elles doivent faire face aux jugements extérieurs tout en veillant à assurer un avenir à leur enfant.

Dans le cadre de notre recherche sur le thème "la résilience chez les mamans ayant un enfant autiste", nous avons proposé l'hypothèse suivante : « les mamans d'enfants autistes développent des stratégies de résilience pour affronter les défis quotidiens et soutenir le développement de leur enfant en s'investissant dans des pratiques éducatives, en cherchant un soutien social et émotionnel, et en adoptant des méthodes de gestion du stress et de soin personnels ». Pour valider cette hypothèse, nous avons suivi une méthodologie spécifique, incluant les étapes de pré-enquête, d'enquête et une approche descriptive. Nous avons utilisé l'entretien semi-directif, adapté à notre sujet, ainsi que l'échelle de résilience RS-R de Wagnild et Young (1993) pour mesurer le degré de résilience des mamans ayant un enfant autiste.

D'après notre recherche et avec l'analyse recueillies lors des entretiens, on a trouvé que les mamans d'enfant autiste ressentent un mélange d'émotions intenses, elles se sentent découragé et inquiétude pour l'avenir, et elles sont totalement dans le déni au début. Mais Avec le temps beaucoup de mères ont développé une résilience remarquable et elles trouvent des moyens d'adapter leur quotidien.

Au cours de nos entretiens et à travers l'échelle que nous avons utilisée avec les mères, nous avons constaté que notre hypothèse initiale était confirmée. Les résultats montrent que les mères d'enfants autistes développent effectivement des stratégies de résilience pour gérer les défis quotidiens et favoriser le développement de leur enfant. Ces stratégies leur permettent de s'adapter et de surmonter les obstacles liés à la condition de leur enfant.

Cette deuxième hypothèse a également été validée par nos observations. Les mères qui réussissent à équilibrer les besoins de leur enfant avec les leurs montrent des niveaux de résilience plus élevés. Le soutien familial et social est déterminant pour leur capacité à gérer les défis quotidiens et à maintenir un équilibre sain.

## Conclusion

---

Pour aider les mamans ayant un enfant autiste à développer et à maintenir leur résilience, il est crucial de mettre en place un soutien émotionnel et psychologique, tel que des groupes de soutien, des séances de thérapie individuelle et des ateliers de gestion du stress. L'éducation et la formation sont également essentielles, avec des ateliers éducatifs et des ressources pédagogiques sur l'autisme. Un soutien pratique et logistique, comme l'aide à domicile et les services de répit, peut grandement soulager les tâches quotidiennes. Les programmes de formation parentale et le coaching individuel peuvent renforcer les compétences parentales. De plus, la création de réseaux sociaux et de communautés via des événements communautaires et des plateformes en ligne favorise les interactions sociales et le partage de ressources. Enfin, fournir des informations sur les aides financières disponibles et offrir de l'assistance pour les démarches administratives peut aider à alléger les charges financières. Ces interventions visent à offrir un soutien holistique, abordant les aspects émotionnels, éducatifs, pratiques et communautaires de la vie des mamans d'enfants autistes.

Cette étude a été une véritable opportunité pour approfondir notre compréhension du processus de résilience chez les mères d'enfants autistes. Nous avons pu observer que chaque mère aborde cette situation de manière singulière, en puisant dans son vécu personnel et sa force intérieure pour surmonter les obstacles liés à l'autisme de son enfant.

# **Références Bibliographiques**

## Références bibliographiques

---

### I. Ouvrages :

1. Anaut, M (2005). La résilience : surmonter les traumatismes. Paris : armand Colin.
2. Anaut, M (2003). La résilience : surmonter les traumatismes. (2é éd). Paris.
3. Anaut, M (2007). La résilience : surmonter les traumatismes. Paris : armand Colin.
4. Anaut, M (2008). La résilience : surmonter les traumatismes. Paris : armand.
5. Anaut, M (2015). La résilience « psychologie ce la résilience ». Paris, D unod
6. Angel.S (2010) la rousse de la psychologie, (2é éd) paris.
7. Amy, G, piola. M (2005) psychologie clinique et psychopathologie. (2é éd). Paris, bréal.
8. Bailly, D, Bouvard, M, Casadebaig, (2003). Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent.
9. Baghdadli, A. Brisot-duboi, J. (2001). Entraînement aux habilités sociales
10. Bertand.J(2008). Autisme, le gène introuvable, de la science buisines. Paris : du seuil.
11. Biezt, Bretière, M, Gillet, P (2018). Neuropsychologie et remédiations des troubles du spectre de l'autisme : enfants d'âges scolaire, adolescent et adultes. Paris.
12. Bettelheim, B. (1967). The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the self. The Free Press New York.
13. Boteyre.E, (2004), Résilience et réussite scolaire chez l'enfant de migrant, Dunod,paris.
14. Cohen, S.,& ; Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 98(2), 310–357.
15. Cyrulnik, B 2001. Manifeste pour la résilience, spiral no 18, 77-82
16. Cyrulnik. B, (1999), la résilience, un espoir inattendu. Ramorville Saint-ange.
17. Chahraoui, K, Bénony, (2003). Méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique. Paris, France : Dunod.
18. Chahraoui, Kh, Bénony, (1999). L'entretien clinique. Paris, Dunod.
19. Darras. B, (2015) des enfants du spectre autistique et l'émotion. Paris, l'ahrmattan
20. Darras. B, (2015) des enfants du spectre autistique et l'émotion. Paris, l'ahrmattan
21. Folstein, S., et Rutter, M. (1977). Infantile autism: a genetic study of 21 twin pairs. J Child Psychol Psychiatry 18, 297–321.
22. House, J. S. (1981). Work stress and social support. Addison-Wesley.
23. Juhel. J-C, (2003), « la personne autiste et le syndrome d'asperger ». Canada, presses de l'université Laval.
24. Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. Nervous Child 2, 217–250.
25. Lenoir et J.Malvy. (2007) l'autisme et les troubles de développement psychologique (2é éd), paris : elsevier masson.

## Références bibliographiques

---

26. Lelord.G,Savage. D, (1990), l'autisme de l'enfant. Paris, Edition Masson.
27. Liebenberg, L. (2017). « Comprendre les éléments et les indicateurs fondamentaux de la résilience ». Revue exhaustive de la littérature. 1-7 canada
28. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Springer Publishing Company.
29. Mehrani.F, (2006) Traitement de trouble de la personnalité borderline,thérapie cognitive, émotionnelle, Elsevier, Masson, Paris.
30. Midence, K, O'Neill, M (1999). The experience of parents in the parents in the diagnosis of autism. Autism, 3(3), 273-285
31. Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. American Psychologist, 56(3), 227–238.
32. - McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1983). The family stress process: The Double ABCX Model of adjustment and adaptation. Marriage & Family Review, 6(1-2), 7–37.
33. Ould Taleb. M, (2019), « l'autisme en Algérie ». El- Mouthakaf.
34. Philip.G,(2003), autisme et parentalité. Paris, Edition Dunod.
35. Revue Québécoise de psychologie, 22(1), 163-183.
36. Ritvo. E.R, Laxer. G, (1983), autisme, la réalité refusée. Edition simep, paris.
37. Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. American Journal of Orthopsychiatry, 57(3), 316–331. Development and psychology 24(2): 355-344
38. Rutter.M(2012) resilience as a dynamic concept.
39. Scelles,R, Bass, H,P. (2001), le handicap au sein de la famille, le journal des psychologies, n°291, p.18-21
40. Tardif.C, Gepner. B, (2003), l'autisme. Paris, Nathan.
41. Theis, A. (2006). Approche psychodynamique de la résilience : étude clinique projective comparée d'enfants ayant été victimes de maltraitance familiale et placés en famille d'accueil. Thèse de doctorat en psychologie clinique, sous la direction du professeur De Tychey, C. Université de Nancy 2.
42. Wong,V, Keyes, Y M L, & McGrew, J.H.(2017). Pré-diagnostic and diagnostic stages of autism spectrum disorder: a parent perspective. Child Care in practice, 23(2), 195-217.

## Références bibliographiques

---

### II. Les sites internet :

1. <https://sante-sur-le-net>.
2. <http://www.larousse.fr>
3. <https://agora.cq/Dossier/Résilience>

# **Annexes**

# Annexes

---

## Annexes n°01 :

### Guide d'entretien

#### Information personnelle :

Age :

Etat civil :

Niveau de scolarité :

Emploi :

Comment la dynamique familiale a-t-elle évolué depuis le diagnostic de votre enfant ?

Comment gérez-vous l'équilibre entre vos responsabilités professionnelles et les besoins de votre enfant ?

#### Axe 01 : Les renseignements concernant l'état de santé de l'enfant :

- Quel âge avait votre enfant au moment du diagnostic ?
- Quels symptômes avez-vous remarqué au début ?
- Comment avez-vous adapté votre quotidien pour répondre aux besoins spécifiques de votre enfant ?
- Comment évaluez-vous l'accessibilité et la qualité des soins spécialisés pour votre enfant ?

#### Axe 02 : Le vécu psychologique des mamans du diagnostic de leurs enfants :

- Comment avez-vous réagi à l'annonce du diagnostic ?
- Quelles émotions avez-vous ressenties suite au diagnostic ?
- Quelles ont été les sources d'information ou de soutien les plus précieuses pour vous après le diagnostic ?
- Pouvez-vous me parler d'une situation particulièrement difficile et de la façon dont vous l'avez surmontée ?

#### Axe 03 : Les informations concernant la résilience :

- Comment définiriez-vous la résilience dans le contexte de votre expérience en tant que maman d'un enfant autiste ?
- Quelles stratégies utilisez-vous pour faire face aux défis quotidiens ?
- Pouvez-vous partager des exemples de stratégies d'adaptation positives que vous avez développées au fil du temps ?

## Annexes

---

- Comment votre réseau de soutien (famille, amis, groupes de soutien) va-t-il contribué à votre résilience ?

### **Axe 04 : Les informations concernant l'avenir de la maman et de son enfant :**

- Quels sont vos espoirs pour l'avenir de votre enfant ?
- Comment envisagez-vous l'avenir de votre enfant en termes d'éducation, d'intégration sociale et de bien-être émotionnel ?
- Quelles sont vos attentes et vos préoccupations concernant l'avenir de votre enfant ?
- Quel soutien estimez-vous nécessaire pour l'avenir de votre enfant ?

## Annexes

### Annexe n°02 :

Pour chacun des questionnaires suivants, veuillez indiquer votre réponse en sachant qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Répondez selon votre opinion

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

## Annexes

---

### Annexe n° 3 : Echelle de résilience (wagnild & young, 1993)

Pour chacun des questionnaires suivants, veuillez indiquer votre réponse en sachant qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Répondez selon votre opinion.

| Items | Très en désaccord |   |   |   |   |   | Totalement en accord |
|-------|-------------------|---|---|---|---|---|----------------------|
|       | 1                 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                    |
| 1     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 2     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 3     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 4     |                   |   | X |   |   |   |                      |
| 5     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 6     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 7     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 8     |                   |   |   | X |   |   |                      |
| 9     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 10    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 11    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 12    |                   |   |   | X |   |   |                      |
| 13    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 14    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 15    |                   |   | X |   |   |   |                      |
| 16    |                   |   |   | X |   |   |                      |
| 17    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 18    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 19    |                   |   |   | X |   |   |                      |
| 20    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 21    | X                 |   |   |   |   |   |                      |
| 22    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 23    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 24    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 25    |                   |   |   |   |   | X |                      |

## Annexes

---

### Annexe n°4 :

#### Echelle de résilience (wagnild & young,1993)

Pour chacun des questionnaires suivants, veuillez indiquer votre réponse en sachant qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Répondez selon votre opinion.

| Items | Très en désaccord |   |   |   |   |   | Totalement en accord |
|-------|-------------------|---|---|---|---|---|----------------------|
|       | 1                 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                    |
| 1     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 2     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 3     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 4     |                   | X |   |   |   |   |                      |
| 5     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 6     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 7     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 8     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 9     | X                 |   |   |   |   |   |                      |
| 10    |                   |   |   |   |   | X |                      |
| 11    |                   |   |   |   |   | X |                      |
| 12    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 13    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 14    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 15    | X                 |   |   |   |   |   |                      |
| 16    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 17    |                   |   |   |   | X |   |                      |
| 18    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 19    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 20    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 21    |                   |   |   |   |   | X |                      |
| 22    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 23    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 24    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 25    |                   |   |   |   |   |   | X                    |

## Annexes

---

### Annexe n° 5 :

#### Echelle de résilience (wagnild & young,1993)

Pour chacun des questionnaires suivants, veuillez indiquer votre réponse en sachant qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Répondez selon votre opinion.

| Items | Très en désaccord |   |   |   |   |   | Totalement en accord |
|-------|-------------------|---|---|---|---|---|----------------------|
|       | 1                 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                    |
| 1     |                   |   |   |   |   | X |                      |
| 2     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 3     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 4     |                   |   | X |   |   |   |                      |
| 5     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 6     | X                 |   |   |   |   |   |                      |
| 7     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 8     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 9     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 10    |                   |   |   | X |   |   |                      |
| 11    |                   |   |   | X |   |   |                      |
| 12    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 13    |                   |   |   |   |   | X |                      |
| 14    |                   |   |   |   | X |   |                      |
| 15    |                   | X |   |   |   |   |                      |
| 16    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 17    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 18    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 19    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 20    |                   |   |   |   |   | X |                      |
| 21    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 22    |                   |   |   |   | X |   |                      |
| 23    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 24    |                   |   |   |   | X |   |                      |
| 25    |                   |   |   |   |   |   | X                    |

## Annexes

---

### Annexe n°6 :

#### Echelle de résilience (wagnild & young,1993)

Pour chacun des questionnaires suivants, veuillez indiquer votre réponse en sachant qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Répondez selon votre opinion.

| Items | Très en désaccord |   |   |   |   |   | Totalement en accord |
|-------|-------------------|---|---|---|---|---|----------------------|
|       | 1                 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                    |
| 1     |                   |   | X |   |   |   |                      |
| 2     |                   |   |   |   | X |   |                      |
| 3     |                   |   |   |   |   | X |                      |
| 4     | X                 |   |   |   |   |   |                      |
| 5     |                   |   |   |   | X |   |                      |
| 6     | X                 |   |   |   |   |   |                      |
| 7     | X                 |   |   |   |   |   |                      |
| 8     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 9     |                   | X |   |   |   |   |                      |
| 10    |                   |   |   |   |   | X |                      |
| 11    |                   |   |   | X |   |   |                      |
| 12    |                   | X |   |   |   |   |                      |
| 13    |                   |   |   |   |   | X |                      |
| 14    |                   |   | X |   |   |   |                      |
| 15    |                   |   |   |   | X |   |                      |
| 16    |                   |   |   |   |   | X |                      |
| 17    |                   |   |   |   |   | X |                      |
| 18    |                   |   |   |   |   | X |                      |
| 19    |                   |   |   |   |   | X |                      |
| 20    |                   |   |   |   |   | X |                      |
| 21    |                   | X |   |   |   |   |                      |
| 22    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 23    |                   |   |   |   |   | X |                      |
| 24    |                   |   |   |   |   | X |                      |
| 25    |                   |   |   |   | X |   |                      |

## Annexes

---

### Annexe n° 7 :

#### Echelle de résilience (wagnild & young,1993)

Pour chacun des questionnaires suivants, veuillez indiquer votre réponse en sachant qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Répondez selon votre opinion.

| Items | Très en désaccord |   |   |   |   |   | Totalement en accord |
|-------|-------------------|---|---|---|---|---|----------------------|
|       | 1                 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                    |
| 1     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 2     |                   |   |   |   |   | X |                      |
| 3     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 4     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 5     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 6     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 7     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 8     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 9     | X                 |   |   |   |   |   |                      |
| 10    | X                 |   |   |   |   |   |                      |
| 11    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 12    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 13    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 14    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 15    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 16    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 17    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 18    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 19    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 20    |                   |   |   | X |   |   |                      |
| 21    |                   |   | X |   |   |   |                      |
| 22    |                   | X |   |   |   |   |                      |
| 23    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 24    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 25    |                   |   |   |   |   |   | X                    |

## Annexes

---

### Annexe n °8 :

#### Echelle de résilience (wagnild & young,1993)

Pour chacun des questionnaires suivants, veuillez indiquer votre réponse en sachant qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Répondez selon votre opinion.

| Items | Très en désaccord |   |   |   |   |   | Totalement en accord |
|-------|-------------------|---|---|---|---|---|----------------------|
|       | 1                 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                    |
| 1     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 2     |                   |   | X |   |   |   |                      |
| 3     | X                 |   |   |   |   |   | X                    |
| 4     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 5     |                   |   |   |   |   | X |                      |
| 6     |                   |   |   |   | X |   |                      |
| 7     |                   |   |   |   | X |   |                      |
| 8     |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 9     | X                 |   |   |   |   |   |                      |
| 10    |                   |   | X |   |   |   |                      |
| 11    |                   |   |   | X |   |   |                      |
| 12    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 13    | X                 |   |   |   |   |   |                      |
| 14    |                   |   | X |   |   |   |                      |
| 15    | X                 |   |   |   |   |   |                      |
| 16    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 17    | X                 |   |   |   |   |   |                      |
| 18    |                   |   |   | X |   |   |                      |
| 19    |                   |   |   |   | X |   |                      |
| 20    |                   |   |   |   | X |   |                      |
| 21    |                   | X |   |   |   |   |                      |
| 22    |                   |   |   |   |   |   | X                    |
| 23    |                   |   |   | X |   |   |                      |
| 24    | X                 |   |   |   |   |   |                      |
| 25    |                   |   |   |   |   |   | X                    |

**Résumé :**

La recherche se concentre sur la résilience des mamans ayant un enfant autiste, avec pour objectif de comprendre comment elles font face aux défis associés à l'éducation de leur enfant.

Les facteurs de résilience, tels que le soutien social et les stratégies d'adaptation, seront étudiés pour identifier les moyens de renforcer la résilience de ces mamans.

Pour accomplir ce travail, nous avons choisi d'utiliser une méthode clinique descriptive basée sur des études de cas, ainsi que l'entretien clinique semi-directif et l'échelle de résilience de Wagnild et Young de 1993 (RS-R).

Dans cette étude on a trouvé que les mamans d'enfants autistes font preuve d'une capacité à résister, à s'adapter et à se relever face aux défis associés à l'autisme de leur enfant. Ces mères développent des stratégies de résilience pour prendre en charge leur enfant et faire face aux difficultés de manière positive. Leur résilience se manifeste également par leur capacité à maintenir un équilibre entre les exigences de la vie quotidienne et les besoins spécifiques de leur enfant autiste, tout en cherchant du soutien et en s'entourant de ressources pour les aider dans cette tâche difficile

**Mots clés :** la résilience ; mamans ; autisme ; enfant

**Abstract :**

The research focuses on the resilience of mothers with an autistic child, with the aim of understanding how they cope with the challenges associated with raising their child.

Resilience factors, such as social support and coping strategies, will be studied to identify ways of strengthening the resilience of these moms.

To accomplish this, we have chosen to use a descriptive clinical method based on case studies, as well as semi-structured clinical interviews and the 1993 Wagnild and Young Resilience Scale (RS-R).

In this study, we found that mothers of autistic children demonstrate an ability to resist, adapt and bounce back from the challenges associated with their child's autism. Their resilience is also demonstrated by their ability to maintain a balance between the demands of daily life and the specific needs of their autistic child, while seeking support and surrounding themselves with resources to help them in this difficult task.

**Key words:** resilience; mothers; autism; child.

# **La résilience chez les mamans ayant un enfant autiste : Etude de six cas réalisé à l'établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie d'Oued Ghir.**

---

## **Résumé :**

La recherche se concentre sur la résilience des mamans ayant un enfant autiste, avec pour objectif de comprendre comment elles font face aux défis associés à l'éducation de leur enfant.

Les facteurs de résilience, tels que le soutien social et les stratégies d'adaptation, seront étudiés pour identifier les moyens de renforcer la résilience de ces mamans.

Pour accomplir ce travail, nous avons choisi d'utiliser une méthode clinique descriptive basée sur des études de cas, ainsi que l'entretien clinique semi-directif et l'échelle de résilience de Wagnild et Young de 1993 (RS-R).

Dans cette étude on a trouvé que les mamans d'enfants autistes font preuve d'une capacité à résister, à s'adapter et à se relever face aux défis associés à l'autisme de leur enfant. Ces mères développent des stratégies de résilience pour prendre en charge leur enfant et faire face aux difficultés de manière positive. Leur résilience se manifeste également par leur capacité à maintenir un équilibre entre les exigences de la vie quotidienne et les besoins spécifiques de leur enfant autiste, tout en cherchant du soutien et en s'entourant de ressources pour les aider dans cette tâche difficile

**Mots clés :** la résilience ; mamans ; autisme ; enfant.

## **Abstract :**

The research focuses on the resilience of mothers with an autistic child, with the aim of understanding how they cope with the challenges associated with raising their child.

Resilience factors, such as social support and coping strategies, will be studied to identify ways of strengthening the resilience of these moms.

To accomplish this, we have chosen to use a descriptive clinical method based on case studies, as well as semi-structured clinical interviews and the 1993 Wagnild and Young Resilience Scale (RS-R).

In this study, we found that mothers of autistic children demonstrate an ability to resist, adapt and bounce back from the challenges associated with their child's autism. Their resilience is also demonstrated by their ability to maintain a balance between the demands of daily life and the specific needs of their autistic child, while seeking support and surrounding themselves with resources to help them in this difficult task.

**Key words:** resilience; mothers; autism; child

