

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

Département des Sciences Sociales

**Mémoire de fin de Cycle
Pour l'obtention du diplôme de Master en psychologie clinique**

Thème

Le fonctionnement familial chez les parents ayant un enfant autiste

Etude clinique de quatre (04) cas à travers le FAT

A l'association d'aide pour enfants autistes (EL-AMEL) de Bejaïa

Réalisé par :

Encadreur : M. GACI Khelifa

1-Melle MEDJDOUB Sabrina
2-Melle MOUSSAOUI Djida

Promotion 2016-2017

Remerciements

Tout d'abord, on est reconnaissant envers le grand Dieu « ALLAH » de nous avoir donné la force et la volonté pour accomplir ce travail.

Nos remerciements s'adressent en particulier à notre encadreur M. GACI KHELIFA pour sa disponibilité, son écoute et qui nous a fait profiter de ses larges compétences et ses conseils avisés. Qu'il trouve ici le témoignage de nous gratitude inconditionnelle

Un merci particulier à nous chers parents pour leurs soutiens, et leurs patiences durant toutes nos années d'étude. Aussi On tient à remercier l'ensemble du personnel de l'association d'aide pour enfants autistes EL AMEL « Espoir » ;

Nos plus vifs remerciements aux parents d'enfants autistes qui ont contribué à la réalisation de ce modeste travail.

Enfin nous souhaitons adresser nos remerciements les plus sincères aux membres de jury de ce mémoire ainsi à toutes personnes qui ont contribué à la réussite de cette formidable année universitaire.

Dédicaces

Avec un énorme plaisir, un cœur ouvert et une immense joie que je dédie ce modeste travail de fin de cycle en particulier :

*À mes très chers parents qui ont toujours été là pour moi, merci pour votre soutien
Durant toute ma vie, vos encouragements et votre compréhension.*

« Que Dieu vous garde ».

*À mon très cher petit frère YANIS que j'adore énormément,
Je profite à lui souhaiter la réussite dans ses études.*

*À la mémoire de ma très chère grand-mère YEMA FAFA et mon grand-père puisse
dieu*

Les accueillir dans son vaste paradis.

*À toute ma famille pour l'amour et le respect qu'ils m'ont toujours accordé, qui porte
Le nom de famille LASSOUANE ET MEDJDOUB ;*

*À mon cher fiancé FAOUZI, merci pour ton soutien et surtout ta patience durant toute
La période de la réalisation de ce modeste travail.*

*À tous mes amis(es) sans exception : avant tout ma très chère voisine SAADI LILA
merci Pour sa disponibilité, son soutien, et son aide, à mon chère binôme DJIDA et sa
famille.*

À toute personne qui m'ont encouragé et aidé au long de mes études.

SABRINA

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

À DIEU, pour m'avoir donné la force dans les moments difficiles d'éditer ce mémoire.

À mes chers parents, pour tous leurs sacrifices, leur amour, leur tendresse, leur soutien et leurs prières tout au long de mes études

À mes chères soeurs : Hassina , zahia , naima pour leurs encouragements permanents, et leur soutien moral,

À mes chers frères : Mourad , Moussa , Achour, Azzddine, zoubir et Abdennour qui n'ont cessé d'être pour moi des exemples de persévérance, de courage et de générosité

À mes chers petits neveux et nièces: Malik, Walid, abdel madjid , wissem

À toute ma famille pour leur soutien tout au long de mon parcours universitaire

Que ce travail soit l'accomplissement de vos vœux tant allégués, et le fruit de votre soutien infailible,

merci d'être toujours là pour moi

À la mémoire de mes Grands-Parents ☐

Le destin ne nous a pas laissé le temps pour jouir ce bonheur ensemble et d' exprimer tout mon respect, Puisse Dieu tout puissant vous accorder sa clémence, sa miséricorde et vous accueillir dans son saint paradis.

À mon promoteur Mr Gaci .k.

À mon cher binôme Sabrina pour son appartenance avec moi et à toute sa famille

À mes adorables amis(es) spécialement (Zohra, dihia, souhila , sabrina , sonia , Amir , kaci et djouad)

À tous ceux et toutes celles qui m'ont accompagné et soutenu tout au long de ce travail

Djida

Table de matière

Remerciement

Dédicace

Sommaire

Liste des tableaux

Liste des abréviations

Introduction générale.....I

Le cadre général de la problématique

La problématique et hypothèses 1

opérationnalisation des concepts clés 7

Partie théorique

Chapitre I : Le fonctionnement familial et ses caractéristiques

Préambule..... 09

1- Les définitions..... 09

1-1- La définition étymologique..... 09

1-2- La définition sociologique (famille algérienne)..... 10

1-3- La définition psychologique 11

1-4- La définition systémique..... 12

2- La typologie familiale 14

3- Le cycle de vie de la famille 16

4- Fonctionnement familial 17

4-1- Définition de la famille fonctionnelle 17

4-2- Définition de la famille dysfonctionnelle 18

5- Famille et psychopathologie 19

Conclusion du chapitre 21

Chapitre II : L'autisme.

Préambule..... 23

1- Historique et définitions..... 23

1-1- Historique..... 23

1-2- Définitions..... 24

Table de matière

2- Les types d'autisme.....	25
2-1- L'autisme infantile	25
2-2- L'autisme atypique.....	26
2-3- Syndrome de RETT	27
2-4- Syndrome d'asperger	27
3- Les signes cliniques de l'autisme.....	27
3-1- Des anomalies qualitatives des interactions sociales	28
3-2- Des anomalies de la communication.....	28
3-3- Des intérêts restreints et des comportements répétitifs.....	29
3-4- Autres signes cliniques	30
4- Etiologie de l'autisme	32
4-1- Approche psychogénétique de l'autisme infantile	32
4-2- Facteur biologique	35
4-3- Facteur génétique	36
4-4- Facteur environnementaux.....	36
4-5- Facteur neurologique	38
4-6- Facteur biochimique.....	39
4-7- Facteur cognitive.....	39
4-8- Les marqueurs neurobiologique et neuropsychologique d'autisme.....	40
5- Le diagnostique de l'autisme	41
5-1- Les outils de diagnostique et d'évaluation.....	41
5-2- Diagnostic différentiel	42
5-3- Les pathologies associées	42
6- L'impacte de l'autisme sur les familles	44
Conclusion du chapitre	45

Partie pratique

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule.....	48
1- La pré – enquête.....	49
2- La méthode de recherche	49
3- Groupe d'étude et ses caractéristiques	51
3-1-Critères d'inclusion de groupe d'étude	52
3-2- Tableau n°01 Récapitule les caractéristiques de groupe d'étude.....	52

Table de matière

4- Présentation du lieu et la durée de la recherche	53
5- Les outils de la recherche.....	54
5-1- L'entretien clinique de la recherche.....	54
5-2- L'entretien clinique.....	55
5-3- L'entretien semi directif.....	55
5-4- Le FAT (Family Apperception Test)	56
6- Le déroulement de la recherche	66
Conclusion du chapitre	67
Chapitre IV : Analyse et discussion des résultats	
Présentation et discussion des résultats des quatre cas	69
1- Présentation du premier cas	69
1-1- Présentation et discussion de l'entretien clinique	69
1-2- Analyse de l'entretien du premier cas.....	72
1-3- Analyse de protocole du FAT du premier cas	72
1-4- Feuille de cotation du premier cas	77
1-5- Analyse des huit (VIII) questions	78
1-6- Synthèse du premier cas.....	79
2- Présentation du deuxième cas	80
2-1- Présentation et discussion de l'entretien clinique	80
2-2- Analyse de l'entretien du deuxième cas.....	83
2-3- Analyse de protocole du FAT du deuxième cas	84
2-4- La feuille de cotation du deuxième cas.....	87
2-5- Analyse des huit (VIII) questions du deuxième cas.....	88
2-6- Synthèse du deuxième cas	89
3- Présentation du troisième cas.....	90
3-1- Présentation et discussion de l'entretien clinique	90
3-2- Analyse de l'entretien du troisième cas	95
3-3- Analyse de protocole du FAT du troisième cas	96
3-4- La feuille de cotation du troisième cas.....	101
3-5- Analyse des huit (VIII) questions du troisième cas	102
3-6- Synthèse du troisième cas	103
4- Présentation du quatrième cas.....	104
4-1- Présentation et discussion de l'entretien clinique	104

Table de matière

4-2- Analyse de l'entretien du quatrième cas	107
4-3- Analyse de protocole de FAT du quatrième cas	107
4-4- Feuille de cotation du quatrième cas.....	110
4-5- Analyse des huit (VIII) questions	111
4-6- Synthèse du quatrième cas	112
5- Discussion des hypothèses	114
Conclusion générale	119
Bibliographie	121
Annexes	

Liste des tableaux

Tableaux n°	Titre	Page
Tableau n°:01	Récapitule les cas de groupe d'étude	51
Tableau n° :02	Présentation la feuille de cotation	62
Tableau n°:03	Coefficient K de Cohen par groupe ET par catégorie (GINGRICH, 1987)	63
Tableau n°04	Niveau d'interprétation des valeurs du coefficient KAPPA	63
Tableau n°:05	Valeur De Km pour trois cotateurs sur toutes les catégories	64
Tableau n°:06	Difficultés présentées par les sujets de l'échantillon clinique	64

Liste des abréviations

Abbreviations	Significations
CARS	Child Hood Autism rating
CIM	La Classification Internationale des Maladies.
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, (manuel Diagnostique et statistiques des troubles mentaux).
FAT	Family Apperception Test.
L'ECSP	L'échelle de l'évaluation de la Communication social Précoce.
MECP 2	Methyl cpg binding Protein 2.
QI	Quotient intellectuel.
TED	Trouble Envahissant du Développement.
TOC	Trouble Obsessionnel Compulsif.
TSA	Trouble Spectre Autistique.

Introduction

L'autisme fait partie des troubles envahissants du développement (TED), est un trouble neuro-développemental complexe qui dure tout au long de la vie de la personne atteinte, il affecte diverses fonctions qui sous-tendent les relations sociales, l'expression des émotions, les capacités perspectives, cognitives et motrices (les compétences de communication, les interactions sociales).

Selon plusieurs auteurs, l'annonce de la maladie de l'enfant notamment l'autisme est vécue pour les parents comme choc, d'une souffrance morale, elle génère de terribles angoisses, un sentiment de culpabilité massif lié à la question de la responsabilité dont les parents expriment de divers sentiments : sentiment d'effondrement et d'abattement extrême, colère, honte, dépression, isolement, déni...

La révélation d'un enfant autiste provoque en effet un changement qui bouleverse la vie des parents, il évoque surtout la non-préparation à l'annonce, le sentiment de découragement et de la remise en question personnelle, il implique une désorganisation sur le fonctionnement familial, car cet enfant « différent » va changer leurs quotidiens, ainsi leurs modes de vie existants avant l'arrivée de son handicap.

Notre recherche portant sur le fonctionnement familial chez les parents ayant un enfant autiste est réalisée auprès d'un groupe d'étude de quatre cas. Pour les moyens d'investigations, nous avons choisi d'utiliser l'entretien semi-directif et le test de la famille (FAT).

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

Cadre générale de la problématique qui contient des hypothèses

Partie théorique : divisé en deux chapitres :

Chapitre 1 : la famille et ces caractéristiques. Il comprend une préambule, les définitions qui contiennent : la définition étymologique ; la définition sociologique (famille algérienne) ; la définition psychologique ; et la définition systémique, la typologie familiale, le cycle de vie de la famille, le fonctionnement familial qui contient la définition de la famille fonctionnelle et la définition de la famille dysfonctionnelle, famille et psychopathologie et une petite synthèse du chapitre.

Introduction générale

Chapitre 2 : l'autisme .il contient un préambule, historique et définitions, types d'autisme, les signes cliniques de l'autisme, étiologie de l'autisme, le diagnostique de l'autisme, et l'impacte de l'autisme sur les familles et une petite synthèse du chapitre.

Partie pratique : comprends deux chapitres :

Chapitre 3 : la partie méthodologique. Dans lequel on a présenté notre pré enquête, la méthode utilisée dans la recherche, le groupe d'étude et ses caractéristiques, présentation de lieu et la durée de notre recherche, les outils de la recherche et le déroulement de la recherche.

Chapitre 4 : comprends : la présentation et l'analyse de l'entretien et le test de la famille (FAT) effectués sur notre groupe d'étude, cas par cas, ce qui nous a permis de vérifier nos hypothèses.

Puis c'est la conclusion générale, la liste bibliographique et les annexes.

La problématique :

La naissance d'un enfant est souvent un événement exceptionnel pour toute la famille, il peut être issu d'un acte planifié, le plus souvent désiré, qui s'inscrit dans un projet familial et qui apporte un changement continu toujours en évolution au sein de cette famille. Cette famille Pour Yvonne Castella (1986) se définit comme

« Une réunion d'individus : unis par les liens du sang, vivant sous le même toit ou dans le même ensemble d'habitations, dans une communauté de services ».

Mais la famille est bien plus que cela ; il s'agit d'un système social structuré avec ses propriétés et ses règles, dans lequel chacun a un rôle précis.

Dans cette optique, la famille est donc perçue comme un système relationnel qui a une organisation, une structure, faite de rôles, de règles, de buts, de finalités et de triangle s'établissant entre ses membres. Elle a la capacité de s'autoréguler, de s'auto-corriger, d'échanger de manière continue et circulaire afin de maintenir son équilibre, son homéostasie.(Gaudreault, 2010)

Une famille n'est pas seulement une forme et un ensemble de fonctions, c'est aussi un ensemble de relations entre des personnes, entre des conjoints, entre des parents et des enfants, entre des membres de différentes générations

La compétence familiale est définie comme étant la capacité de la famille à accomplir les tâches principales qui lui sont dévolues (par exemple, s'organiser et gérer son fonctionnement). Elle est mesurée à l'aide de deux indicateurs : la structure (organisation des responsabilités dans le sous-système coparental et la hiérarchie intergénérationnelle) et le degré de confiance et d'estime de soi en lien avec la capacité à communiquer clairement, à accepter la différence et à résoudre les conflits. (Durkheim, 1975)

Cadre générale de la problématique

Selon les auteurs, l'objectif général d'une famille est de réussir à passer au travers d'une variété de tâches développementales de base et de crise. Chacune de ces tâches génère des défis que la famille doit relever, notamment le développement continu de tous les membres de la famille, le maintien d'un niveau de sécurité raisonnable et l'assurance d'un minimum de cohésion pour maintenir l'unité de la famille et lui permettre de fonctionner adéquatement en société. L'accomplissement des tâches développementales inclut : la performance des rôles, le processus de communication, l'expression affective, l'implication de chacun des membres, le contrôle ainsi que les valeurs et les normes. (Pauze, 2013)

Comme **Amiot** le souligne ; l'arrivée d'un enfant constitue incontestablement un événement majeur dans une vie. Les conjoints deviennent alors un couple parental, un lien qui les unira pour la vie. Mais, ce n'est pas parce qu'il s'agit d'un événement heureux que des difficultés ne se présentent pas. Cette transition de vie appelle des adaptations sur les plans personnel, relationnel, organisationnel et financier. Ainsi, en plus des joies que procure l'arrivée de l'enfant, des changements multiples et rapides bouleversent le quotidien des parents. Des conditions favorables peuvent atténuer ce choc (attitude des proches, aide matérielle et financière...); d'autres éléments, au contraire, sont susceptibles d'accentuer les difficultés d'adaptation... (Amiot, 2007).

Les changements provoqués par la venue de l'enfant dans les habitudes de vie du couple suscitent généralement, chez chacun des conjoints, une remise en question de ses priorités personnelles et professionnelles. L'un et l'autre auront à faire des compromis qui seront plus ou moins difficiles selon chaque individu et qui se répercuteront éventuellement sur la relation de couple. Or, la façon dont le couple s'adapte à la nouvelle situation et aux exigences associées au rôle de parent est susceptible d'avoir des répercussions sur la qualité de sa relation future. (Amiot, 2007).

Tous les couples ou familles, même les plus unies traversent des périodes de tension, connaissent de temps à autre des problèmes et des conflits dans la vie, en titre d'exemple la naissance d'un enfant handicapé, l'annonce du diagnostic de l'enfant sont apparues comme étant l'un des moments qui touchent la dynamique relationnelle du couple.

De ce fait, l'arrivée d'un enfant porteur de déficience dans la vie d'un couple est souvent associée à une fracture conduisant à distinguer un avant et un après. L'événement engendre indéniablement une brisure sur les plans personnel, familial et social. Si tous les parents doivent faire des concessions et aménager leur temps lorsqu'ils ont un enfant, la nouvelle organisation familiale avec un enfant handicapé doit prendre en compte deux éléments : l'enfant et la déficience, les frères et sœurs sont également affectés par l'arrivée d'un autre enfant dans la famille. Celui-ci les oblige à se penser « grands » puisque ses parents lui annoncent un « petit ». « **Marcel Rufo** », pédopsychiatre, explique que le handicap transforme profondément les relations fraternelles : les rivalités et les jalousies se jouent sur un tout autre registre. Les frères et sœurs se trouvent obligés de reconstruire leur relation avec les parents et d'en établir une nouvelle avec le bébé. (Manuel, 2008-2009).

L'arrivée d'un enfant avec une déficience bouleverse effectivement la vie du couple, mais ces bouleversements s'opèrent aussi sur les fratries, l'épreuve du handicap influe fortement sur les relations fraternelles et la construction identitaires, ils s'engagent malgré eux dans une aventure aux conséquences multiples, ils sont témoins de la souffrance de leurs parents, l'enfant peut ressentir divers sentiments face au handicap de son frère ou sa sœur : jalousie, injustice, honte, révolte, sentiment d'abandon, besoin de protection, culpabilité... Parmi ces, on cite l'autisme, qui sera employé en lieu et à la place de « troubles envahissants du développement (TED) dont il fait partie. Le handicap résultant de l'autisme est grave et permanent, l'autisme touche la capacité de la personne à maîtriser la communication et les interactions sociales avec autrui et donc de la personne avec les membres de sa famille. L'autisme est différent de beaucoup d'autres handicaps en ce que ses symptômes varient de légers à sévères, mais rendent presque toujours le quotidien des enfants et des parents très difficiles ». (Yvon, 2014, p.236).

Puis, lors de l'annonce du diagnostic les parents se trouvent fréquemment face à des sentiments de crainte, de choc, d'isolement, d'incertitude, de détresse, ou de culpabilité. Ils ont des difficultés notamment à se repérer dans la multitude d'informations mises à leur disposition, à analyser la pertinence des renseignements reçus. Bien que l'annonce du diagnostic puisse être vécue comme un chamboulement émotionnel, elle peut être également synonyme de soulagement, soulagement de savoir enfin de quoi souffre son enfant. (Laurie, 2012)

Cadre générale de la problématique

La vie familiale s'articule principalement autour de Cette pathologie. Il peut être très difficile pour les mères comme pour les pères de prendre du temps pour les relations sociales et amicales et/ou pour accomplir des activités personnelles, de couple ou de loisirs. Des tensions, de l'agressivité, ou au contraire un rapprochement et un approfondissement des liens conjugaux et familiaux peuvent survenir dans la famille.

Du Bled (2003) a identifié une entrave au niveau de la différenciation entre la place de l'enfant, des parents et du couple dans les familles avec un enfant atteint d'autisme. A long terme, cela peut conduire à un épuisement et à un découragement.

Dans de nombreuses situations, l'accompagnement et l'éducation d'un enfant autiste conduisent à des sentiments de profonde disqualification, d'incompétence et de déprime en raison des altérations qualitatives de la communication et des interactions sociales dont souffre l'enfant. Des changements au niveau de la profession, de la santé physique et mentale ont également été perçus. De plus le manque de tolérance et de compréhension face à l'autisme de la part de la société, des amis et des familles a souvent comme conséquence un isolement des parents (Du Bled, 2003).

Tout d'abord, ceux-ci sont confrontés à la réalité clinique de l'autisme, c'est-à-dire par exemple aux troubles du sommeil, aux crises, aux automutilations, aux difficultés d'apprentissage et d'alimentation, etc. Tout cela a un impact important sur le plan relationnel, psychologique et somatique.

Souvent, quand les familles se présentent dans les institutions, elles sont fragilisées et déstabilisées par l'autisme de leurs enfants. Cette fragilisation crée de fait un déséquilibre qui a des répercussions sur les relations qu'elles s'entretiennent avec les professionnels et les faits ses entirincompétents. Quand l'autisme survient dans une famille, quelques-unes de ces identités multiples acquises se modient. On parle d'abord de perte d'identité. Face à cet événement traumatisant, les parents subissent alors une déstabilisation identitaire se traduisant par des ruptures puis par des remaniements:1.Rupture avec soi-même (je ne me reconnais pas dans cet enfant) 2.Rupture des liens familiaux 3.Ruptures des liens amicaux 4.Remaniements de la structure familiale: accepter le nouveau quotidien avec le statut de l'enfant handicapé et de parents de cet enfant. (Jean-Bart ,2015)

Cadre générale de la problématique

Cependant élever un enfant autiste peut représenter un drame pour les parents, car cet enfant « différent » va changer leurs modes de vie, leurs quotidiens, ainsi il va changer leurs dynamiques relationnelles à l'intérieur et à l'extérieur de la famille, de ce fait on peut constater que l'annonce du diagnostic d'autisme est un moment capital pour les parents, ou les disputes, les conflits conjugaux, la culpabilité, le stress, le désespoir s'installent et de nombreuses questions inquiétantes qui se posent : est-ce que notre fils va guérir un jour ? ; est-ce qu'il va devenir un enfant normal comme les autres ? ; Que pouvons-nous faire pour l'aider ?

À la lumière des informations précédentes dans notre recherche sur « le fonctionnement familial chez les parents ayant un enfant autiste » qu'on a effectuée au sein de l'association d'aide d'enfants autistes « **EL-AMEL** », on a tenté de poser la question suivante.

Question :

-Qu'elle est la qualité de fonctionnement familial chez les parents ayant un enfant autiste ?

Hypothèse :

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

- La naissance d'un enfant autiste bouleverse le fonctionnement familial chez les parents, en créant des conflits qui se traduisent par des disputes et des désaccords au niveau conjugal et familial ainsi que des désengagements des membres les uns envers les autres comme les distances affectives.

L'objectif de notre recherche :

L'objectif général de cette recherche vise à cerner l'importance de notre recherche qui s'intitule : « **le fonctionnement familial chez les parents ayant un enfant autiste** ».

Cette recherche vise à :

- À comprendre et à éclaircir sur la qualité du fonctionnement familial chez les parents ayant un enfant autiste.
- L'évaluation de processus fonctionnel et dysfonctionnel et les structures familiales des parents ayant un enfant autiste, par un outil validé « FAT ».

Choix du thème :

Cadre générale de la problématique

Notre thème est porté sur le fonctionnement familial des parents ayant un enfant autiste , ce choix s'est dirigé d'une part pour nos intérêts et nos motivations pour le domaine du handicap mental plus particulièrement l'autisme et d'autre part a la répercutions de ce handicap sur la dynamique familiale ainsi sur le vécu psychologique de ces familles en détresse , le fait de s'intéresser au vécu et aux besoins de ces parents est une remarque de respect envers eux, leurs situations et leurs compétences .

Donc c'est un thème qui depuis longtemps attire notre attention et dont on a souhaité de leur donner une place particulièrement importante dans l'exercice de notre profession de futures psychologues.

Opérationnalisation des concepts clés :

Avant de commencer notre thème on doit définir les concepts utiliser dans notre recherche qui vont nous conduire dans notre démarche théorique et pratique, mais sans entrée en détail, on donnant des petites définitions qui sont les plus proches à notre thème de recherche et a les hypothèses qu'on a donné pour les rendre plus concrets et palpable selon notre terrain de recherche.

Autisme :

Un trouble sévère du développement de l'enfant apparaissant à un âge précoce, notre échantillon varié entre «3ans» et «10ans», ce sont des enfants qui se trouvent dans une association de prise en charge d'enfants autistes « EL-AMEL» qui sont accompagné par leurs parents.

C'est un trouble qui persiste généralement pendant la vie adulte, qui ce caractérisé par :

- Un isolement
- Une perturbation des interactions sociales
- Des troubles du langage, de la communication non verbale
- De l'activité stéréotypée avec restriction des intérêts.

Fonctionnement familial :

Le fonctionnement familial renvoie a un ensemble de processus qui concernent l'intégration et le maintien de l'unité familiale et sa capacité a mener a bien les taches essentielles a la croissance et ou le bien- être de ses membres telles l'éducation et la protection de sa progéniture ainsi la capacité a répondre aux événements imprévisibles .

Dysfonctionnement familial :

Qu'une famille souffre par ce que l'un de ses membres est malade ou qu'un individu s'effondre parce que son entourage manque de compréhension à son égard, ce sont là de Situations que tout le monde connait et peut admettre mais un groupe familial pourrait être perturbé dans son ensemble, et que la maladie de l'un de ses membres ne serait ni la cause ni la conséquence de cette perturbation mais qu'elle en témoignerait, il en va autrement. Les familles ayant un enfant autiste a travers le test projective FAT et les entretiens cliniques on

Cadre générale de la problématique

perçoit que leur système familial est caractérisé par : (des conflits conjugaux et familiaux, et des résolutions négatives et des systèmes fermés ainsi que des difficultés quotidiennes). Ce sont des réponses obtenues par les parents des enfants autistes sur le test du FAT concernant l'index général de dysfonctionnement qui doit dépasser (30) et la présence de conflits et l'absence de résolution de ces derniers.

Préambule :

Ce chapitre présente de manière générale le contexte de travail et les objectifs de notre recherche, on va commencer par une présentation de différentes définitions au terme famille, après on va présenter de manière générale les types de famille, puis on va aborder le cycle de vie de la famille, ainsi que le fonctionnement familial pour arriver en fin à famille et psychopathologie.

On peut dire que la famille est l'élément fondamental constituant la société, elle est constituée de parent et leurs enfants éventuellement peut être élargie ou restreinte, cela renvoie à dire qu'elle peut comporter des grands-parents et proches, comme elle peut n'être constitué que par le couple, mais le terme famille souligne à chaque individu une place, un rôle à accomplir d'où les interactions avec l'autre ou les autres. Dire d'une famille quelle est fonctionnelle ne veut pas dire qu'elle est parfaite, chaque famille va rencontrer au cours de son histoire des situations difficiles, des incidents qui vont venir menacer son fonctionnement tel que la naissance d'un enfant avec autisme.

1. Les définitions**1.1. La définition étymologique :**

Le mot famille dérivé du latin classique familia, dérivé de famulus (serviteur) : « la famille romaine est étymologiquement l'ensemble des famuli, esclaves attachés à la maison du maître, puis tous ceux qui vivent sous le même toit, maître et serviteurs, et sur qui règne l'autorité du pater familias, le chef de famille. Enfin, familia s'applique à la parenté et, en latin médiéval (VIII siècle) désigne un ménage de serfs. Famille a mis du temps à s'imposer face aux autres termes usités en ancien français : parenté, parentage, lignée, mesnie (dérivé du latin mansio qui a donné aussi maison) [...] avant le XVI siècle. [Le mot] désigne les personnes vivant sous le même toit et encor sauvant les domestiques seuls. L'idée de proche parenté apparaît tard (1585) et ce n'est que récemment que le mot évoque à la fois la parenté et la coprésidence [...] par extension, famille désigne la succession des individus ayant une origine commune (1611), puis un ensemble de personnes qui présentent des caractères communs (1658) ; de là viennent l'emploi du mot en histoire naturelle (1676) et les sens figurés ». (Albernhe.K et Albernhe .T ,2000 .p140) .

1.2. Définition sociologique (famille algérienne)

La famille constitue le carrefour de plusieurs sciences notamment (droit, sociologie, économie, anthropologie, psychologie, démographie), mais cela renvoie à la complexité de cet objet de recherche.

La question de la famille en Algérie a été abordée depuis des décennies par des sociologues algériens tels que : (**Mostafa Boutefnouchet, Lahouari Addi , Abdelmalek Sayad ...**).

Définition de la famille selon le point de vue sociologique :

Pour **Roger Mucchielli** 1980 envisage la famille comme étant un « groupe primaire naturel » : l'expression « groupe primaire » proposée par le psychosociologue américain **Cooley** désigne les petits groupes sociaux à interrelations directes et de face à face , par opposition aux « groupes secondaires » où l'interconnaissance n'est que potentielle et/ou les relations sont de type indirect ou contractuel, du fait d'une part de la grande taille du groupe et d'autre part de son organisation interne purement sociale .(Albernhé.K , Albernhé . T, 2004, p104).

Définition de la famille algérienne selon Mostafa Boutefnouchet :**Boutefnouchet a défini la famille comme telle :**

La famille se constitue de deux familles « famille simple » et « famille composée », la famille simple correspond à la famille réduite, conjugale, rassemblant le père, la mère, et les enfants non mariée.

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

-Évolution et caractéristiques de la famille algérienne :

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

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

Et durant la deuxième période qui se situe après l'indépendance, nous allons constater un changement et une évolution notable au sein des familles algérienne. de famille élargie regroupant le père patriarcale, elle est devenue une famille nucléaire regroupant les parents et les enfants. (Boutefnouchet, 1982, P38).

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

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

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

La famille algérienne est une famille indivise, à savoir que le père a sa « charge » ses fils (les filles quittent le domicile au mariage), les enfants issus de ses fils, et les enfants issus de ses filles: les descendants ne se quittent pas la grande maison, et forment autant de cellules qu'il ya de couples conjugaux avec leurs progénitures. (Boutefnouchet, 1982, P38).

1.3. La définition psychologique :

Selon le dictionnaire de la psychologie, la famille est «l'institution sociale fondée sur la sexualité et les tendances maternelles et paternelles, dont la forme varie selon les cultures (monogamique, polygamique, polyandrique.)». (Sillamy, 1999, p108).

1.4. Définitions systémiques

Pour la théorie systémique, tous les membres de la famille font partie d'un système ou chacun influe l'un sur l'autre. Elle constitue un système interactionnel « stable » qui ne veut pas dire sain. En tenant compte, la famille est une institution hiérarchique dont les interactions s'articulent autour de quatre(04) notions : les liens conjugaux, les liens de filiations, les liens de fratrie, et les liens de parenté. (Josien, 1991).

Pour « **Minuchin** » la famille est comme la matrice de l'identité individuelle, qui favorise le développement d'un sentiment d'appartenance et d'un sentiment d'être séparée.

Le sens d'identité de chaque membre est influencé par le sentiment d'appartenance à une famille spécifique, mais en même temps, la participation à différents sous-systèmes permet à l'individu de vivre un sentiment de séparation. (Minuchin, 1979)

Dans le sens de cette définition, la famille est une unité sociale qui fait face à une série de tâches de développement :

1- D'abord, le jeune couple doit faire une adaptation mutuelle pour plusieurs petites habitudes de vie quotidienne.

Dans ce processus le couple met au point un ensemble de patterns transactionnels, des séquences répétitives d'échanges verbaux et non verbaux qui se forment au cours de la vie quotidienne.

2- Ensuite, le couple doit aussi accomplir la tâche de se séparer de sa famille d'origine et négocier des relations différentes avec chaque membre de cette famille. De la même façon, toutes les rencontres avec le monde extrafamilial doivent être réorganisées et réglées de façon nouvelle.

3- A la naissance du premier enfant, les fonctions des conjoints doivent se différencier pour répondre aux demandes de soin et de nourriture du bébé.

L'engagement plus pique et effectif à l'égard de l'enfant demande un changement dans les patterns transactionnels des conjoints, le couple doit en même temps former un nouveau sous-système : le sous-système parental. Pendant cette période, ce nouveau sous-système doit redéfinir les frontières avec la famille étendue et le domaine extrafamilial. Le développement de la famille procède à travers plusieurs phases d'adaptation et restructuration.

4- Les enfants deviennent grands, puis adulte. Les parents deviennent grands-parents et, enfin, l'unité originelle mari-femme réapparaît. (Minuchin ,1979).

Pour « **Jackson** » la famille est comme un système homéostatique c'est-à-dire que le système familial se trouve toujours en équilibre grâce a des phénomènes de feedback négatif .les difficultés psychologiques d'un membre de la famille renvoient a un système familial pathologique dont l'équilibre repose sur la maladie de ce membre. (Lou Charlotte djo ,2014).

Selon **Minuchin (1974)**, la famille est un système social, une unité vivante .elle a un passé, un présent, un futur et des règles particulières et relativement stables de fonctionnement. Ainsi la famille est divisée en sous sous-systèmes avec les frontières intergénérationnelles et individuelles bien définies .les membres de chaque sous-système sont définis par rapport a leur génération et leur rôle dans la famille .ces sous-systèmes familiaux sont interdépendants et jouent un rôle important dans le développement de l'enfant.la famille est un système ouvert, l'environnement et la famille s'influencent mutuellement. (Lou Charlotte djo, 2014).

ET pour Holman, « la famille peut être vue comme un petit système social, composé d'individus liés entre eux et partageant une forte affection les uns envers les autres ainsi que des biens communs...Ainsi, la famille est abordée comme un système dynamique, constitué d'un ensemble d'éléments directement ou indirectement reliés à la façon d'un réseau. Chaque élément est lié à l'autre de façon plus ou moins stable au cours d'une période de temps définie ». (Pauzé et Petitpas 2013, p17).

De façon générale , on peut considérer que la famille est l'objet de diverses disciplines, ainsi de multiples définitions qui ont été proposé.les spécialistes des sciences sociales on définit la famille comme composante élémentaire, structurante de la société et c'est le groupe qui est le plus simple et tous et dans l'histoire et la plus ancienne, constamment elle est le premier groupe dans les individus se socialisent et apprennent a vivre en société ;de point de vue psychologique qui considère la famille le lieu de développement de l'enfant qui a une valeur majeure ;ce discours familial par le passage aux dimensions systémique qui rend en compte le système familial a une structure avec des propriétés relativisme et des règles a respecter entre les individus, qui vivant sous le même toit, ainsi elle maintien un fonctionnement et un dysfonctionnement dans les différents états « sains, pathologiques » .

2. La typologie familiale :

Dans cette typologie familiale, on fera référence aux travaux de Minuchin à la fois sur les familles des ghettos new-yorkais et sur les familles psychosomatiques.

À partir de 1967, **Salvador Minuchin** a décrit certains types de fonctionnement particuliers de familles noires ou portoricaines socialement défavorisées, les enfants de ces familles étaient facilement étiquetés comme des délinquants en puissance, voir des délinquants avérés. Le ghetto dans lequel ces familles vivaient renforçait les processus de marginalisation et de dérive des adolescents.

De ce fait ; **Minuchin** a remarqué l'existence de plusieurs points communs entre ces familles :souvent monoparental (« avec père de passage »),avec des modalités de contacts particulières(soit un enchevêtrement ,soit a l'opposé un désengagement),responsables d'un vécu indifférencié des transactions familiales entre parents et enfants (certains enfants se trouvent « parentales »,d'autres s'élèvent entre eux .(Albernhé.K ET Albernhé.T ,2000 ,P147) .

EN 1978, par la publication de psychosomatic families, y'avait l'existence des typologies familiales.

Notamment ;**Minuchin** et son équipe résulteraient leurs recherches cliniques menées au children 's hospital de Philadelphie ,les enfants qui étaient ré hospitalisés régulièrement dans ce centre vivaient dans des familles particulières, dont le fonctionnement était marqué par l'enchevêtrement des interactions familiales ,la surprotection ,la rigidité et surtout de nombreux problèmes directement irrésolus .tout se passe dans ces familles comme si le souci excessif de normalité psychique –trahissant une angoisse profonde de la folie-poussait les parents a « refouler »les conflits dans l'espace du « non-dit »,conflits qui réapparaissent sous forme corporelle, faute d'avoir pu être verbalisés .l'enfant se retrouve impliqué à son corps défendant ,dans le conflit parental et manifeste ,a sa façon le malaise familial qu'il ressent, mais qui ne peut se parler ,portant le symptôme ,l'enfant s'autosacrifie en évitant ainsi l'émergence directe du conflit , Minuchin a particulièrement approfondi ce type de fonctionnement chez les familles dont un des membres est anorexique. (Albernhé.K ET Albernhé. T, 2000).

À côté de cette typologie proposée par **Minuchin** et son équipe, on peut citer celle de D.REIS à Washington, qui a cherché à établir une corrélation entre le comportement symptomatique d'un patient et le style interactionnel de sa famille.

Pour cela, il a élaboré un test basé sur des tris de cartes qu'avaient à faire les membres issus de familles ordinaires, des schizophrènes, des délinquants. Les résultats obtenus lui ont permis de décrire trois grands types de familles :celles qui sont sensibles au consensus(un des membres est alors schizophrène ,comme si le consensus entravait toute divergence d'opinions),celles qui sont sensibles à la distance(un des membres est délinquant, comme si chacun voulait préserver son indépendance) ,celles enfin qui sont sensibles a l'environnement (considérées comme des femmes « normales »).(Albernhe . K ET Albernhe. T ,2000).

Pour la typologie de la famille algérienne

Les sociologues de la famille n'arrivent pas à trouver une dénomination consensuelle pour la famille algérienne. Les uns parlent de famille élargie, composée, étendue et récusent la notion de modèle familial unique ; d'autres parlent d'un modèle familial diversifié et présentant plusieurs types .Mais la tendance dominante est à la caractérisation d'un modèle familial résultant d'une stratégie multiple d'adaptation aussi bien en milieu urbain que rurale

Lors des enquêtes de terrain, les sociologues se heurtent en effet à la diversité des formes de cohabitation familiale.

À titre d'exemple, **Fatima Oussedik** (1988), dans une enquête menée dans certains quartiers d'Alger, a été amenée à dresser une typologie de son objet de recherche, dégageant cinq types de familles qu'elle classe par ordre de fréquence :

1. la famille néo-patriarcale étendue (couple, enfants célibataires et mariés, petits-enfants) ;
2. la famille néo-patriarcale réduite (couple, enfants célibataires) ;
3. la famille conjugale (couple, enfants) ;
4. la famille conjugale réduite (enfants vivant avec un seul parent veuf ou divorcé) ;
5. la famille paraconjugale (couple avec enfants, hébergé par les beaux-parents en raison de la crise de logement).

Pour dresser sa classification, Oussedik ne s'est pas contentée du critère du lieu de consommation ; elle a introduit d'autres critères comme le souhait de vivre dans des groupes familiaux étendus, la manière par laquelle les conjoints se sont connus et se sont mariés, etc. Si l'on ne retenait que le critère du lieu de consommation, il apparaîtrait dans l'enquête qu'il y a deux formes de familles en Algérie :

La famille conjugale (couple et enfants) et la famille composée formée de plusieurs couples avec enfants, se présentant comme unité de consommation partageant le même lieu de résidence. Cependant, l'une et l'autre forme semblent être un état transitoire évoluant vers l'une ou l'autre forme, comme si la société n'avait pas fixé la forme familiale de la reproduction sociale.

Ceci est confirmé par l'enquête menée par Oussedik qui constate que nombre de familles « néo-patriarcales » se sont constituées à partir d'une famille conjugale provenant de l'intérieur du pays dans les années 1960 (1986 : 98)

Cela dit, peut-on parler de famille conjugale en Algérie ? Même s'il y a des couples avec enfants, formant des ménages spatialement autonomes, il est difficile de les considérer comme des familles conjugales lorsqu'on considère la nature des relations entretenues avec la famille souche et ses membres.

La régularité des visites, la dépendance affective, les immixtions des parents et la permanence des relations interdisent aux familles nucléaires de s'autonomiser et de former des familles conjugales. (Addi ,2009).

3. Cycle de vie de la famille

Tout comme l'individu, l'unité familiale traverse des étapes prévisibles de croissance et de développement, elle change et évolue tant sur le plan de fonctionnement tant sur le plan de structure, selon que ses membres naissent grandissent. Ou quittent la cellule familiale

Parmi les travaux portant sur développement familial, ceux de Duvall (1977), de carter et MC Goldrick(1989) et de Hymovick(1992) nous permettent d'éclairer de cycle de vie de la famille (Beaudet.l.De Montigny.F, 1997).

3.1. Les étapes du cycle de vie de la famille

Étape 1 : famille conjugale (du début de la vie commune à la naissance du premier enfant) : exemple établir une identité conjugale, conserver une identité individuelle, modifier les relations avec les familles d'origine, décider de devenir parent.

Étape 2 : famille avec un nourrisson (de la naissance à l'âge de 30mois):

Exemple intégrer l'enfant dans l'unité familiale, acquérir les habilités inhérentes aux rôles de parents et de Grands-parents, modifier les relations avec la famille étendue afin d'intégrer les rôles de parents et ceux des parents, maintenir le lien conjugal et les identités individuelles

Étape 3: famille avec des enfants de en l'âge préscolaire (de 2 ans et demi à 5ans), exemple : éduquer les enfants et leur permettant d'acquérir les compétences sociales, s'adapter à la séparation parents_ enfants, intégrer le deuxième enfant à l'unité familiale.

Étape 4 : famille avec des enfants d'âge scolaire (de 6 ans à 12ans) exemple :

Faire face à l'influence du milieu et à celle des pairs (parents).

Étape 5 : famille avec des adolescents (de 13ansà 20ans) : acquérir plus d'autonomie (adolescents), redéfinir la relation conjugale et la vie professionnelles.

Étape 6 : famille d'âge mur (du départ du premier enfant à la retraite) : recherche de nouveaux champs d'intérêt indépendants, accepter les difficultés de santé des grands-parents à l'éventualité de leur mort.

Étape 7 : famille âgée (de la retraite aux décès des deux époux) : s'adapter au passage de la vie active à la retraite, maintenir le fonctionnement de couple, se séparer à sa mort et faire face à la perte des pairs (Beaudet.I. De Montigny.F, 1997).

4. Fonctionnement familial :**4.1. Définition de la famille fonctionnelle :**

La famille fonctionnelle est une famille dont les membres agissent ensemble pour améliorer leurs relations lorsqu'ils traversent des difficultés, elle ne veut pas dire qu'elle est parfaite. Toutes les familles rencontrent des difficultés de par la personnalité unique de chacun de leurs membres. Cependant, dans une famille qui fonctionne bien, ses membres

reconnaissent qu'ils ont des faiblesses et ils font des efforts pour améliorer leur relation. (MacArthur, 2009).

Selon les théories systémiques, une famille compétente ou fonctionnelle s'acquitte de ses tâches de façon satisfaisante, c'est un système ouvert en interaction avec le milieu, elle remplit deux types de tâches : des tâches externes de socialisation ou de transmission de la culture et des tâches internes de protection et de réponse aux besoins de ses membres, des enfants en particulier, ces tâches impliquent de nourrir, de contrôler et de guider les enfants et leurs importances varient selon leur âge et leur développement. (Minuchin, 1979).

Selon Gabarino et Abramowitz « les familles fortes trouvent une façon de produire des enfants compétents, de répondre aux besoins émotifs des parents d'agir comme unités économiquement et socialement viables ». (Brousseau et Simerd, (s-d), P 145).

Selon **Minuchin** « la famille saine », pourrait se définir comme un système qui encourage la socialisation en fournissant à ses membres tout le soutien, toute la régulation et toutes les satisfactions qui sont nécessaires à leur épanouissement personnel et relationnel. (Minuchin, 1979).

4.2. La définition de la famille dysfonctionnelle :

La famille dysfonctionnelle peut être définie comme un système familial relativement stressant, voire malsain, elle n'assume pas la fonction de permettre à chacun de développer une identité propre, une autonomie normale et de développer des relations saines à l'intérieur comme à l'extérieur de son giron. (Talon et Laurier, 2007).

Cependant ; entre les membres d'une même famille existent des tensions qui peuvent engendrer des conflits de toute sorte (vexations, pressions néfastes, blâmes, engueulades, membres qui ne se parlent plus, maltraitance ...). (Talon et Laurier, 2007).

On prend l'exemple de maltraitance qui est une dysfonction du système familial dans un contexte où les stress économique et sociaux, ainsi certains antécédents et caractéristiques des parents et des enfants nuisent à l'exercice des rôles parentaux et constituent aussi des facteurs de risque de mauvais traitements. (Brousseau et Simard(s-d), P147).

De ce fait ; ces dynamiques peuvent entretenir chez les personnes qui les vivent des malaises, de l'anxiété, une faible estime de soi, des frustrations et autres émotions négatives.

Par conséquent ; les blessures d'enfance ou conflits familiaux non résolus peuvent affecter le fonctionnement de l'individu, qui une fois adulte ressentira souvent des malaises sous diverses formes :(culpabilité, incapacité de réguler ses propres émotions, voir même engendrer des troubles de comportement tel que la délinquance ...etc). (Talon et Laurier.2007).

5. Famille et psychopathologie :

La famille constitue le premier lieu d'apprentissage, d'évolution, d'échange affectif, de solidarité et d'intégration sociale, elle assure la qualité de vie à ses membres. Par ailleurs, ces familles sont différentes parce que la déficience de l'un de leurs membres transforme de façon significative les conditions dans lesquelles elles doivent exercer leurs rôles familiaux et sociaux. Cette présence d'une déficience qui touche un membre de la famille modifie nécessairement la dynamique interne, mais change également les modes de relation avec l'environnement physique et social.

Ainsi, la déficience en vient à caractériser toute la famille et elle à des impacts variables sur la dynamique familiale selon son moment d'apparition dans la démarche de croissance de la famille. (Darveau, 1995).

On donne l'exemple là où un enfant dans cette famille est handicapé :

Comme on le sait, les parents veulent le meilleur pour leurs enfants. Il n'en est pas différemment dans une famille où il y a un enfant handicapé.

Ces parents, comme les autres, font tout ce qu'ils peuvent pour que leur enfant se développe le plus normalement possible.

Les parents consacrent ainsi beaucoup de temps et d'énergie pour lui prodiguer les soins, l'attention et le soutien dont il a besoin et pour qu'il s'intègre le mieux possible aux activités des enfants de son âge. L'horaire quotidien de ces parents s'en trouve très chargé et c'est souvent la course entre la maison, le travail et la visite des spécialistes. Bien souvent, ils devront répéter les démarches pour que leur enfant fréquente les terrains de jeux, la garderie et l'école avec les amis de son quartier. Il n'est pas rare que l'un des deux parents, le plus souvent la mère, soit obligé de sacrifier sa participation au monde du travail pour s'occuper de cet enfant qui requiert une attention soutenue que l'avance en âge ne réduit pas nécessairement. En même temps qu'ils s'acquittent de responsabilités particulières envers cet enfant, les parents doivent aussi s'occuper des autres enfants et de leurs propres liens conjugaux. Les frères et les sœurs doivent faire leur part pour assurer le bon fonctionnement de la famille, sans quoi elle ne réussirait pas à trouver un *modus vivendi* acceptable.

Les parents doivent également veiller à la stabilité de leur couple, car les occasions de mésentente ou de stress sont nombreuses. (Darveau, 1995).

Le développement d'un enfant qui a une déficience intellectuelle ou du psychisme représente un défi particulier pour les parents. Cet enfant qui a un rythme d'apprentissage spécifique, ou qui a des comportements différents des autres enfants, demandent souvent à la famille une attention et une patience de tous les instants. L'intégration sociale de ces enfants pose des difficultés aux parents quand ils sont en âge de rejoindre la garderie ou l'école. Ces derniers pensent que c'est au contact d'autres enfants qu'ils pourront davantage développer leur autonomie et améliorer leurs capacités intellectuelles, de communication et de sociabilité. Ainsi, certains parents doivent dépenser beaucoup d'énergie d'abord pour défendre les droits et les intérêts de leur enfant, ensuite pour les aider à cheminer dans des réseaux discriminants ou qui ne font pas suffisamment de place aux différences individuelles. (Darveau, 1995).

À côté de cet exemple qui impacte la cellule familiale, on peut citer aussi le phénomène de parentification, ce terme qui est apparu grâce à Boszormeny-Nagy.

La parentification a été beaucoup évoquée, notamment, lorsque les parents ont divorcé, l'un d'eux est alcoolique, dépressive ou encore décédée. Ce phénomène se produit également lorsqu'un membre de la famille (fratrie ou parent) est en situation de handicap. Ainsi beaucoup de parents confrontés au handicap d'un de leurs enfants, voient un autre de leurs enfants prendre des tâches ou un rôle qui leur incomberait. Bien que peu évoqué dans la littérature, ce phénomène peut apparaître lorsque l'un des parents est atteint d'un handicap. (Le Goff, 2014).

La parentification peut être définie comme un « processus interne à la vie familiale qui amène un enfant ou un adolescent à prendre des responsabilités plus importantes que ne le voudraient son âge et sa maturation dans un contexte socioculturel et historique précis, et qui le conduit à devenir parent de ses parents ». Ceci va entraîner une inversion des rôles et attribuer un rôle parental à un ou plusieurs enfants vis-à-vis de son/sa frère/sœur ou d'un de ses parents en situation de handicap ». (Le Goff, 2014).

Il s'agirait d'une certaine manière pour l'enfant/les enfants parentifiés/s de restaurer et de maintenir l'équilibre familial. En effet, l'annonce d'un handicap, à la naissance ou suite à un accident, bouscule l'équilibre familial, mais aussi les frontières intergénérationnelles et les rôles de chacun.).

L'enfant parentifié remplirait deux fonctions. D'une part une fonction « émotionnelle » telle qu'une fonction de médiateur (entre le/les parent/s et les professionnels du handicap) ou de confident auprès d'un ou des parents. La parentification aurait, d'autre part, une fonction « instrumentale » orientée vers les tâches, le soin de la personne handicapée, etc. (Le Goff, 2014).

Dans le cas où l'enfant atteint d'un handicap est, l'aîné/e se pose davantage la question des rangs. En effet, devenir l'aîné de celui initialement destiné à ce rang, crée des sentiments ambivalents chez les parents, la personne handicapée elle-même, mais aussi le frère/la sœur parentifiée/E. La parentification va parfois de pair avec la désaffectation parentale. Par-là, nous entendons le fait de ne plus recevoir d'affection et de soins de la part des parents, de perdre le droit naturel à la protection et au maternage et de se trouver priver d'amour. Ceci aura pour conséquence une « redistribution des places et rôles de chacun, remaniements de l'idéal du moi familial qui assure la cohésion de la nichée ».

En conséquence, la parentification peut être considérée comme des dysfonctionnements dans l'un des axes qui structurant la famille .elle entraine des conséquences négatives a court, moyen et long terme. Tant sur l'enfant que sur les membres de sa famille. (Le Goff, 2014).

Conclusion du chapitre :

Comme on vient de le voir, la présence d'une personne handicapée dans la Famille impose à ses membres des tâches, des ajustements et fait vivre des discriminations supplémentaires auxquels les autres familles ne sont pas confrontées et qui la touchent dans tous les aspects de sa vie. Ces familles vivent un stress non seulement additionnel, mais aussi permanent dans le sens qu'elles doivent s'y accommoder quotidiennement, et quelquefois pendant toute une vie.

Préambule :

Dans ce deuxième chapitre, on va présenter des généralités sur l'autisme ainsi les répercussions de ce trouble sur la famille.

On peut définir l'autisme comme un trouble envahissant de développement, apparaissant avant l'âge de trois ans, il est caractérisé par un isolement, une perturbation des interactions sociales, des troubles du langage, de la communication et de l'activité stéréotypée avec restriction des intérêts. Il crée une perturbation durable du développement mental. L'autisme demeure une maladie méconnue chez nous en Algérie, il représente un véritable problème de santé mentale.

1. Historique et Définition :**1.1. Historique :**

Si Kanner et Asperger ont choisi le terme « autistique » pour caractériser leurs patients, c'est en référence à « l'autisme », terme préalablement introduit en psychiatrie adulte par Bleuler en 1911, pour décrire un des symptômes majeurs de la schizophrénie consistant en la perte de contact avec la réalité, le rétrécissement des relations avec l'environnement, et conduisant les personnes schizophrènes à s'exclure de toute vie sociale par un mécanisme de repli sur soi ; d'où le terme « autisme » dérivé du grec *autos* qui signifie « soi-même ». (Tardif et Gepner, 2003).

Il est important de resituer le contexte dans lequel le terme « d'autisme » a été choisi et utilisé par Kanner, puisque des confusions ont pu naître du choix de ces appellations. Ainsi le terme « d'autisme » est choisi par Kanner (1943) pour désigner, chez un certain nombre de cas d'enfants rencontrés depuis 1938, cet état singulièrement différent de tout ce qui était connu jusqu'alors. Ce terme lui permettait alors de distinguer ce tableau clinique différent des entités cliniques préexistantes (telle l'arriération mentale pour laquelle ces enfants lui étaient adressés). Mais, par le choix de ce terme déjà utilisé par Bleuler, l'autisme a pu être confondu (et peut l'être encore) avec la schizophrénie. Or, si l'identification des deux entités ne repose que sur des critères comportementaux et des descriptions cliniques parfois proches, elles restent des pathologies distinctes. Tandis que l'autisme apparaît très tôt dans la première enfance, la schizophrénie est plus caractéristique de l'adolescence ou de l'entrée à

l'âge adulte. de plus si la schizophrénie est composée de symptômes « négatifs » qui pourraient présenter des similitudes avec certains signes d'autisme (désintérêt, indifférence sociale), elle présente en revanche des symptômes « positifs » qui ne se manifestent en principe pas dans l'autisme (délires et hallucinations sur fond d'imagination fertile). enfin même si les syndromes autistiques et schizophréniques ont des parentés sur le plan de certains mécanismes neuropsychologiques et peut-être dans le mode de transmission, ces deux affections ne sont pas superposables. ainsi, bien qu'il soit parfois délicat d'isoler des signes très intriqués dans le développement (notamment à l'adolescence) et d'individualiser les tableaux cliniques, il est important malgré tout de ne pas mélanger des affections contrastées, notamment pour les traitements, les prises en charge et la validité des recherches. (Tardif et Gepner, 2003).

1.2. Définition de l'autisme :

L'autisme est un trouble grave du développement qui se manifeste sous divers aspects, en général avant l'âge de trois ans. les personnes atteintes de troubles du spectre autistique présentent des caractéristiques cliniques dans trois domaines qu'on appelle également la triade autistique : altérations qualitatives des interactions sociales réciproques, des modalités de communication, et un répertoire d'intérêts restreint, stéréotypé et répétitif, les personnes atteintes d'autisme souffrent de graves troubles dans les relations et la communication. Elles ont des difficultés à entrer en contact avec l'autre. (Julien et Langlois, 2009, P09).

Selon le dictionnaire de psychologie l'autisme est défini comme : « repliement excessif sur soi, entraînant un détachement de la réalité et une intensification de la vie imaginaire ». (Sillamy, 2003, p 31).

Et pour **la classification internationale des maladies (dont l'appellation complète est la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé ainsi pour le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (CIM-10 et DSM-IV)**, ces troubles se caractérisent par une altération globale des capacités de communication, des perturbations dans la relation avec les autres, des activités et des intérêts restreints répétitifs, souvent stéréotypés. En théorie, il n'y a pas de retard mental associé, mais dans la réalité clinique, le fonctionnement cognitif présente habituellement des particularités. Au plan psychopathologique, les troubles envahissants du développement (TED) se caractérisent par une altération de l'organisation progressive de la personnalité avec une capacité d'adaptation

à la réalité variable en fonction du niveau d'exigence sociale et du niveau d'angoisse de l'enfant.

Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, révisé (DSM-IV-R) :

Les troubles envahissants du développement (TED) sont caractérisés par des déficits sévères et une altération envahissante de plusieurs secteurs du développement, capacités d'interactions sociales réciproques, capacités de communication, ou par la présence de comportement, d'intérêts et d'activités stéréotypés.

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

D'après ces définitions on constate que l'autisme est un trouble sévère et précoce du développement, qui apparaît en général avant l'âge de trois ans, il est caractérisé par une altération qualitative des interactions sociales, une altération globale des capacités de communication, et des intérêts restreints et répétitifs et qui sont caractérisés par une altération de l'organisation progressive de la personnalité.

2. Les types d'autisme selon le (DSM IV- TR) :**2.1. L'autisme infantile :**

Les caractéristiques essentielles du Trouble autistique sont un développement nettement anormal ou déficient de l'interaction sociale et de la communication, et un répertoire considérablement restreint d'activités et d'intérêts. Les manifestations du trouble varient largement selon le stade de développement et l'âge chronologique du sujet. Le trouble autistique est parfois appelé *Autisme précoce*, *Autisme infantile* ou *Autisme de Kanner*.

L'altération des interactions sociales réciproques est sévère et durable. Il peut exister une altération marquée dans l'utilisation des multiples comportements non verbaux habituellement destinés à gérer l'interaction sociale et la communication (ex., contact oculaire, mimiques faciales, postures corporelles, gestes).

Il peut exister une incapacité à établir des relations avec les pairs correspondant au niveau du développement du sujet, ce qui peut prendre différentes formes à différents âges. Les sujets

les plus jeunes peuvent montrer peu ou pas d'intérêt pour les relations d'amitié, les plus âgés peuvent s'y intéresser, mais être incapables de comprendre les conventions de l'interaction sociale.

L'altération de la communication elle aussi est marquée et durable, elle affecte à la fois les capacités verbales et non verbales .dans le cas ou le langage se développe , le timbre , l'intonation , la vitesse , le rythme ou la charge émotionnelle de celui-ci , peuvent être anormaux .les structures grammaticales sont souvent immatures , le langage est utilisé de manière stéréotypée et répétitive , ou bien le langage est idiosyncrasique (langage qui ne prend sens que pour les personnes habituées au style de communication du sujet). la compréhension du langage est souvent très tardive et l'individu peut être incapable de comprendre des questions ou des directives simples.une perturbation dans la pragmatique (utilisation sociale) du langage se traduit souvent par l'incapacité a coordonner la parole avec la gestuelle ou a comprendre l'humeur ou des aspects non littéraux du discours comme l'ironie ou le sous-entendu. Les jeux d'imagination est souvent absents ou notablement altérés, les jeux d'imitation simple ou les gestes rituels propres à la petite enfance manquent souvent, ou bien ils surviennent hors de propos et de façon mécanique.

Les sujets atteints de trouble autistique ont des modes de comportement , d'intérêts et d'activité restreinte , répétitifs et stéréotypé .ils ont une gamme d'intérêts particulièrement restreinte ,ils ne sont souvent préoccupés que par un seul sujet (par exemple les dates).ils peuvent passer leur temps a aligner un nombre précis de jouets toujours dans la même ordre.ils peuvent insister pour que les choses restent toujours pareilles ou manifester une résistance ou une détresse extrême a des changements mineurs de leurs environnements. (DSM-IV TR, 1996).

2.2.L'autisme atypique :

On doit se servir de cette catégorie quand existe une altération sévère et envahissante du développement de l'interaction sociale réciproque associée à une altération des capacités de communication verbale ou non verbale, ou à la présence de comportements, intérêts et activités stéréotypés, en l'absence des critères complets d'un trouble envahissant du développement spécifique, de Schizophrénie, de personnalité schizothymique ou de personnalité évitant. Par exemple, cette catégorie inclut sous le terme d'« autisme atypique » des tableaux cliniques qui diffèrent de celui du trouble autistique par un âge de début plus tardif, par une symptomatologie atypique ou sous le seuil, ou par l'ensemble de ces caractéristiques. (DSM-IV TR, 1996).

2.3. Syndrome de Rett :

Les caractéristiques essentielles du syndrome de Rett sont l'apparition de déficiences spécifiques multiples faisant suite à une période de développement postnatal normal. Typiquement, le syndrome de Rett est associé à un retard mental grave ou profond. On peut observer une fréquence accrue de crises d'épilepsie. Une mutation génétique est à l'origine de quelques cas de syndrome de Rett. (DSM-IV TR, 1996).

2.4. Syndrome d'asperger :

Les caractéristiques essentielles du syndrome d'asperger sont une altération sévère prolongée de l'interaction sociale et le développement de modes de comportements, d'activités et d'intérêts restreints, répétitifs, et stéréotypés. La perturbation doit entraîner une altération cliniquement significative dans le fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines importants. À la différence du trouble autistique, il n'existe pas de retard ou d'anomalie cliniquement significative à l'acquisition du langage bien que des aspects plus subtils de la communication sociale puissent être affectés. De plus, dans les trois premières années de vie, il n'existe pas de retard significatif dans le développement cognitif, ainsi qu'en témoigne l'expression d'une curiosité normale pour l'environnement, ni de retard à l'acquisition, en fonction de l'âge, de compétence d'apprentissage et de comportements adaptatifs.

À la différence du trouble autistique, le syndrome d'asperger n'est en général pas associé à un retard mental, bien que dans quelques rares cas la présence d'un retard mental léger ait été notée (ex., lorsque le retard mental ne devient apparent qu'au moment de la scolarisation, sans qu'il y ait eu de retard cognitif ou de langage apparent au cours des premières années de la vie). De la maladresse motrice et de bizarrerie peuvent s'observer, mais sont en général relativement légères, bien que les difficultés motrices puissent contribuer au rejet par les pairs et à l'isolement social. Des symptômes d'hyperactivité et d'inattention sont fréquents dans le syndrome d'asperger. (DSM-IV TR, 1996).

3. Les signes cliniques de l'autisme :

L'autisme se caractérise par un ensemble de signes cliniques présents dans les trois domaines essentiels que sont l'interaction sociale, la communication, et les intérêts et comportements.

3.1. Des Anomalies qualitatives des interactions sociales :

Les anomalies touchent particulièrement les comportements non verbaux utilisés classiquement pour entrer en contact avec les autres, les signaux non verbaux qui permettent de régler l'interaction sont absents ou ne sont pas utilisés correctement. L'utilisation du regard est ainsi souvent déviante : le contact oculaire est absent, le regard transfixion (le regard semble traverser l'interlocuteur), ou le regard est périphérique (la personne regarde de côté), et le regard n'est pas coordonné avec les autres signaux sociaux. Les mimiques sociales sont appauvries ou exagérées et peuvent sembler peu adaptées au contexte : exemple l'enfant rit sans que l'on comprenne pourquoi ou alors il sourit en regardant un rayon lumineux et ne sourit pas quand on lui parle ou lorsque l'on cherche à attirer son attention.

L'expression gestuelle est appauvrie. Les gestes, lorsqu'ils existent, sont rarement utilisés dans un but social de partage d'intérêt ou de demande d'aide. L'enfant pointe en direction de l'objet convoité, mais ne cherche pas le regard de l'adulte pour faire participer celui-ci à la situation.

La faible compréhension des expressions des autres entraîne une difficulté à s'harmoniser avec eux et à partager sur le plan émotionnel. L'enfant est donc isolé, ne recherchant pas le contact des autres et particulièrement des enfants de son âge. Il ne parvient pas à développer de jeux sociaux avec les autres enfants et ne s'adapte pas aux situations de groupe. Lorsque l'intérêt social se développe, les modes d'entrée en communication sont maladroits et l'enfant ne parvient pas à maintenir l'échange durablement. L'interaction sociale avec les adultes peut être meilleure dans la mesure où ceux-ci s'ajustent à l'enfant. (Rogé, 2003, P25).

3.2. Des anomalies de la communication :

Il existe un retard d'acquisition du langage, certaines personnes autistes n'atteignent jamais le niveau de l'expression verbale (50%). Dans tous les cas, l'enfant n'utilise pas spontanément d'autre modeste communication (gestes, mimiques) qui lui permettrait de compenser le problème de langage. Le langage n'est pas bien compris, surtout lorsqu'il est

plus abstrait. Lorsqu'un langage apparaît, il se développe en général tardivement, et comporte des anomalies :

-Echolalie immédiate : l'enfant répète en écho ce que l'adulte dit.il peut par exemple répéter une question qui lui est posée au lieu d'y répondre. L'adulte demande : « tu veux boire ? » Au lieu de fournir une réponse. Cette absence d'inversion des pronoms et la confusion entre le « je » et le « tu »montres que la fonction d'outil de communication qu'a le langage n'est pas comprise.

-Echolalie différée : des mots ou phrases qui ont capté l'attention de l'enfant dans une situation donnée vont être répétés dans un autre contexte ou ils n'ont plus de sens .L'enfant répète inlassablement une phrase entendue aux informations télévisées : « demain il fera beau ».

-Utilisation idiosyncrasique du langage : l'enfant utilise des mots ou expressions qui lui sont propres.

L'expression verbale peut comporter des anomalies du rythme, de l'intonation et du volume. Même lorsque le langage est élaboré, il est peu utilisé socialement :la personne autiste initie peu de conversation qui ne concerne pas directement ses propres intérêts.les conduites d'imitation a caractère social (pour le plaisir de bavarder)et a du mal a soutenir une conversation qui ne concerne pas directement ses propres intérêts.les conduites d'imitation a caractère social se mettent difficilement en place, les jeux symboliques de « faire semblant »sont absents ou apparaissent tardivement. Lorsqu'ils sont appris à partir de répétitions avec un adulte, ils gardent un aspect plutôt répétitif et peu créatif. Exemple l'enfant a appris à donner a manger a la poupée et il ne pourra pas varier de comportement.il continue a donné a manger quand on veut lui faire mimer le comportement de donner a boire. (Rogé, 2003, P24).

3.3. Des intérêts restreints et des comportements répétitifs :

L'enfant oriente son intérêt vers un objet a l'exclusion des autres, le plus souvent, les objets qui retiennent ainsi son attention sont utilisés dans des activités répétitives : objet rond que l'enfant fait tourner, brindille qu'il agite devant les yeux, agitation de ficelles, transvasement d'eau ou de sable. C'est parfois seulement une partie de l'objet qui capte l'attention.par exemple, seule la roue de la petite voiture intéresse l'enfant qui la fait tourner au lieu de jouer a faire rouler la voiture, ou alors l'enfant s'absorbe dans l'ouverture et la

fermeture répétitive de la portière. Les activités répétitives concernant aussi le corps .on peut observer des balancements, des postures anormales ou des mouvements des mains ou des bras. Postures et mouvements complexes du corps peuvent se combiner surtout dans les formes sévères d'autisme. L'enfant peut par exemple poser la tête au sol et se balancer dans cette position, s'enrouler dans les pieds d'un meuble dans une posture que d'autres jugeraient inconfortable, se glisser dans un endroit où son corps sera comprimé. (Rogé, 2003, P25).

3.4. Autre signes clinique :

À côté de ces troubles qui constituent les critères principaux de diagnostic, d'autres anomalies peuvent être relevées. Dans l'examen clinique de l'enfant de nombreux signes qui n'appartiennent pas à proprement parlé aux critères de diagnostic de l'autisme sont fréquemment évoqués.

-Retard de développement :

Dans l'enfance, et avant que l'ensemble des troubles n'ait été identifié et rattaché au tableau d'autisme, des problèmes non spécifiques sont fréquemment relevés .le retard de développement psychomoteur, quoique non systématique se rencontre avec une fréquence non négligeable.on peut relever un décalage dans l'acquisition du maintien de la tête,de la station assise et de la marche. L'éveil à l'environnement est retardif.le retard dans la mise en place d'un langage fonctionnel est relativement constant. (Rogé, 2003, P26).

-Problème moteur :

Des signes tels que l'hypertonie ou l'hypotonie, des anomalies discrètes sur le plan postural, et des problèmes de coordination peuvent déjà être détectés précocement .les troubles se situent dans le domaine de la motricité globale comme de celui de la motricité fine et les perturbations touchent à la fois la motricité instrumentale qui permet l'adaptation à l'environnement, et la motricité de relation qui participe à la communication par les gestes et les postures. (Rogé, 2003, P27).

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

bien le réaliser par ailleurs .des postures particulières peuvent être observées par exemple la tête inclinée sur l'épaule. Dans les déplacements sont notées des anomalies comme le positionnement des bras en flexion ou en extension, les mouvements d'accompagnement de la marche étant inexistantes ou se produisant à contretemps.la marche sur la pointe des pieds qui peut être observée dans le développement normal ,subsiste a un stade ou elle devrait avoir disparu.des mouvements stéréotypés peuvent interférer avec le mouvement et rythmer les déplacements .Quoique fréquente, l'incoordination motrice n'est pas la règle.on enregistre parfois une aisance paradoxale a ce niveau, l'enfant étant alors capable d'adopter des postures a la limite de la rupture d'équilibre, d'escalader des obstacles et des compétences qui se situent largement au-dessus de son âge.

Au niveau facial, la mobilité est souvent réduite.les mimiques faciales sont pauvres et peu ajustées au contexte social. On observe ainsi des crispations, des mouvements parasites, des expressions faciales sans rapport apparent avec la situation, ou d'une intensité anormale. (Rogé, 2003, P29).

-Problèmes sensoriels :

La sensorialité comporte elle aussi de multiples anomalies d'apparition précoce.ces signes sont souvent très marqués avant l'âge de 6ans.les perturbations concernent généralement toutes les modalités sensorielles. Elles se manifestent par des réactions atténuées, voire absentes, ou au contraire par des réponses exagérées s'accompagnant de réactions d'évitement, et par des conduites entraînant une auto stimulation par rapport a des sources extérieures ou par rapport a la mobilisation du corps qui est source d'inputs sensoriels de nature proprioceptive, kinesthésique, ou vestibulaire. Certains enfants présentent des réponses dominées par l'hyperréactivité, dans la plupart des cas, les deux types de fonctionnements existent chez un même sujet et c'est donc la fluctuation des réponses qui caractérise le mieux le comportement.les récits autobiographiques livrés par des personnes atteintes d'autisme de haut niveau ont permis de confirmer l'existence de troubles sensoriels avec notamment une hyporéactivité a certains stimuli ou au contraire une extrême sensibilité a des informations spécifiques. Ces récits relatent également des états de panique, vraisemblablement liés à des situations difficiles à intégrer dans une perception cohérente de l'environnement. (Rogé, 2003, P29).

-Problèmes dans l'acquisition de la propreté :

L'acquisition de la propreté est généralement problématique. des cas d'apprentissage instantané et brutal se rencontrent .dans ce cas, l'enfant devient propre du jour a lendemain, ce qui contraste curieusement avec d'autres domaines dans lequel son développement est retardé. Mais dans la majorité des cas, le contrôle est difficile à établir et ceci pour différentes raisons.il existe fréquemment des troubles du transit avec diarrhée ou constipation rebelle. (Rogé. 2003, P28).

-Trouble émotionnels :

Ils sont fréquents dans le développement avec notamment des manifestations d'anxiété. Avec l'âge, les manifestations anxieuses s'estompent le plus souvent .dans certains cas cependant, les manifestations phobo-obsessionnelles s'installent durablement et s'amplifient.des éléments dépressifs peuvent aussi apparaitre, surtout à partir de l'adolescence et avec la prise de conscience des difficultés. (Rogé, 2003, P30).

4. L'étiologie de l'autisme:

Jusqu'aujourd'hui les causes qui déclenchent l'autisme c'est une question qui est bien évidemment l'apanage de la recherche scientifique, à la fois fondamentale et clinique.

Cette recherche se conduit en formulant des hypothèses sur des causes et sur leur enchaînement, et en testant ces hypothèses rigoureusement en recueillent des données par l'observation et expérimentation, il est à souligner que les recherches scientifiques sur l'autisme n'ont aucun préjugé et ne laissent aucune hypothèse de côté. Elles sont conduites en parallèle a tous les niveaux des crispations pertinents chaque niveau de description étant important et n'excluant pas les autres , l'enjeu véritable étant surtout de relirer les causes décrites aux différents niveaux dans ce paragraphe , nous présentons les facteurs de risque d'autisme et de troubles autistiques , c'est-à-dire les événements endogènes (génétique) et exogènes(environnementaux au sens large) qui semblent prédispose et concourir à la survenue d'un syndrome autistique chez un bébé ou un jeune enfant .

4.1. L'approche psychogénétique de l'autisme infantile

Longtemps la psychanalyse a occupé une position de monopole dans le champ de l'autisme. Elle a maintenu l'exclusivité pendant plus de vingt ans

Les premiers travaux sur l'autisme infantile sont l'oeuvre de psychanalyse ou d'auteurs d'inspiration psychanalytique: Bruno Bettelheim, Margaret, et Frances Tustin , sont les plus célèbres.

Les tenants de l'étiologie psychogène se sont engagés à partir d'un malentendu créé par Kanner.

De toute évidence Kanner, a réussi à mettre d'accord la communauté scientifique sur la spécialité du syndrome qu'il décrivait.

Malheureusement il a créé une confusion sur la question de l'étiologie du syndrome et des techniques thérapeutiques efficaces à lui opposer.

L'auteur Après l'étude de 11 cas d'enfants autistes, il donne une description de leurs parents qui laisse supposer que les troubles de la personnalité de ces parents seraient à l'origine de l'autisme de leur enfant. (Schopler, 1988.)

- **Selon Bettelheim** dans son célèbre ouvrage la «forteresse vide» Bruno Bettelheim dans la partie consacré à l'étiologie de l'autisme infantile précoce. S'est penché sur des études et observation faites par d'autres auteurs et entre Kanner.

L'auteur dans son ouvrage la «forteresse vide» qui fut longtemps une référence dans le domaine de l'autisme, s'est inspirée de son séjour dans un camp nazi en tant que juif.

Pour l'histoire, durant son enfermement il a remarqué certains prisonniers qui étaient enfermés sur eux même et ne communiquaient pas avec le monde extérieur. Ces victimes avaient perdu toute humanité et développaient une multitude de réactions schizo-phrénique, notamment à être soumis et à accepter leur sort.

Plus tard, en accueillant à Chicago des enfants autistes il va faire le parallèle entre les prisonniers et les enfants autistes.

C'est à partir de ces cas qu'il va construire une théorie de l'autisme et de sa psychogénèse.

L'auteur apporte des thèses originales pour comprendre l'enfant autiste et l'aider à se reconstruire.

Il va construire le concept de « situation extrême». IL se demande si ces enfants autistiques n'ont pas vécu quelque chose de semblable que les prisonniers juifs pour arriver à

se retirer ainsi du monde. Et à aboutir à une situation de non retour. Il parle de conditions extrêmes dont l'enfant autiste a été soumis.

D'après Bettelheim le nourrisson a un désir ardent d'agir sur le monde environnant, car il n'est pas passif comme on le prétend: mais il ya bien une activité de sa part.

Cette activité qui est nécessaire au développement du soi : il faut des conditions qui relèvent du biologique et de l'environnement.

Il évoque le rôle de la mère et son attitude au cours de la tétée et des soins serait elle capitale pour le développement de l'enfant et du soi. L'acceptation vraie de l'enfant par sa mère à travers le langage corporel, les mimiques, sourire et la participation à des actions combinées, l'encourage à être actif. (Bettelheim, 1969).

Il insiste sur l'importance de la réponse qui émane de la mère:« les affects qui ne rencontrent pas la réponse appropriée constituent une expérience extrêmement débilitante»

Ainsi l'enfant autistique serait celui qui n'a pas trouvé un environnement sensible à ses réactions, un climat de maturité qui l'aurait conduit à agir sur le monde environnant.

En expliquant la situation extrême de l'autisme comme étant une réponse à un environnement qu'il ne peut changer.

A Travers cet environnement, il vise la mère en particulier qui est décrite comme hostile et« réfrigérante» (c'est un terme emprunté à F.Tustin) de façon consciente ou non.

Son ouvrage fut critiqué par la suite par de nombreux auteurs de courant psychanalytique.

- **Selon Tustin** dans sa théorie sur la psychogenèse de l'autisme infantile Frances Tustin estime. Que l'enfant autiste aurait prématurément pris conscience de sa séparation d'avec le sein maternel, c'est-à-dire avec son objet de satisfaction pulsionnelle.

Il vivait cette séparation, non comme une perte psychique, mais comme une amputation physique qui de l'autisme est du a une absence totale ou partielle du nourrissage essentiel.

Pour expliquer l'environnement nourricier, l'auteur s'appui sur des exemples dans certaines institutions« rétrograde» (terme emprunté à F.tustin)

Dans ces institutions le personnel infirmier chargé de prendre en charge les nourrissons se contente seulement de les nourrir et de les laver. (Tustin, 1977) .

- Pour **Margaret Mahler**, le psychiatre et psychanalyste américaine, est un des premiers auteurs à étudier l'autisme infantile.

Dans une crèche, elle observe les enfants âgés d'une semaine à trois ans qui passent la journée avec leur mère. Elle en dégage une théorie développement psychoaffectif normal, psychose symptomatique.

L'auteur estime que la mère est le support du processus de Maturation qui aboutit à la séparation individuation de l'enfant.

Ce processus est obtenu grâce à la maturation neurologique et somatique de L'enfant, ainsi que le développement psychique et l'évolution de la relation d'objet libidinal :

Dans la première phase le nourrisson a une vie mentale et somatique, commandée presque exclusivement par les besoins élémentaires.

Dans la deuxième phase, il ya un état de dépendance absolue à la mère, l'enfant intègre la mère dans une relation duelle, où il ya a symbiose, le visage de la mère est reconnu et privilégié, l'enfant fait la différenciation entre diverses personnes qui gravitent autour de lui.

Enfin pour la troisième phase qui est un processus de séparation individuation du dixième mois à trois ans.

A ce moment l'enfant commence à déplace son investissement vers des capacités autres:- la marche, la perception, l'apprentissage.

4.2. Les facteurs biologiques :

Le Dr Bernard Rimland est le 1 premier à avoir introduit l'hypothèse de l'origine organique.

Il entreprend en 1974 une recherche avec la participation de 20 chercheurs venus du monde entier.

Partant de l'idée: que l'autisme n'est pas unique. C'est un syndrome dont les causes sont multiples.

Dans son étude il s'est intéressé à l'aspect anatomique, électro physiologique et biochimique des symptômes autistiques.

Il fut le premier à avoir introduit dans son étude cinq critères précis de diagnostic;

- L'âge d'apparition précoce des symptômes cliniques
- Une inaptitude profonde à communiquer avec autrui
- Un retard du langage
- Comportements ritualisés
- Motricité perturbée et stéréotypies. (Rutter et Schopler, 1991).

4.3. Les facteurs génétiques:

Il est vraisemblable que, comme dans d'autres pathologies médicales, les facteurs génétiques agissent comme des facteurs de prédisposition ou de vulnérabilité à développer un syndrome autistique.

Kanner en 1954 pose la question de l'existence d'un trouble d'autisme ayant pour conséquence un défaut de relation entre l'enfant et le monde environnant, grâce aux recherches sur les jumeaux et les familles, et aux données épidémiologiques, ces études ont en effet montré que, pour les vrais jumeaux, lorsque l'un des enfants est atteint d'autisme, l'autre a un risque d'au moins 70 d'être lui aussi atteint d'autisme ou de troubles apparentés.. En revanche, pour les faux jumeaux, lorsque l'un des enfants est atteint d'autisme, le risque pour l'autre d'être lui aussi atteint tombe à environ 4. (Tadif et Gebner, 2003).

Avec les technologies contemporaines (en rapide évolution), une anomalie du code génétique est constatée actuellement chez moins de 20 des personnes porteuses d'autisme. Une grande proportion de ces gènes concourt au fonctionnement de la synapse (connexion entre les neurones) et plus particulièrement, la synapse excitatrice au glutamate. La plupart des gènes identifiés ne sont pas spécifiques à l'autisme, mais sont aussi associés à la déficience mentale, à l'épilepsie ou à la schizophrénie. (Yvon, 2014).

Les études génétiques permettant aussi, par l'identification de gènes impliqués, puis des processus neurologiques affectés, d'accéder à certains des mécanismes générateurs de TSA (donc des mécanismes neurologiques) et d'envisager des stratégies médicamenteuses pour soulager les symptômes de l'autisme. (Yvon, 2014).

4.4. Les facteurs environnementaux :

Les facteurs de risque environnementaux de l'autisme sont considéré 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, ainsi que parmi ces facteurs de risque environnementaux, certains sont de nature organique (chimique ou infectieuse), d'autres sont de nature psychologique, d'autres enfin peuvent être interprété en termes organique ou psychologique. (Tardif et Gepner, 2003).

A) facteurs anticonceptionnels :

Quelques études épidémiologiques sur les mères d'enfants autistes ayant été exposées dans le cadre de leur profession à des agents chimiques toxiques (comme le benzène) avant la conception de l'enfant ainsi qu'il est possible qu'ils aient un impact mutatif sur la lignée des cellules reproductrices de la mère.

Par ailleurs, l'hypothyroïdisme a été retrouvé de manière significative dans l'histoire anté-conceptionnelle des parents (père ou mère) d'enfants autistes,,,, d'autres auteurs considérant ces antécédents matériels ou cours d'une grossesse ultérieure, dépression dont nous verrons plus loin qu'elle pourrait constituer un facteur de risque psycho organique d'autisme . (Tardif et Gepner, 2003).

B) facteurs anténatals:

La contamination de la mère par des agents infectieux, notamment les virus de la rubéole ou le cytomégalo virus, contractés pendant la grossesse, pourrait augmenter le risque de survenue d'autisme chez son enfant, soit par effet toxique direct sur les neurones du fœtus, soit par effet lésionnel indirect.

En effet, quelques rares études, qui n'ont à notre connaissance pas été répliqués , ont montré que la dépression maternelle pendant la grossesse et après la naissance, plus que tous les autres types de pathologie maternelle pendant la grossesse, pouvait constituer un facteur de risque de survenue d'un syndrome autistique chez l'enfant . (Tardif et Gepner, 2003).

C) facteurs périnatals (survenus autour de la naissance):

Selon certaines études épidémiologiques, des états de souffrance du nouveau-né, ayant entraîné une mise en couveuse, semblent plus fréquents dans les antécédents prénatals d'un enfant autiste que dans la population générale. De même. Que prématurité ou une

poste_maturité semblent plus fréquentes dans les antécédents d'un enfant autiste que dans les antécédents d'enfants tout venant. (Tardif et Gepner, 2003).

D) facteurs postnatals (où néo-natals):

D'une part, des infections postnatales par le virus de l'herpès, de la rougeole ou des oreillons semblent impliquées dans certains cas d'autisme et d'une autre côté il est possible que certaines carences environnementales majeures sur les plans éducatif et affectif, il est possible cependant que ce syndrome autistic_like soit une forme particulière d'hospitalisme (décrit par Spitz après la guerre de 39_45, et qui désigne un état de marasme consécutif à de graves négligences affectives précoces. (Tardif et Gepner 2003).

4.5. Facteurs neurologiques:

À l'heure actuelle la communauté scientifique considère l'autisme comme la conséquence d'un dysfonctionnement cérébrale, dont on ignore encore les causes et aussi les structures impliquées

On ne sait, si cette affection est localisée au départ dans un point précis du cerveau, avant de s'étendre à d'autres parties, ou : si elle est d'avance étendue à plusieurs parties.

À commencer par le Dr Margaret Bauman, neuro pédiatre à la Harvard medical school, qui a examiné les cerveaux d'une trentaine de personnes autistes mortes entre les âges de 5 à 74 ans

Elle a trouvé une anomalie dans le secteur qui comprend le centre émotionnel du cerveau, et la structure de la mémoire. D'après la chercheuse leurs cellules semblent être immatures, plus petites que celle des personnes normales.

En 1994 Garreau et al, suivi en 2001 par Boddart et al ont soumis des enfants autistes à des stimuli sensoriels, en particulier dans la sphère auditive pour comprendre les réactions inhabituelles de ces enfants. (Boddart et Zilbovicius, 2002).

Ainsi, De nombreux travaux en neurosciences cognitives concernent l'autisme, défi scientifique et thérapeutique majeur. Ils génèrent une littérature considérable en constante évolution. Avant de tenter une synthèse forcément provisoire et partielle, rappelons l'hétérogénéité des méthodologies expérimentales, avec leurs intérêts et leurs limites propres,

la grande diversité des populations étudiées au sein du spectre autistique (âge, intensité des symptômes, niveau de langage, de fonctionnement intellectuel, comorbidités) la diversité des contrôles(choix de la population contrôle, variables d'appariement) chacun de ces aspects a un impact sur l'interprétation et la portée des travaux: ce qui est vrai chez des enfants de 4 ans ne l'est pas nécessairement chez l'adulte, et réciproquement, une performance supérieure face à telle population contrôle sera simplement équivalents face à telle autre. Tel test de QI donnera une estimation plus favorable à telle ou telle population influençant le résultat, ainsi a l'heure où les résultats des neurosciences sont souvent connus par le biais de résultats uniques , largement diffusés et parfois déformés pour leurs donner l'allure spectaculaire qui convient à la communication, tentons de garder en tête que c'est sur la concordance d'indices nombreux qu'il nous faut fonder des généralisations. (Yvon, 2014) .

4.6. Facteurs biochimiques:

On a remarqué que les personnes atteintes du syndrome autistique présentent des perturbations au niveau des neurotransmetteurs. En effet, la sérotonine, la dopamine, la noradrénaline et la bêta endorphine se retrouvent généralement à un taux anormalement élevé dans le sang des individus autiste. « en 1979, un zoologue américain du nom de panksepp remarque une similitude entre certains comportements de l'autisme et les personnes qui consomment de l'opium, Il met également en cause les bêta endorphines, qu'il retrouve en excès dans les urines de personnes autistes, et propose pour contrer ce phénomène un régime sans caséine et gluten ,son hypothèse est simple: l'excès de bêta endorphine cérébrale viendrait d'une mauvaise assimilation de certains aliments, notamment les céréales (gluten) et les produits laitiers. (Amar, 2004).

4.7. Facteurs cognitives:

IL semblerait que les personnes atteintes d'autisme aient un déficit au niveau fonctions exécutives, de la cohérence centrale ainsi que de la théorie de l'esprit

Selon le pédopsychiatre andrew meltezoff de l'université de Washington, il existe un défaut central chez la personne avec autisme; leurs incapacitéà se représenterce que les autres pensent,

On estime que vers l'âge de 4 ans les enfants d'une manière générale, réalisent que les autres personnes ont leurs propres désirs, et pensent autrement qu'eux par contre les enfants

autistes pensent que tout le monde pense comme eux, ils ne savent pas que leurs parents, leurs frères et sœur , camarades, pensent et voient les choses autrement qu'eux. (Rogè, 2004).

Lorsque nous disons que les personnes atteintes d'autisme ont un style cognitif différent de la note, cela signifie principalement que leur cerveau assimile d'une manière inhabituelle les informations sensorielles (dans la définition du DSM III_R de l'autisme, on parle ainsi des « altérations qualitatives » dans la communication et l'interaction sociale).

La majorité des personnes atteintes d'autisme souffrent également de déficience mentale, mais leurs véritables problèmes de communication, de comportement social et l'imagination ne peuvent pas uniquement être expliqués par ce retard de développement. (Peeters, 2014).

4.8. Marqueurs neurobiologiques et neuropsychologiques d'autisme:

Ici, il ne s'agit pas de causes d'autisme, mais d'anomalies plus ou moins étroitement, et plus ou moins spécifiquement, corrélées à l'autisme. On appelle ces anomalies des «marceures» d'autisme au sens où ils signalent le dysfonctionnement d'un système qui peut causer l'autisme:

- **Marqueurs neurobiologiques:**

On trouve chez les personnes autistes:

- Les monoamines (sérotonine, noradrénaline, dopamine), du fait de leurs implications dans la régulation des émotions, de l'humeur, de l'anxiété et du stress, dont sont affectées les personnes autistes
- L'augmentation de la concentration de sérotonine dans le sang de certains sujets autistes était également retrouvée chez leurs apparentés au 1er degré (parents, frères, soeurs) ce qui maintenant la théorie génétique
- Augmentation des taux plasmatiques des neuro hormones de stress comme le cortisol, bêta-endorphines, et aussi de la noradrénaline. (Tardif et Gepner, 2003).

- **Marqueurs neuro-anatomiques :**

- Diminution du nombre de cellules de Purkinje et des cellules granulaires dans une partie de cervelet, impliqués dans: le traitement des informations sensorielles, la motricité et les apprentissages cognitifs.

- Changement cellulaire subtil dans le circuit limbique implique dans la mémoire et le traitement des émotions
- Anomalie de structure au niveau du niveau du cervelet, du cortex temporal implique dans l'association des percepts et dans le langage.
- Anomalie de structure au niveau du cortex frontal impliqué dans les prises de décision et les fonctions exécutives.
- Anomalies des structures au niveau de certaines régions cérébrales lors des activités cognitives, impliquées dans le traitement des visages, des émotions faciales. (Tardif et Gepner, 2003).

- **Marqueurs neuropsychologique**

La neuropsychologie est une discipline permettant de relier des anomalies comportementales avec leurs sous-jacents neurologiques. Les marqueurs neuropsychologiques chez l'enfant autiste concernent essentiellement les processus perceptifs, émotionnels, ou cognitifs. (Tardif et Gepner, 2003).

5. Diagnostics de l'autisme:

L'autisme dans sa complexité et sa diversité clinique nécessite un diagnostic crucial pour tous les parents et professionnels qui vont avoir accompagner l'enfant au long de son développement, cette étape importante fait appel au divers outils d'évaluation complètement indispensables pour l'affirmer et le préciser dans les diverses dimensions, ce diagnostic qui permet de renseigner sur la nature même du syndrome constitue la pierre angulaire de ce processus évaluatif. (Tardif et Gepner, 2003).

5.1. Les outils de diagnostic et d'évaluation:

- le CARS (Child Hood Autism rating), utilisé comme échelle d'évaluation de la " sévérité de l'autisme, graduée de (15 à 60), mise au point par Schopler
 - ✓ 15_29.5: pas d'autisme
 - ✓ 30_36.5: autisme léger à modéré
 - ✓ 37_60: autisme sévère à profond

Certains examens doivent être systématiques pour évaluer différents secteurs du développement :

- Une observation clinique d'une durée suffisante, éventuellement répétée dans le temps pour recueillir les capacités et difficultés.
- Un examen psychologique pour déterminer le profil intellectuel et socio_adaptatif. IL est recommandé d'utiliser l'échelle de Vigeland pour apprécier les capacités adaptatives et le profil psycho éducative révisée (PEP R), pour évaluer les comportements des enfants et leurs développements.
- Un examen du langage et de la communication pour évaluer les aspects formels pragmatiques, écrit, voir gestuel, échelle d'évaluation de la communication sociale précoce (L'ECSP). Est la grille de whetherby sont recommandé pour décrire le profil de communication en particulier chez les enfants avec peu ou pas de langage.
- Un examen du développement psychomoteur et sensorimoteur pour examiner la motricité, les praxies et l'intégration sensorielle.

5.2. Diagnostique différentielle:

Le diagnostic de l'autisme repose sur un ensemble de signes comportementaux et sur l'histoire du développement. Dans une première approche, le clinicien va donc recueillir les informations, le plus souvent à partir d'un entretien avec la famille et à partir de l'observation de l'enfant. Mais la confirmation du diagnostic est obtenu par des échelles standardisées qui en pas permettent d'apprécier la nature et l'intensité des troubles et de déterminer avec précision a quelle catégorie diagnostique appartient l'enfant porteur d'un trouble de spectre autistique. (Chossy, 2003).

5.3. Les pathologies associées:

L'autisme peut apparaître ou en association avec d'autres pathologies qui seraient soit une cause, soit une conséquence de l'autisme, soit encore partagée avec l'autisme une parenté physiopathologique.

Dans 12% à 30 % des cas, les troubles autistiques sont associés à une pathologie somatique dont l'épilepsie et les maladies génétiques sont les chefs de file. (Yvon .2014).

➤ Les pathologies Somatiques:

- **Les pathologies génétiques**

Bien que plus fréquentes lors d'un trouble autistique qu'en population générale, elles sont toutefois rares, mais nécessitent d'être dépistées.

Le risque augmente avec l'existence d'un faible niveau d'efficacité intellectuelle associé. Interrogé, le généticien décidera de la pertinence d'un bilan génétique. Les pathologies les plus communément rapportées sont :

Le syndrome de l'x fragile

Il touche en majorité les garçons, il entraîne une dysmorphie faciale caractéristique, des organes de grande taille, un retard mental, un déficit d'attention, et dans un certain nombre de cas, un syndrome autistique retrouvé que dans environ 4% des cas.

Le syndrome de rett

Anciennement inclus dans le TED, il survient, à l'inverse, essentiellement chez les filles qui dû à l'expression d'une mutation d'un gène MECP2 sur le chromosome X. ce gene pourrait aussi être impliqués dans certains troubles autistiques dans un petit nombre de cas

La sclérose tubéreuse de Bourneville

Elle est diagnostiquée chez 0,4% à 3% des sujets autistes. Elle fait partie d'un groupe de maladies nommées« phacomatoses».

Autres pathologies le cas du syndrome de Down (trisomie 21) du syndrome d'angelman ainsi que des maladies métaboliques les plus connues est la phénylcétonurie. (Yvon, 2014).

- **L'épilepsie :**

Il est intéressant de noter qu'un des onze enfants autistes étudiés par kanner était aussi atteint d'épilepsie. le fait est que 26% à 45% des enfants ayant un syndrome autistique sont touchés par des crises avérées d'épilepsie, le plus souvent sans cause identifiée. (Yvon, 2014).

- **Les déficiences et troubles« sensoriels»**

Concernant la vision et l'audition, les déficiences sont estimées peu fréquentes environ entre 0,9% et 5,9% selon les études. Néanmoins la prévalence de la surdité est dix fois plus élevée que dans la population générale.

Selon la classification du DSM_V les sujets ayant un syndrome autistique présentent dans des domaines et à des degrés variables des troubles sensoriels tel que l'hypermotilité ou l'hypomotilité, hyperacuité.

- **Les troubles du sommeil :** 50% à 80% des enfants autistes rencontrent une incidence élevée de troubles du sommeil d'intensité variable.

- **Déficiences intellectuelles :**

L'enfant ayant un syndrome autistique après de lui passé un diagnostic de déficience intellectuelle globale a des compétences très hétérogènes, ainsi les études ont annoncé chez 70% des porteurs d'un syndrome autistique, dont 30% a un retard léger à modéré et 40% un retard sévère à profond, la déficience intellectuelle est presque toujours associé au trouble autistique (Yvon, 2014).

- **Troubles obsessionnels compulsifs (TOC) :**

Sont évoquées par les comportements stéréotypés des personnes autistes (Tardif et Gepner.2003).

- **Troubles attentionnels avec ou sans hyperactivité:**

Ces troubles pourraient partager une origine physio pathologique commune, impliquant des systèmes corticaux et sous corticaux attentionnel et motivationnel (Tardif et Gepner, 2003).

6. L'impact de l'autisme sur les familles :

L'autisme, un trouble envahissant qui implique tous les membres de la famille:

Le trouble autistique est envahissant: toutes les compétences nécessaires pour développer des interactions sociales, afin de vivre en société, sont touchées. IL envahit le quotidien de tous les membres de la famille(les frères et sœurs, la famille proche et surtout les parents. Leur implication peut-être totale, vingt_ quatre heures par jour, sept jours par semaine tout au long de la vie de l'enfant et parfois de sa vie adulte, faut d'accompagnement adapté.

L'enfant avec autisme présente souvent des troubles secondaires: hyperactif, a souvent une alimentation sélective et carencée, des difficultés d'endormissement, des troubles du sommeil qui limitent les capacités de récupération des parents, il lui arrive aussi de mettre sa

vie en danger faute de comprendre les consignes de sécurité. Lorsqu'il est malade, il peut souffrir et être dans l'incapacité d'exprimer sa douleur, ce qui en cause courante de troubles de comportement. En plus de la crainte de le voir se maître involontairement en danger, les parents vont devoir relever le déficit de deviner ce qui s'exprime derrière chaque comportement problématique, chercher s'il s'agit d'un besoin vital ou pas, craindre constamment pour la santé de leur enfant. (Yvon.2014).

Les difficultés rencontrées par l'enfant dans les interactions font que, dès le plus jeune âge, les parents vont vivre une épreuve émotionnelle avec un enfant qui semblera indifférent à leur présence, qui ne partagera pas ses jeux et ses émotions, qui ne les regardera pas, qui ne jouera pas.

À cela va s'ajouter un sentiment d'extrême responsabilité envers un enfant qui ne comprend pas et ne maîtrise pas les codes sociaux qui permettent de vivre en société, les parents se rendent vite compte de la gravité du handicap social dont souffre leur enfant, mais ne savent pas comment agir. Le stress engendré est permanent et il peut-être accentué par les explications de proches ou de relations qui remettent en cause l'éducation donnée à l'enfant. Aux difficultés d'inventer des principes éducatifs non spontanés, innovants pour aider leur enfant à progresser s'ajoutent celles, injustes, d'être jugés inaptes à élever un enfant. puis la honte d'en être incapables, associée parfois à la honte du handicap. Les parents en viennent à limiter les contacts sociaux, pour se protéger, aggravant ainsi le point faible de leur enfant; l'autisme isole l'enfant et ses parents proches. (Yvon.2014)

Conclusion du chapitre :

À l'instar de ce chapitre à notre sens 'La dispersion et la collision des troubles envahissants de développement, Plus précisément l'autisme qui se caractérise par une anomalie et une complexité depuis leur étiologie qui estime comme le plus sévère des troubles psychopathologiques de développement qui bouleverse et qui alternent non seulement l'enfant malade lui-même, mais aussi tout le fonctionnement familial, la difficulté de cette situation qui rentrent la pensée de cette famille entre la curiosité de trouver la raison. Si l'autisme comme conséquence d'une organisation défensive primitive face à une situation traumatique où un facteur lie à l'environnement et l'obligation d'apprendre à s'adapter à vivre avec, et vue la prise en charge particulière, d'après ce qu'on abordé comme connaissance sur cette polymorphe, il aura une souffrance extrême des parents qui les mets

en position de militarisme et d'isolement vécu dans la détresse, la hanté et un taux de stress plus élevé.

Préambule :

Toute recherche scientifique ne peut être en tant que telle que lorsqu'elle repose sur une méthodologie et une théorie scientifique a fin de prouver une hypothèse a une question précise .donc chaque recherche nécessite une série d'étapes et de démarches méthodologique dans un protocole standard rigide, afin de rendre le travail objectif.

Dans ce chapitre on va présenter le déroulement de notre travail sur le terrain afin de vérifier nos hypothèses, il s'agit à ce niveau d'expliquer l'ensemble des techniques utilisées pour mener l'étude.

1. La pré enquête :

C'est une phase de préparation qui est très importante dans chaque projet de recherche , elle se fait par le biais de l'observation préliminaire des faits afin de recueillir le plus possible d'informations sur notre thème de recherche ou le sujet à étudier et de l'envelopper , et aussi de tester les questions de guide d'entretien élaboré pour l'enquête, cette phase et une phase de terrain assez précoce, dont les buts essentiels, sont d'aider à construire une problématique plus précis est surtout a formuler les hypothèses qui sont valides, fiables argumenter par la suite.

Notre pré enquête en relation avec notre thème de recherche s'est effectuée comme suit :

Au début on s'est renseigné sur les différentes associations existantes à Béjaia, on s'est présenter à l'association de prise en charge d'enfant autiste d'amizour « **EL AMEL** » pour vérifier si nous pouvons trouver nôtre groupe d'étude afin de confirmer sur leurs participations et leurs accords.

Premièrement, on à appliqué la consigne du test de (**FAT**) et quelques questions de guide d'entretien traduit en dialecte kabyle selon la langue parlée du patient, on a utilisé un entretien semi-directif ainsi on a constaté que ces outils ont été clarifié et facile pour l'application, et après cela on a sélectionné quatre (04) cas avec lesquels nous pouvons travailler, les résultats qu'on a obtenus après les essais nous a confirmé que ce test est efficace pour effectué notre recherche

2. Méthode de recherche :

On a choisi la méthode clinique dont on a appliqué la technique de l'étude de cas.

La méthode clinique:

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

Ainsi pour Marquet c'est :« envisager une conduite dans sa perspective propre , relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation , chercher à en établir le sens , la structure et genèse , déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits ». (Marquet, 2011, p5).

La« méthode clinique » vise donc à établir une situation de faible contrainte, pour recueillir des informations de la manière la plus large et la moins artificielle en laissant à la personne des possibilités d'expression. Elle refuse d'isoler ces informations et tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle. En ce sens elle s'oppose à la méthode expérimentale pour se rapprocher le plus possible des situations naturelles. Ses prétentions à l'objectivité, à la scientificité, à la reproductibilité des phénomènes et à la prédictivité en sont nécessairement réduites, elle suppose la présence du sujet, son contact avec le psychologue, mais aussi la liberté d'organiser le matériel proposé comme il le souhaite. (Pardinielli, 1999).

On s'est référé a cette démarche parce qu'elle tente de donner avec une image précise et bien illustrée d'un phénomène ou d'une situation particulière qu'il s'agit de la dynamique familiale et une explication globale sur le fonctionnement interpersonnel et encore plus profondément sur ces changements en cas de la naissance d'un enfant handicap l'autisme avec sa complexité et la souffrance et le bouleversement qu'il provoque au sein de ces familles, cette méthode nous a aidés dans notre étude vu les informations qui nous a servie comme un outil convenable pour la description et l'analyse donc c'est la plus pertinente.

L'étude de cas:

L'étude de cas apparaît deux activités distinctes l'une est un mode de travail clinique permettant le recueil (voire l'accueil) de données concernant un sujet : ces données doivent être riches (critères du maximum d'informations), diversifiées (critère de la multiplicité des sources) , subjectives (critères de la représentation du problème par le sujet), étendue (critère de la totalité et de l'histoire) l'autre activité est la production par le clinicien d'une représentation ordonnée, explicative, qui rende compte des éléments déterminants de l'histoire et de la subjectivité de la personne concernée. Cette représentation doit satisfaire aux principes de totalité (ne pas isoler les symptômes, considérer le sujet comme une totalité et de singularité(c'est la personne qui importe avec ses spécificités, son originalité, son intériorité, ses représentations, son histoire), l'étude de cas (avec ses deux volets) est par ailleurs utilisée à plusieurs niveaux de la psychologie : l'activité clinique professionnelle d'abord, l'activité de communication entre praticiens (exposer un cas , échanger autour d'un cas) , l'activité de connaissance (le cas dans la production et la validation de théories). (Colin, 2015).

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

L'étude de cas, qui occupe une place fondatrice dans la constitution des pratiques et des théories en psychopathologie, a fait l'objet des mêmes réserves. Elle est une méthode capitale pour apprendre à mettre en forme la complexité d'un individu confronté à des événements générateurs de souffrance, elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus .L'étude de cas est naturellement au coeur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. C'est une méthode déjà pratiquée par les premiers psychopathologues comme **Freud ou Janet** pour décrire les névroses et illustrer des hypothèses

théoriques. Elle a été également pratiquée en médecine pour décrire des maladies et leur évolution. (Chahraoui, Bebony, 2003).

Le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelles et passées (histoire du sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui, mécanismes de défense, etc),

Pour cela il rassemble un grand nombre de données issues des entretiens avec le sujet, mais également d'autres sources, bilans d'examen psychologiques, témoignages des proches et des soignants. L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques, mais tente de restituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie où sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension: organisation de la personnalité, relation avec l'environnement et avec l'entourage, événement présent et passés. De l'ensemble de ces données descriptives, le clinicien essaie de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite: celle-ci étant multiples, il essaiera de focaliser l'analyse sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraîné la situation problématique. (Chahraoui, Bebony, 2003).

L'étude de cas correspond à deux étapes différentes répondant à des opérations spécifiques, la première étape est celle de travail clinique concret et s'apparente à une procédure de recueil des informations adoptées à chaque sujet et la 2e étape est l'élaboration de ces informations sous forme d'une construction répondant à ces principes fondamentaux. (Pedieli, 2005).

3. Le groupe d'étude et ses caractéristiques:

À la lumière de la définition du problème, la formulation de notre problématique, l'objet de notre recherche, et les critères particuliers, on doit très précisément choisir et délimiter le groupe visé, choisir avec soin la tranche qui va répondre à notre thème de recherche. Selon **Grawitz, 1988** : « le groupe d'étude est un ensemble fini ou infini des éléments définis à l'avance sur lesquels portent nos observations et notre étude ».

On a sélectionné d'une manière volontaire quatre (04) parents des enfants autistes âgés entre (32 à 51 ans), leurs enfants âgés entre (03 à 10 ans), dans une association d'aide d'enfants autistes, selon les critères d'inclusion suivants :

3.1. Critères d'inclusion de groupe d'étude :

On a retenu comme critères de sélection de notre groupe d'étude, tous les cas disponibles répondant à :

- Un parent ayant au moins un enfant diagnostiqué comme autiste
- Cet enfant ne doit pas avoir une maladie grave ou un handicap physique.
- Le parent ne doit pas avoir un trouble ou une maladie grave.

3.2. Tableau n°01: récapitule les caractéristiques de groupe d'étude :

Noms	L'âge de l'enfant autiste	Durée de trouble	Niveau d'études
Mazigh	4ans	Un an et demi	Deuxième année lycée
Amel	10ans	7 ans	Troisième année licence
Aicha	7 ans	4 ans	Sixième année primaire
Tiziri	10 ans	7 ans	Troisième année lycée

A partir du tableau n°01:

On a (04) cas de parents d'enfant autistes qui sont de sexe masculin et féminin d'âge varié entre 33ans et 51ans , et leurs enfants autistes entre « 3 ans » et «10 ans » ,par rapport a la durée du trouble de ses enfants varie entre un an et demi (1an et demi) et 7 ans, ainsi leurs niveaux d'étude varient entre de sixième année primaire et troisième année licence.

4. Présentations du Lieu et la durée de la recherche :

Afin de pouvoir réaliser nôtre pre_enquete, on a effectué notre stage au sein de l'association d'aide pour enfants autistes d'Amizour (EL-AMEL), une association de prise en charge des enfants autistes qui situé a la zone d'activité(SNTV), elle a été créée le 10 mars 2014, sous l'agrément numéro 12/06.

Elle a ouvert ses portes le 28 septembre 2016, actuellement, elle prend en charge 54 enfants autistes, ils organisent des séances pour deux groupes la matinée et deux groupes l'après-midi, chaque groupe est composé de 5 enfants.

Sa structure est composée du bureau de l'association, ainsi une unité de 3 bureaux considérés comme ateliers de travail et une grande salle pour les activités de sociabilité.

L'association « EL-AMEL» est constituée de 3 psychologues cliniciennes, une éducatrice et une sociologue qui sont chargées de prendre en charge des enfants autistes, en utilisant le programme TEACCH et une orthophoniste chargée de travailler et d'améliorer le langage des enfants.

Pour l'objectif de l'association, elle vise Créé par un groupe de personnes de bonnes volontés afin d'unir les efforts pour une meilleure prise en charge des enfants autistes de la wilaya de Bejaia , cette association a pour objectif l'autonomie et l'épanouissement de cette catégorie avec un travail pluridisciplinaire :

- Prendre en charge une catégorie d'enfants touchés par l'autisme.
- Leur donner une possibilité d'étudier dans une école publique ou spéciale à eux.

- L'élaboration des activités éducatives, comportementales et cognitives dans le but de développer et d'améliorer les capacités des autistes.
- Elle vise à formuler et orienter les familles ayant des enfants autistes afin de les aider, qui est considérée comme une guidance parentale.
- Un soutien moral qui tend compte d'écouter et d'informer les parents et mieux décrypter les comportements de leurs enfants pour apaiser les tensions au sein du foyer
- Et un soutien pédagogique qui vise à conseiller sur le travail à effectuer avec leurs enfants et rappeler les étapes nécessaires à la scolarisation et les accompagner dans ces démarches.

5. Les outils de la recherche :

Pour réaliser notre étude sur « le fonctionnement familiale chez les parents ayant un enfant autiste» on a utilisé les outils suivants:

- L'entretien semi-directif
- Le FAT (family apperception test)

5.1 L'entretien clinique de recherche

La pratique de l'entretien avec le patient ou avec son entourage permet d'obtenir des informations sur le psychisme de sujet, sachons qu'il n'est pas la seule méthode, il peut être complétée considérable par d'autres méthodes, son but est diagnostique ou il permet de repérer les symptômes puis les classées et thérapeutique, il instaure une relation qui permettra

La prise en charge psychologique et élaboration d'un projet thérapeutique. (Chahraoui et Bénony ,2003).

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

5. 2. L’entretien clinique :

L'entretien clinique inscrit dans le champ de la relation d'aide ainsi l'adjectif « clinique » a un sens médical assez large et un sens psychologique plus étroit ou on l'entend en psychologie clinique par lequel le psychologue comprend la vie psychique et favorise l'évaluation psychique d'un sujet, le plus souvent en difficulté psychologique, dans le cadre d'une relation d'aide psychologique. Au sein de cette relation, le psychologue est centré sur la dynamique de la vie psychique du sujet qu'il cherche à saisir à travers des données objectives ainsi qu'en utilisant sa propre subjectivité comme instrument de compréhension en s'appuyant sur les phénomènes de résonance, d'empathie et d'intuition. Il met aussi en oeuvre des interventions techniques spécifiques pour comprendre et agir sur la vie psychique du sujet. (Bouvet, 2015).

5.3. L’entretien semi-directif :

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

On a associé à l'entretien semi-directif à un guide d’entretien:

Il s'agit de plusieurs questions préparées à l'avance, mais non formulées d'avance : elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'associations. Comme dans l'entretien non direct, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème, propose sans l'interrompre. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit. (Chahraoui et Benony, 2003).

Nôtre guide d'entretien est composé de 3 axes, chaque axe est constitué de questions principales en relation directe avec notre recherche et d'autres secondaires posées pour recueillir plus d'informations possibles sur la nature de fonctionnement familiale et le vécu avec l'autisme

de leur enfant , des questions sont posées en langue Française et en kabyle afin de bien expliqué ces cas .

Les informations personnelles : son objectif c'est de relever plus d'informations personnelles de sujet.

- 1- Les renseignements sur l'enfant autiste : c'est pour avoir des informations sur l'enfant autiste et sa pathologie.
- 2- Le vécu psychologique des parents ayant un enfant autiste : son objectif consiste à fournir un espace de parole, et d'exprimé son vécu par rapport a son enfant.
- 3- Les renseignements sur la dynamique familiale chez les parents ayant un enfant autiste dans cet axe nous essayons de savoir sur les relations du sujet au sein de sa famille et son entourage.
- 4- Le regard sur l'avenir : l'objectif de ce dernier axe est bien de relever les intentions de sujet et de projeter dans l'avenir.

5.4. Le FAT (Family Apperception Test):

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

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

La consigne du FAT :

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

On l'a traduit en kabyle selon la langue et la compréhension du patient :

« Sziy kra n tugniwin id yeskanen kra n twaculin. Am t id seknegh yiwet yiwet. d kemmi / dekachi ara yidyinin, ttekhilak, ayen i yeḍderrun deg tugniwin-a, ayen i yecudden yer tugniwin-a, amek i yettxemmimen d wamek i yetthussun yiwudam akken dayen d wamek ara tekfu tmacahutt-a. Sexdem ttexmam inek/ ynem. Maca hader anda ara s tenwud dakken llant tririyin yelhan ney tid ur nelhi mi ara d temeslayed yef tugniwin-a ;nekki ad araugh tiririyin-knak / ynam akken ur tettuyey ara ayen i yidennit ».

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

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

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

Planche 4 : le magasin de vêtement. Dans un magasin de vêtement, une femme montre une robe à une jeune fille. La jeune fille croise les bras, l'expression de son visage ne peut être décernée.

Planche 5 : le salon. Un homme, une femme et un garçon sont assis devant un poste de télévision. Une jeune fille a la main posée sur les boutons de la télévision. Un cinquième

personnage debout au fond de la pièce fait face aux autres, sa main est posée sur la poignée d'une porte ouverte.

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

Planche 7 : le haut de l'escalier. Un enfant regarde depuis une chambre à coucher, vers un escalier éclairé. Le lit est défait ; un réveil, posé sur la table de nuit, indique 11H : 30.

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

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

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

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

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

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

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

Planche 15 : le jeu. Deux garçons et une fille sont assis autour d'un plateau de jeux de société, à coté d'un arbre de Noël. Un personnage féminin les regarde, debout. À l'arrière –plan, un autre personnage, allongé sur un canapé tient un livre ouvert.

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

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

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

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

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

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

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

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

Cotation

Les catégories de cotation

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

➤ **Conflit apparent**

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

➤ **Résolution du conflit**

- Résolution positive
- Résolution négative ou absence de résolution

➤ **Définition des limites**

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

➤ **Qualité des relations**

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

➤ **Définition des frontières**

- Fusion
- Désengagement.
- Coalition mère / enfant

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

Circulation dysfonctionnelle

Mauvais traitements

- Maltraitance
- Abus sexuel
- Négligence/ abandon
- Abus de substances

Réponses inhabituelles

Refus

Tonalité émotionnelle

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

Tableau n°02 : Présentation la feuille de cotation

Auteurs: Jeffrey J. Wayne M. Scott, E. Gary E. Henry et Mary O. Solter		Age	Position dans la famille (ex. père, le grand-père)		cotation																	
Catégories		Numéros des planches																				Notes
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
CONFLIT APPARENT																						
Conflit familial		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
Conflit conjugal		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
Autre type de conflit		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
Absence de conflit		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
RESOLUTION DU CONFLIT																						
Résolution positive		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
Résolution négative ou Absence de résolution		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
DEFINITION DES LIMITES																						
Appropriée / adhésion		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
Appropriée / non-adhésion		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
Inappropriée / adhésion		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
Inappropriée / non-adhésion		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
QUALITE DES RELATIONS																						
Mère = allié		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
Père = allié		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
Frère/sœur = allié		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
Conjoint(e) = allié(e)		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
Autre = allié		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
Mère = agent stressant		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
Père = agent stressant		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
Frère/sœur = agents stressants		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
Conjoint = agent stressant		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
Autre = agent stressant		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
DEFINITION DES FRONTIERES																						
Fusion		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
Désengagement		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
Coalition mère / enfant		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
Coalition père / enfant		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
Coalition autre adulte / enfant		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
Système ouvert		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
Système fermé		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
CIRCULARITE DYSFUNCTIONNELLE																						
MAUVAIS TRAITEMENTS																						
Maltraitance		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
Abus sexuel		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
Négligence / abandon		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
Abus de substances		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
REPONSES INHAABITUELLES																						
REBUS																						
TONALITE EMOTIONNELLE																						
Tendance dépression		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
Colère hostile		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
Peur anxiété		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
Bonheur satisfaction		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
Autre type d'émotion		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	

Index Général de Dysfonctionnement

Tableau n°03: Coefficient K de Cohen par groupe ET par catégorie (GINGRICH, 1987)

Catégorie	Groupe total	Groupe contrôle	Groupe Clinique
Conflit apparent	0.766**	0.778**	0.753**
Resolution du conflit	0.660**	0.681**	0.637**
Définition des limites	0.582**	0.661**	0.513**
Qualité des relations	0.509**	0.517**	0.498**
Fusion / Désengagement	0.247*	0.367**	0.181
Relation triangulaire	0.284*	0.000	0.498**
Système ouvert / système fermé	0.532**	0.536**	0.527**
Circularité dysfonctionnelle	0.516**	0.856**	0.366**
Mauvais traitements	0.324*	0.195	0.340**
Réponses inhabituelle/ refus	0.566**	1.000**	0.554**

*P<.05;**P<.01

Tableau n°04: Niveau d'interprétation des valeurs du coefficient KAPPA

K	Niveau d'accord
0.81 - 1.00	Presque parfait
0.61 - 0.80	Elevé
0.41 - 0.60	Modéré
0.21 - 0.40	Passable
0.00 - 0.20	Léger
<0.00	Faible

Tableau n°05: Valeur De Km pour trois cotateurs sur toutes les catégories

Catégorie	Km	Niveau d'accord
Conflit apparent	0.693**	Elevé
Resolution du conflit	0.583**	Modéré
Definition des limites	0.357**	Passable
Qualité des relations	0.584**	Modéré
Definition des frontières	0.316*	Passable
Circularité dysfonctionnelle	0.256*	Passable
Mauvais traitements	0.522**	Modéré
Réponses inhabituelle	0.472**	Modéré
Refus	0.428**	Modéré

*P<.05;**P<.01

Tableau n°06: Difficultés présentées par les sujets de l'échantillon clinique

Difficulties présentées	
Désaccord systémique (en général)	9
Echec scolaire	7
Désaccord systémique (à la maison)	6
Dépendence	4
Repli social	3
Bagarre avec les frères et soeurs	3
Refus d'aller à l'école	2
Vol	2
Bagarre	2
Fugue	2
Refus d'obéissance à l'école	1
Menace de suicide	1
Tentative de suicide	1
symptômes psychosomatiques	1
Mensonge fréquent	1
Trouble déficitaire de l'attention	1
Cauchemars	1

6. Déroulement de la recherche:

Notre pratique a duré quarante-cinq jours(45), du 26 Mars jusqu'au 10 Mai.

En premier lieu, on a visité le terrain de la recherche, on s'est présentée autant que satagières psychologues dans le cadre d'une recherche pour la réalisation de notre mémoire de fin cycle , de ce fait, on a parler avec le président de l'association d'aide des enfants autistes « EL AMEL » de la wilaya de béjaia dans le but d'obtenir une autorisation de pratique , puis on a informé les parents d'enfants autistes sur notre démarche, on a obtenu le consentement et l'accord d'effectuer des entretiens avec eux et un test de famille (FAT) dans le cadre d'une recherche scientifique, on a pu travailler avec quatre(04) cas, dont trois (03) mamans et un seul père de famille.

Après on a commencé notre travail dans des conditions favorables, ainsi pendant le déroulement de notre recherche, on n'a pas trouvé des difficultés ni avec les parents, ni avec le personnel de l'association au contraire on a pu établir de bonnes relations avec eux.

L'entretien s'est basé sur un consentement libre et clair sa durée environ 20 minutes pour chaque cas, et la durée du test environ 45 minutes pour chaque cas, on insiste a chaque fois sur le secret professionnel, ils ont été effectués en langue « kabyle » la langue maternelle, par contre les deux cas qui ont un niveau d'instruction élevé et qui maitrisent bien la langue Française on a opté pour l'utilisation de l'entretien et le test de famille (FAT) en version française.

Conclusion du chapitre :

En conclusion , afin d'entamer une recherche scientifique il est important de souligner que chaque travail scientifique est lié à une méthodologie, qui comporte toutes les étapes que nous avons suivies pour la réalisation de notre recherche , et indiquer la méthode utilisée , les outils de la recherche , et a la démarche à suivre pour la collecte des données sur notre groupe de recherche pour une bonne organisation de travail .

La méthode qu'on a utilisée, nous a permet d'accéder à avoir le maximum d'informations et d'obtenir des résultats fiables afin de confirmer ou d'infirmer notre hypothèse formulée au début de la recherche.

Présentation et discussion des résultats des quatre cas :**1. Présentation du 1^{er} cas :**

« **Mazigh** » est un homme âgé de 42 ans, à un seul enfant qui est autiste, il a un niveau d'étude de 2AS lycée.

1.1. Présentation et discussion de l'entretien clinique :

Pendant l'entretien M. « **Mazigh** » était respectueux, très timide dans ses paroles, il s'exprime à voix basse, n'était pas vraiment ouvert.

Son enfant unique « Amir » qui est autiste âgé de 4 ans, selon lui c'est un enfant désiré très attendu par ses parents, il nous a confirmé qu'il n'y 'avait aucune complication lors de sa naissance et qu'il était placé dans une crèche.

Quand on lui a posé la question si « Amir » a reçu un diagnostic d'autisme, on a compris que, « M. Mazigh » n'avait pas de connaissances sur l'autisme avant que son fils soit diagnostiqué. Il dit « **D le pédopsychiatre g EL-KSEUR ig dinan blik ise3a l'autisme ,nekki imir ousiner –ara ilkel dachou id lehlak –ayi , jamais selirass g lehayatiw , en plus d yiweth yellis n khaltis n madame d'ailleurs netatdaren tes3a mis d l'autiste , d netath –irdiskenen le pédopsychiatre ayi , akhater techoukthith blik il n'est pas normal . « Donc imi igesse3a 2 ans et demi iY- denan blik autiste ».** « C'est un pédopsychiatre a EL-KSEUR qui nous a dit qu'il est autiste , moi avant je ne connaissais pas c'est quoi cette pathologie , d'ailleurs je n'ai jamais entendu parler de ça , en plus c'est une cousine a ma femme , elle aussi a un enfant autiste , c'est elle qui nous a conseillé d'aller voir ce pédopsychiatre , car elle a soupçonné que Amir n'est pas normal », « donc , il a été diagnostiqué a l'âge de 2 ans et demi » .D'après ces paroles on a constaté que les parents de «**Amir**» malgré ils n'ont pas de connaissances sur le trouble , même ils n'ont pas pu remarqué les signes précoces de leurs fils, mais quand même c'est un couple qui prennent en compte l'avis et les conseils adressés a eux, c'est une famille qui se fonctionne avec un système ouvert, en relation avec le monde extérieur ,mais parce que peut être que les parents ne peuvent pas discuter leurs problèmes ni les affronter entre eux , mais ils laissent intervenir les gens de l'extérieur de la famille ce qui peut baisser la tension et la culpabilité réciproque entre le couple.

On ce qui concerne la confirmation du diagnostique d'autisme de « Amir » on a constaté que M. « Mazigh » a pu accepté cette pathologie et en même temps d'éviter la tristesse et sa souffrance ,il essaie de sublimer son angoisse à travers ces croyances il a dit dit : « **thayi d lehaja n rebi sebhanou ,ournzemir anekhdam kra, ornjahel ara l3adjel lahlak ayi , wayi demithnagh aken yebghou yili , delmakthouvis**».« c'est le Bon Dieu qui veut ça , on est peut rien n'a faire , c'est notre fils malgré tout, c'est son destin » . On projetant l'angoisse suscitée par le symptôme de l'autre sur le destin pour masquer et baisser leur responsabilité ou même désigner l'enfant comme un bouc émissaire de leurs conflits et tension.

À propos de sa réaction au moment de l'annonce du diagnostique de son enfant il dit : « **ou3limer même pas dachouth l'autisme ayi ya3ni nekki qavelagh normal , adigrabi aka houssagh aka ighatiyi lhal , chocigh bssah imass akthar techoki mlih, tegouma ak atteqval , tehzen ak** » .« je n'avais aucune idée sur l'autisme, mais moi je l'ai accepter normal, même si j'étais triste , c'était un peu choquant pour moi , mais sa mère était vraiment choquée , elle n'a pas voulu accepté, elle est tombée dans une **tristesse absolue**». Ce qui montre que la mère n'a pas pu accepté la pathologie de « Amir », cela peut renvoyer a une asymétrie de la relation qui existe entre le couple ce qui peut créer trop de conflits avec l'enfant et même des conditions et de responsabilités a partager ou le délaisser carrément au destin (crèche) .

Mr « Mazigh » nous a affirmé que ce n'est pas facile pour lui et sa femme de vivre avec ce handicap, comme il nous explique : « **wellah chewiya difficile, il faut yiwen athite3asa dayemen, tilaq zathes kén , outhene chaja -ra imanis , dé fois d yemas, dé fois d nekki** ». « **Je vous jure que c'est un peu difficile, il faut le surveiller constamment et rester à ses côtés tout le temps que ce soit avec moi ou avec sa mère** ». Ce qui détermine que cette pathologie prend beaucoup de leurs temps.

Quant a leurs difficultés quotidienne, il nous a avoué qu'il ne trouve pas trop de difficultés, que la maman continue a travaillées normalement vu que « Amir » est placé dans une crèche, le seul souci c'est d'être toujours derrière lui que ce soit a la maison ou a l'extérieur lors de la promenade par exemple .

On a parlé sur sa relation conjugale avant et après le diagnostique de son enfant il a répondu : « **normal, la relation nekki d madame d le3alit kén, nemzged bien** », « **normal, j'avais de bonnes relations avec ma femme, on s'entendait bien** ».

Dans l'un de ses passages, M. « **Mazigh** » nous a confié que sa relation de couple n'a pas subi des changements après l'annonce du diagnostic de « **Amir** », mais on a constaté dans ces deux questions précédentes une forte résistance de la part de notre sujet à partir des expressions de non-dit. On des expressions comme « normal », cette belle indifférence dans la relation renvoie à une distance affective.

On lui a posé la question si il ya des conflits entre eux, il nous a dit : « **am les algériens-ak anenar ankel amek inela, lant lehwayej kan aka tivistah** ». « **Comme toutes les familles algériennes des petites disputes seulement** ». On a constaté qu'il continu a se défendre contre l'angoisse et la tension conjugale en se minimisant les disputes par petites et par l'appartenance et l'universalisation des problèmes qui doivent être partagé par tout le monde.

Puis cette question est suivie comment se manifestent-ils ces petites disputes, il nous a répondu par : « **amara n tenar je préfère adeferagh akhier, nag adevdelagh amekan iwaken urttejrahgh-ara s lehdour-iw, sousoumagh généralement** ». « **Quand on se dispute moi je préfère sortir ou changé d'endroit pour ne pas la blesser avec mes mots, dans la plupart du temps je suis silencieux** ». ce qui montre que ce couple ils ne se communiquent pas pour résoudre leurs conflits, ainsi le mari prend la distance et qui garde le silence.

Les déclarations de M. «Mazigh», affirment que l'autisme de « Amir » na pas affecté les relations avec leurs entourages, car y'avait pas de changements dans ces deux périodes ni avant ni après le diagnostic, mais cette famille elle a toujours le caractère d'un système fermé comme il nous a illustré dans ces paroles : « **kol yiwane ken iletha gekhamiss ak del chghaliss , ameden ilkel , l3alaqa aka d maden machi d lhadja iyvedlen am zik am ttura**», « **chacun il s'occupe de son foyer et ces tâches , comme toutes les autres familles chacun pour soi, la relation avec l'entourage est la même avant comme maintenant**». On constate qu'ils n'ont pas le soutien et l'aide de leur entourage.

Pour ses souhaits il a dit : «**temenir adiji ,wa djin ilkel imoutan** ».« **Je souhaite qu'il va guérir, et ainsi que tous les malades** ». À travers cela on peut constater que le père de « Amir » se laisse prendre par l'intervention de destin du dieu en déniait la réalité et le destin de son fils qui ce trouve dans leurs relations dynamiques entre le couple et entre l'enfant.

Enfin pour notre dernière question dans ce guide qui est comment pensez-vous sur le devenir de votre enfant il nous a donné un sentiment d'espoir : « **ihrech mlih ,itelousou imaniss , mais akka arzath ur 3limer-ara amek ad yelli , mais inchaallah siwa lkhier kén** ».« **il est très intelligent et autonome , pour son devenir j'ai aucune idée comment il va être, mais incha alla tout va se passer bien** ». On a constaté qu'il est plus optimiste que pessimiste.

1.2. Analyse de l'entretien de premier cas

L'analyse de contenu de l'entretien de M. « Mazigh » elle confirme que l'annonce de diagnostic de « Amir » est vécue comme un choc pour lui et sa femme, malgré qu'il essaye de projeter son angoisse au destin et désigner l'enfant comme un bouc émissaire de leurs conflits et tensions.

On a constaté lorsqu'on a évoqué sa relation de couple une forte résistance de la part de M. « Mazigh », il essaye de minimiser ses conflits conjugaux par l'expression « normale » et « petite » ce qui renvoie à la distance affective et manque de communication entre eux.

Quant à leur relation avec leur entourage on a constaté d'après ses expressions qu'ils n'ont pas le soutien et l'aide de leur entourage on disant : « comme toutes les autres familles ».

1.3. Présentation et analyse du protocole(FAT) :

Planche 1 : « argaz itenagh wahid tamtuth- is, sin lewachoul- ayi tetten, our tehessissen-ara I mawelane-ssen fachou ihdren, ma taqcict ni te3lem dachou illan, tehessissa- ssen amaken ur se3jiv ara lehal ».

« Un homme dispute avec sa femme, c'est deux garçons mangent, ils n'écoutent pas leurs parents sur ce qu'ils disent, sa ne leurs intéressent pas, mais la fille sait ce qui se passe, elle les écoute, elle est triste ».

Planche 2 : « aqcic –ayi d l'autiste, wahid yemass, itef g fousiss un disque bessah ikhessar, déjas netta ma yetef lehaja g fousiss ouri3lim ara dachou ige teroun zathess ikel, yemass teqaress hakh wayi netta igouma, yemas outhtili-ara bien,atehzen ,levriss ouriwit –ara ».

« Ce garçon est un autiste, avec sa mère, il tien dans sa main un disque cassé, déjà lui quand il tien quelque chose dans sa main, il ne sait pas carrément qu'est-ce que se passe autour de lui, sa maman lui propose un autre lui veut pas le prendre, la maman ne va pas être bien, elle va être triste, car elle na pas eu ce qu'elle voulait ».

Planche 3 : « aqcic athan isserlid avoqal n leward, wayi d vavas ite3yit felass, déjà athan I wid a3kaz iwaken a thiweth, aqcic ni ikhela3 irouhathididem ».

« Un garçon il a fait tombé un vase, celui-là c'est son père, il hurle sur lui, déjà il a ramené un bâton pour le frapper, le garçon il a peur, il essaye de ramasser les morceaux ».

Planche 4 : « taqcict tekhezer la robe wahid yemass tevra atidarit, atihak ferhent ».

« Une fille qui regarde une robe avec sa mère, elle veut l'acheter, elles sont heureuses toutes les deux ».

Planche 5 : « un couple wahid araw –nessen teferijen la télévision, taqcict ayi teq3idit, donc wiyi ours3in ara les problèmes, atik ilkel ferhen ».

« Un couple avec leurs enfants, ils regardent la télévision, la fille la répare, donc cette famille sont tous heureux, ils n'ont pas de problèmes ».

Planche 6 : « aqcic –ayi athan g la chambre- iss, yemass tekchemed ghouress atezerith, thoufad lehala terwi, te3yit tenayass iwach ith3let akka, mais après atijema3 ivan akhatar yougadit ».

« Ce garçon est dans sa chambre, sa mère est rentrée pour le voir, elle a trouvé sa chambre dans un désordre, elle crie sur lui on lui disant pourquoi tu as fais sa, mais après il va les ranger c'est sur, car il a peur d'elle ».

Planche 7 : « aqcic athak g la chambre n vavas, itehoufou f lehaja, dqiqqa- kén amaken isselad i vava-as itedoud, yougad ».

« Un garçon il est dans la chambre de son père, il cherche quelque chose, soudainement il a entendu son père arriver, il a eu peur ».

Planche 8 : « un couple athenath teddoun lewahi, wiyita qcic d yemas, koulala yiwen dachou igtexxemim, ourhadren ara lewahi, nouren akhater ouzdourn –ara dachou igevra ifeqa3 ».

« Un couple marche ensemble, les autres un garçon et sa maman, chacun a quoi il pense, ils ne se parlent pas, ils ont eu une dispute, car la maman ne lui a pas acheté ce qu'il veut il est en colère ».

Planche 9: « tamtouth te3dal le3ich, aregaz-is iqar lejerman, mithe –ssen itedou adikechem arthe kouzint iwaken adeyech, athenath ilkel bien ».

« Une femme qui prépare à manger, son mari est en train de lire un journal, leurs fils est sur le point d'entrée à la cuisine pour manger, ils sont bien ».

Planche 10 : « g le stade, une équipe le3ven baseball, i3jevassen lehal, koul-yewen ileteha gachou igkhedem, se3dayen taswi3th ».

« Dans un stade, une équipe joue au baseball, ça leur a plu, chacun se concentre sur ce qu'il fait, c'est pour passer le temps ».

Planche 11 : « d les grand – parents wahid arawensen, aqcic d taqcict , aqcic- ni athan icheye3 a foussis -ar sa3a , amezoun noutheni fehemen dachou igevera , même si our dihedir -ara me3na le message iwat ».

« C'est des grands-parents avec leurs enfants, un garçon et une fille, le garçon montre du doigt a la montre, comme s'ils ont compris ce qu'il veut même si il na pas parlé, mais le message est transmis ».

Planche 12 : « taqcict wahid imawelan –iss , fekanazed un exercice iwaken ate3lith , mais nettat our te3lith-ara ,te3yiden fellas, feqe3en » .

« Une fille avec ses parents, ils lui ont donné un exercice a faire, mais elle ne la pas fait et ils sont en train de crier sur elle, ils sont furieux ».

Planche 13 : « argaz wahid tamtouth is ighelken, atak pas bien, argazi -iss ite3dalazd le courage ».

« Un homme avec sa femme qui est malade, elle n'est pas bien, son mari lui donne du courage ».

Planche 14 : « sin waythemathen le3ven lewahi, sin niyet koul yiwen iqim imaniss, aqcic ni amzoun ifeqa3, mais après izmer ad kechmen ad le3ven lewahi ».

« Deux frères sont en train de jouer ensemble, les deux autres chacun est resté seul dans son coin, comme si le garçon est énervé, mais après ils peuvent rejoindre les deux autres pour jouer ».

Planche 15 : « thelatha l wachoul athenath le3ven lewahi, tacqict ni tedelaq, yemath-sen thet3ayid felassen thefqa3 tenayassen rouhth atqeram ».

« Trois garçons en train de jouer ensemble, la fille est allongée, la maman crie sur eux, elle est en colère, elle leur demande d'aller faire leurs devoirs ».

Planche 16 : « aqcic iqaress fekiyid lemfathah n tonobil i vavas s les gestes kén, vavas I3waq, mais waqila astidyefk ».

« Un garçon demande la clé de la voiture a son père avec des gestes seulement, son père hésite, mais je pense qu'il va lui donner ».

Planche 17 : « tamtouth wahid yellis, taqcict ni teheyi imanis iwaken attefar wahid yemas ,iwaken ad rouhent ar tamghera, yemass teterajout, teqarass a3jel, ferhent ouyessent aderouhnt artamghera ».

« Une femme avec sa fille, cette dernière se prépare pour sortir avec sa mère pour aller a une fête, sa mère l'attend, lui demande de se dépêcher, elles sont heureuses et impatientes pour aller a la fête ».

Planche 18 : « Tawachout atak g tomobil, tedoun ad hewessen, yemath –essen attan tekhemim tela lhaja itiqerehen, tehzen, argaz –ni italay ger deffir ikhezer alwachoul –ni ».

« Une famille qui sont dans une voiture en route pour aller se promener, la maman est entraine de réfléchir y'a quelque chose qu'il lui fait mal, elle est triste, le mari regarde les enfants qui sont derrière ».

Planche 19 : « D chikh, athak itebozi les questions i l'élève- ynes, iwid ayenig verra ».

« C'est un enseignant, il est en train de poser des questions a son élève, il a eu ce qu'il veut ».

Planche 20: « Taqcict talay imaniss g lemerri , ma thechevah , teq3id imaniss bach atefar » .

« Une fille se regarde dans un miroir, si elle est belle, elle se prépare pour sortir ».

Planche 21 : « Un couple wahid arawen –ssen, argaz –ni ivera adiffar wahid warawiss , lewachoul- nni thessissen dachou ihedren les parents nessen , safi la maman –ni ateqim g xxam ma dd wiytenin adfren » .

« Un couple avec leurs enfants, l’homme veut sortir avec ses enfants, c’est dernier sont en train d’écouter ce que leurs parents parlent, donc la maman va rester a la maison et les autres vont sortir ».

1.4. Feuille de cotation

David Reivlin, J. Wayne M. Scott, E. Peter Henry et Mary O. Solita		Age _____	Position dans la famille (le père = premier)	cotabon																				Notes
Catégories		Numéros des planches																						
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
CONFLIT APPARENT																								
Conflit familial		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
Conflit conjugal		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
Autre type de conflit		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
Absence de conflit		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
RESOLUTION DU CONFLIT																								
Résolution positive		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
Résolution négative		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
ou Absence de résolution		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
DEFINITION DES LIMITES																								
Appropriée / adhésion		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
Appropriée / non-adhésion		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
Inappropriée / adhésion		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
Inappropriée / non-adhésion		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
QUALITE DES RELATIONS																								
Mère = alliée		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
Père = allié		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
Frère/sœur = alliés		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
Complice = alliés		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
Autre = allié		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
Mère = agent stressant		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
Père = agent stressant		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
Frère/sœur = agents stressants		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
Complice = agent stressant		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
Autre = agent stressant		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
DEFINITION DES FRONTIERES																								
Fusion		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
Désengagement		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
Coalition mère / enfant		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
Coalition père / enfant		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
Coalition autre adulte / enfant		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
Système ouvert		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
Système fermé		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
CIRCULARITE DYSFUNCTIONNELLE		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
MAUVAIS TRAITEMENTS																								
Maltraitance		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
Abus sexuel		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
Négligence / abandon		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
Abus de substances		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
REPONSES INHABITUUELLES																								
Rerut		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
TONALITE EMOTIONNELLE																								
Tristesse / dépression		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
Colère / hostilité		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
Peur / anxiété		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
Bonheur / satisfaction		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		
Autre type d'émotion		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	---		

Index Général de Dysfonctionnement

1.5. Analyse des huit (08) questions :

À partir du protocole de « Mazigh » on propose l'analyse suivante :

- 1- Le protocole est-il suffisamment long pour permettre l'élaboration d'hypothèses de travail valide ?

Le protocole de « Mazigh » est suffisamment long et clair pour permettre la cotation, car il n'ya pas de refus ni une réponse inhabituelle.

- 2- Y a-t-il présence de conflit ?

L'indexe général de dysfonctionnement modérément élevé (44) et l'absence de conflits est peut fréquent, indiquant ainsi l'existence d'un conflit non résolu à l'intérieure de la famille.

- 3- Dans quel domaine le conflit apparait-il ?

Le protocole de « Mazigh » indique un faible niveau de conflits conjugaux (n =03) et d'un niveau élevé du conflit familial (n=07) et absence de conflit extra familial (n=00), c'est probablement il existe un conflit familial non résolu, et la difficulté de cette famille à fonctionner efficacement avec le monde extérieur dans ses relations. À ce stade d'analyse la famille note de conflit conjugal peut s'interpréter comme suite :

- Le couple a une relation saine ou une distance affective.
- Les parents ont désigné (enfant) comme un bouc émissaire pour marquer leurs conflits conjugaux.

- 4- Quel est le mode de fonctionnement caractéristique de cette famille ?

L'analyse des indices de fonctionnement familial éclaire en profondeur les modalités relationnelles dans cette famille , le grand nombre de thématiques résolutions négatives (-) (n =08), par rapport au résolutions positives(+) (n=02) mérite d'être notés et la présence de modalités inappropriées (n =01) très faible par rapport a la non-adhésion des enfants (n=05) aux règles imposées par les parents , ceci rend compte d'un fonctionnement parental formé sur la fusion (n =03) , qui une immaturité de fonctionnement parental.

- 5- Quelle pourraient être les hypothèses liées à l'apparente qualité relationnelle au sein de la famille ?

Les indicateurs de la qualité relationnelle familiale suggèrent que la tristesse, colère et la peur prédominent dans le récit de « Mazigh », et que les deux parents se perçoivent en tant que générateurs de stress (n=05) comme père allié (n=02) et une note élevée de la mère alliée (n=05) qui peut indiquer une distance affective conjugale fondée sur la non-compréhension .et la note de (n=00) pour autres types de conflits et autres agents stressant indiquer que les enfants sont soumis directement aux conflits interfamiliaux ; pour faire face aux différentes expériences individuelles.

- 6- Quelles sont les possibles hypothèses relatives aux aspects relationnels systémiques au sein de la famille ?

L'analyse de protocole suggère que cette famille fonctionne d'une manière modérément fusionnelle et sur le non-dit, la faible note de conflit conjugal (n :03) rend d'une manière possible un sous-système peu différencié a l'intérieur de la famille, même si les règles sont imposées d'une manière intéressante (n=07) appropriée, mais la note de conjoint agent stressant (n =02) plus que la note (n =01)pour conjoint allié ce qui peut indiquer une relation homéostatique du système familial bien que la relation conjugale n'est pas saine.

- 7- Ya-t-il des indices d'inadaptation majeure ?

Ce protocole contient de deux(02) réponses sur la maltraitance et une réponse sur la négligence ce qui peut renvoyer à l'utilité d'une prise en charge plus approfondie.

- 8- Existé-il dans ce protocole, des thématiques qui contribuent a la formulation d'hypothèses cliniques utiles ?

L'analyse des notes obtenues au FAT suggère fortement que c'est la mère qui organise la dynamique familiale plus que le père, qui nécessite une évaluation dans l'entretien clinique.

Cette interprétation laisse entrevoir l'idée que les difficultés d'adaptation de (Amir) renvoient aux difficultés des parents a fonctionné d'une manière mature ainsi que la projection de leurs conflits conjugale sur (Amir) indique l'existence d'un triangle pervers ou un bouc émissaire qui se traduit par un enfant symptôme d'une famille dysfonctionnelle.

1.6. Synthèses de premier 1^{er} cas

À travers l'analyse de l'entretien semi-directif et l'analyse du protocole de FAT pour le cas de M. « Mazigh », on constate que la naissance de « Amir» bouleverse le fonctionnement

familial de ses parents en criant des conflits et des désaccords au niveau familial , ou ils désignent « Amir » comme un bouc émissaire pour masquer leurs conflits conjugaux et on constate aussi que le fonctionnement du couple est caractérisé par une distance affective fondée sur la non-compréhension.

2. Présentation du 2^e cas :

« **Amel** » est une jeune femme âgée de 33 ans, à 2 enfants, un garçon qui est un enfant autiste et une petite fille, elle a un niveau d'étude de 3^e année licence.

2.1. Présentation et discussion de l'entretien clinique :

Pendant l'entretien, Mme « **Amel** » était ouverte, elle parlait librement, mais avec une voix triste comme si elle voulait s'exprimer pour se soulager, et comme si elle cherchait une oreille attentive.

Son enfant autiste « **Riyad** » âgé de 10 ans , qui est son aîné ,selon elle il a reçu un diagnostic d'autisme à l'âge de 3ans, par un pédopsychiatre à Constantine, actuellement il est scolarisé dans une école normale il est en première année primaire, et selon elle « **Riad** » n'était pas un enfant désiré au début c'était difficile pour elle d'accepter la grossesse , elle a dit : « **non, non ...mati , nekki imir hacha iddir tiselith à l'âge de 21 ans , en plus je suis tombée enceinte 1 mois après , oulir- ara prête bach athids3our alkhatir comme si sethehar axxam nagh , mais imi 3edant 2mois dayen j'ai accepté , le fait ferhen iqeliyi normal, par contre argaziw ifrah , iregha f dreya** ». « **Non non ...jamais, j'étais mariée à l'âge de 23 ANS, je suis tombée enceinte un mois après, je n'étais pas vraiment prête et comme si j'avais la honte de l'annoncé à ma famille, mais après deux mois de grossesse je l'ai accepté normal, car toute la famille était heureuse pour l'événement, par contre mon mari était très content ils adorent les enfants** ».

On a demandé à « **Amel** » de nous dire si elle a eu des complications lors de la naissance de « **Riyad** » elle nous a affirmé qu'elle n'avait aucune complication lors de sa naissance par contre pendant la grossesse elle nous a avoué qu'elle a beaucoup subi elle nous a parlé sur sa dépression ,elle a répondu : « **non** » « **mais pendant la grossesse si, j'étais malade , j'avais un apsi , en plus j'avais une dépression , lir ça va pas ilkel , parce que ligh wahdi g le sud , weléch les proches yenu zathi teqimiyyi aken imi dayen ourwar** ». « **J'étais malade, j'avais un apsi , en plus j'avais une dépression j'étais pas bien du tout , parce que j'étais**

loin de mes proches j'habiter au sud , je l'avais tout au long de ma grossesse jusqu'a l'accouchement ».

On ce qui concerne la confirmation du diagnostique d'autisme de son enfant elle l'a vécu comme un choc, elle a dit : « **imi ydenan ouqeviler –ara chokir..., qarerassen khati, averid amenzou newirass ourisel ara, c'est-à-dire ikhouss g thmesseliwth ouqevilr ara finalement imi sehkemen les radios oufan khati, nirass yaloukan ah rebi machi timsliwth akhier wela wayi** ». « Je ne l'ai pas accepté..., la première fois j'avais cru qu'il a un problème d'audition je ne l'ai pas accepté aussi, mais avec les radios et tout il s'est révélé négative, j'ai préféré qu'il soit sourd que cela ».

Puis quand on lui a posé la question qu'elle est votre réaction au moment de l'annonce du diagnostic elle a pleuré puis elle a répondu : « **oureq viler –ara ...ourzmirer-ara ad suportir**». « **Je n'ai pas accepté ...je ne peux pas le supporté** ».on a constaté que notre cas était très triste quand elle a répondu a cette question, car elle s'est rappelé de ce moment la douloureux et on a constaté aussi que ce choc existe toujours en elle et qu'elle ne peut pas l'accepter jusqu'à maintenant.

« Amel » nous a avoué que c'est difficile pour elle de vivre avec la pathologie de « Riyad » ce qui la rend stressé perpétuellement, et très triste, et qu'ils ont beaucoup de difficultés dans leurs quotidiens qui lui met beaucoup de pression, elle se trouve seule face a sa ,vu que son mari travail ailleurs elle dit : « **dé fois sehour ilkeli, dé fois daren teqeliqar, tnervir , sinon tout le temps d l stress, zemret atinit presque toujours hzenar** », « **Dé fois j'oublie carrément, dé fois je m'énerve, sinon tout le temps stressé, et tu peux dire aussi que suis presque toujours triste** » et elle dit « **les difficultés tidak ilkel, surtout argaziw welahdith dayi, koulch d nekki, safi la responsabilité felli kén** ».« j'ai beaucoup de difficultés, surtout que mon mari travaille ailleurs, donc ya que moi qui doit faire tout, je porte toute la responsabilité ». On a constaté que notre cas porte un symptôme de dépression surtout avec la façon avec laquelle elle parle.

On lui a parlé sur sa relation conjugale avant le diagnostique de son enfant on a compris qu'elle avait de bonnes relations avec son mari avant le diagnostique de Riyad et qu'a na pas remarquer aucun changement vis-a- vis de ça et que son mari a accepté la pathologie de son enfant et que c'est grâce a Riyad que les liens entre eux sont renforcés elle a dit : « **normal kén am les couples akith, anenar anqel ardin, des petites disputes ni lant mais nella bien lewahi** ». « **Comme les autre couples, des petites disputes seulement, on se dispute puis**

on fait comme si rien n'a été, on a été bien ensemble ». Et elle a rajouté à propos de changements : « **j'ai pas remarquer un changement f lehajayi, déjà aregaziw iqvel anchetha, iqaram ayen idifka rebi 3atoulah, ournes3ara des problèmes 3la hessav wanchetha, au contraire nekki tehousour amaken nethoufou koul ala yiwen adi soulagi wayet** ». « **Je ne suis pas remarquer un changement, déjà mon épouse il a accepté ça, il est très croyant on n'a pas de problèmes vis-à-vis de ça, au contraire je ressens comme si l'un essayer de soulagé la souffrance de l'autre** ». ici on constate que soit la relation est caractériser par un certain équilibre, soit elle masque leurs problèmes.

Et on lui a demandé s'il y'a des conflits entre eux elle nous a dit : « **chewiya kan aka t3lmet amek** ». « **Dé fois, mais pas grand-chose** ». Puis notre question est suivie par cette question, ses petites disputes comment se manifeste t'elle nous a regardé avec tristesse elle a dit : « **argaziw le3yatiss tassousmi** ». « **Mon mari préfère se taire au lieu de hurler face aux disputes** ». On a constaté que le silence de son mari face au conflit la dérange.

Quand on l'a interrogé sur leurs relations avec leurs entourages avant et après le diagnostic, on a constaté que Amel a remarqué ce changement après l'annonce du diagnostic de Riad, elle n'a pas trouvé le soutien de ses proches, elle vit des moments difficiles avec sa famille à cause de leurs méconnaissances de l'autisme, ils ont beaucoup souffert de l'ignorance de leurs entourages familiaux. Elle nous a dit : « **avant le diagnostique nella normal kén am les familles algériennes kén ,mais thoura th changi chewiya , tzrid les autistes ayi tehibin ad boujin, ad sferfedden ,sekhessi, bella3, kchem, ater amek ivran kén nouthni,mais axxam iw oufhimen ara anchetha ,machi ouvert ,outsseyin ara adehdren yidess yerna neta itihwaj lehdour ,ma d axxam- nag yema tafaght toujours, thet3awan – iyi,ma d vava outouq3ith ara lema3na chewiya kén ,ma da yethema koul yiwen ichrel g xxamis** ». « **Avant le diagnostique nos relations étaient normal comme tous les Algériens, mais maintenant avec notre enfant ça a un peu changer ,vu tu sais comment ils sont les autistes, ils aiment bougé et faire des choses a leurs manière, ma belle famille ne comprennent pas son cas, ils ne sont pas ouverts, ils n'essayent pas de parler avec lui alors qu'il a besoin de communiquer, de coté de ma famille ma mère est toujours a mes côté elle, m'aide beaucoup, alors que mon père il s'est intéressent pas beaucoup et mes frères chacun s'occupe de sa propre vie** ».

Pour son souhait c'est seulement de pouvoir un jour voir Riad capable de s'occuper de lui seul, être autonome et avoir le soutien de son entourage elle a dit : « **adifiq au moins i**

ddunith, adisin kén adidifondi f l3mriss, t menir daren l'entourage ad3iwnen ». « Au moins pour qu'il soit conscient de ce qu'il fait et savoir se défendre, les études n'ont pas d'importance pour moi, ainsi je souhaite porté l'aide de l'entourage ».

Par rapport au devenir de Riad, elle a répondu : **« dé fois iqayid wouliw amaken deqiqa ar thayet adivdel, dachou kén weléch la prise en charge, nekki imaniw ourzmir-ara, mais loukan adafar lem3awena atili l'amélioration wa dyili l résultat ».** « Mon intuition me dit que dans une seconde a l'autre ça peut changer, mais seulement ya un manque de prise en charge, seule je ne peux pas arriver sauf si j'obtiens une aide, et dans ce cas y'auras une amélioration surement et un résultat satisfait ». On constate ici que Amel est optimiste, elle nous a donné un sentiment d'espoir, mais elle s'inquiète et s'en soucis sur le manque de prise en charge.

2.2. Analyse de l'entretien du 2^e cas :

L'analyse du contenu de l'entretien avec Mme «Amel» on a constaté que le handicap de «**Riyad**» a rendue leur vie très difficile et différente. Elle se préserve un peu de raconter, mais au fond elle a l'air triste, affligé, soucieuse même elle nous semble qu'elle a des signes de dépression depuis le diagnostic de leurs fils et qu'elle n'arrive pas a accepté jusqu'à maintenant.

Par ailleurs, à travers cet entretien, on a remarqué que cette pathologie a créé beaucoup de pression, mais «**Riyad**» n'a jamais affecté la relation conjugale au contraire il a renforcé le lien de plus.

Quant aux relations avec leurs entourages, on a constaté qu'il y 'avait des remaniements notables dans leur routine familiale, et quelle reçoit pas le soutien de ses proches à cause des comportements inadaptés et les crises de « **Riyad** » vu leurs méconnaissances sur l'autisme, ce qui détermine que cette famille a soumis un stress revêt différentes intensités en fonction des pressions extra et intra familiales.

Enfin, suite à notre entretien avec Mme «Amel», on a constaté que l'autisme de son fils a créé une surcharge quotidienne, car elle se trouve seule face à cette situation vu que son mari travaille ailleurs, par conséquent ce qui a engendré en elle de l'irritabilité, voire de la dépression.

2.3. Présentations du protocole dû (FAT) de 2^e cas :

Planche 1 : « les parents sont en conflit, ils se disputent, les enfants ne sont pas bien, ils sont tristes, car quand on voit les parents se disputent forcément les enfants ne seront pas bien..., quand ils vont grandir ils vont être comme leurs pères ».

Planche 2 : « ce garçon veut écouter de la musique, alors que sa maman lui a demandé de faire ses devoirs, elle crie sur lui, elle est en colère, mais après il va obéir à sa mère ».

Planche 3 : « un garçon il a fait tombé quelque chose, son père veut le frapper, et l'enfant a peur, il n'est pas conscient du danger, car il ramasse les morceaux avec ses mains tellement il a peur ».

Planche 4 : « c'est dans une boutique, une maman qui aide sa fille à choisir une robe, elle lui propose une, mais elle ne lui plaît pas, elle insiste pour ne pas la prendre, à la fin la maman va la convaincre de l'acheter ».

Planche 5 : « ils sont en train de regarder la télévision, les parents discutent entre eux, un de leurs garçons est rentré au salon, la fille est très proche de la télévision ... ce n'est pas normal, je crois qu'elle ne voit pas bien et les parents n'ont rien remarqué, le garçon qui est à côté de sa maman je crois qu'il est malade ».

Planche 6 : « la maman est rentrée dans la chambre de son fils, elle a trouvé mal rangé, elle est furieuse, elle lui hurle dessus, et l'enfant l'écoute, vers la fin il va la rangé ».

Planche 7 : « ici je remarque que l'enfant n'est pas normal, il regarde quelque chose qui n'a pas d'importance, pour moi c'est un enfant autiste, ce geste je l'ai vu plusieurs fois, je pose cette question souvent pourquoi ils font ce geste, d'ailleurs je l'ai posé à un médecin, il m'a dit c'est leurs façons de regarder les choses ».

Planche 8 : « une maman avec son fils, elle lui tient la main, il me paraît c'est un autiste, car il ne sait pas où il va, la maman est triste pour son fils, par contre les deux autres enfants sont heureux, la fin de cette histoire...dieu le sait, eh oui...on aimera bien savoir c'est quoi la fin ».

Planche 9 : « ils sont dans une cuisine, la maman prépare à manger, son mari est en train de crier, il lui demande de se dépêcher de lui donner à manger, elle est en retard, car elle travaille, l'enfant les regarde comme s'il a peur de rentrer, il hésite parce qu'il a fait une

bêtise, la maman elle me paraît fatiguée et très triste à cause de son mari qu'il lui demande de faire vite et aussi, car elle pense à son fils, à la fin le mari va se calmer, car il va comprendre que sa femme est fatiguée ».

Planche 10 : « c'est une équipe ils sont en train de jouer, les deux garçons discutent entre eux sur un sujet à par le jeu, je crois, ils sont en train de se disputé, mais après ils vont continuer le jeu ».

Planche 11 : « c'est des grands-parents, avec leur fille et son mari, le mari demande à sa femme de rentrer chez eux, il lui dit c'est l'heure, qu'il fait tard, sa femme refuse de partir tout de suite, elle lui demande d'attendre un petit peu ».

Planche 12 : « les parents sont derrière leur fille, ils l'obligent à étudier, cette fille est une autiste, car elle a la tête ailleurs déjà les parents doivent être toujours derrière eux ».

Planche 13 : « une femme qui est dans un lit, son frère est à côté d'elle, cette femme me paraît comme si elle est malade, elle pleure, elle est vraiment triste, et son frère est venu pour prendre ses nouvelles, il l'aime bien, sûrement elle va se sentir soulagé après ».

Planche 14 : « un homme et ses enfants sont dans la terrasse de leur maison tout le monde est content, le père et l'un de ses enfants sont en train de jouer, la fille les regarde et l'autre garçon comme s'il a l'esprit ailleurs, je pense, c'est un autiste, à la fin la fille va les rejoindre, elle attend son tour et l'autre va rester dans son petit coin isolé ».

Planche 15 : « c'est dans un salon, le père est en train de jouer dama avec ses deux enfants, le troisième enfant est allongé dans un canapé en train de lire un roman, et la maman debout observe son mari et ses deux enfants qui jouent... mais elle me paraît comme si elle veut quelque chose, peut-être elle a un souci ou elle a peur de quelque chose ».

Planche 16 : « un homme avec son fils, ce dernier lui demande la clé de la voiture pour sortir, son père est en train de penser si il va accepter de lui prêter la clé ou pas, il hésite, pour moi il va lui donner, car si il n'a pas l'attention de lui donner déjà dès le début il va lui dire non sans hésité ».

Planche 17 : « une maman qui se maquille, sa fille l'observe et prête pour sortir, elle est toute belle, bien habillée et souriante, alors que la maman me paraît triste comme si elle a des soucis peut-être elle ne veut pas sortir, mais sa fille insiste sur elle ».

Planche 18 : « des parents avec leurs trois enfants dans une voiture, ils veulent faire une sortie entre familles, les deux enfants entraînent de jouer ensemble, alors que le troisième s'isole c'est un autiste, le père est en train de conduire, alors que la maman est en colère elle s'est disputé avec son mari, elle va rester silencieuse pendant tout le trajet ».

Planche 19 : « c'est dans une classe, un enseignant et son élève, cette dernière veut lui demander quelque chose, peut-être pour rectifier sa note, elle est en colère ».

Planche 20 : « un jeune homme, il regarde dans un miroir s'il est beau pour qu'il puisse sortir a son rendez-vous, il est heureux, il a hâte de rejoindre sa copine ».

Planche 21 : «cette image me plait vraiment, le père s'apprête à sortir avec ses enfants, la maman le salue, lui demande d'être prudent au volant, ils sont tous en forme contents et très heureux, ils vivent très bien sans problèmes ».

2.5. Analyse des huit(08) questions de 2^e cas :

La feuille de cotation complétée présente des notes obtenues par Amel sous toutes les directives données sous forme de huit (08) questions, on propose l'analyse suivante :

1- Le protocole est – il suffisamment long pour permettre l'élaboration d'hypothèse de travail valide ?

Le protocole de Amel est suffisamment long et clair pour permettre la cotation, car il ya pas de refus ou une réponse inhabituelle.

2- Y a-t-il présence de conflit ?

L'index général de dysfonctionnement de ce protocole est modérément élevé a (27) ou l'absence de conflit est fréquent (n=13) suggèrent l'absence de tout conflit au sein de la famille.

3- Dans quel domaine le conflit apparait-il ?

Le protocole d'Amel fait état d'un niveau élevé d'absence de conflit (n=13), et d'un faible niveau de conflit familial (n=03), et d'un niveau faible de conflits extrafamilial (n=02), ces observations font état d'un conflit non résolu puisque la faible note de conflit conjugale est de niveau (n=03).

On peut interpréter soit la relation de cette famille est saine, ou elle est caractérisé par un certain équilibre, mais d'une distance affective, soit masquer leur problème familial.

4- Quel est le mode de fonctionnement caractéristique de cette famille ?

L'analyse des indices de fonctionnement familial éclaire en profondeur qu'ils ont une résolution positive (+) (n=04) plus au moins élevé par rapport a la résolution négative(-) (n=01) faible par rapport a l'adhésion des parents (n=02) qui peut renvoyer aux mécontentements des ces membres .

5- Qu'elle pourrait être les hypothèses liées à l'apparente qualité relationnelle au sein cette famille ?

Ces indicateurs de la qualité relationnelle familiale suggèrent que la tristesse et la dépression est d'un niveau modéré (n=05) , les parents sont perçus comme des allies que des générateurs de stress , mais cette famille favorise d'exprimer ses émotions a l'extrême de

famille système ouvert (02), fermé (00) , tout ça pour permettre au système familial d'extérioriser le dysfonctionnement familial pour ne permet pas véritablement un fonctionnement systémique , mais d'une manière immature autres agent stressant .

6- Quelles sont les possibles hypothèses relatives aux aspects relationnels systémiques au sein de cette famille ?

L'analyse de protocole suggère que cette famille fonctionne d'une manière modérément fusionnelle et sur le non-dit, et la faible fréquence de conflit conjugal (n=03) qui indique l'existence de sous-système peu différencié à l'intérieure de cette famille. La note agent stressant (n=02) plus que la note (n=01) pour conjoint allié ce qui peut indiquer une relation homéostatique du système familial.

7- Ya t-il des indices d'inadaptation majeure ?

Ce protocole contient de deux réponses sur la négligence et l'abandon (02) et une réponse sur la maltraitance ce qui peut renvoyer à l'utilité d'une prise en charge plus approfondie

8- Existe-t-il dans ce protocole des thématiques qui contribuent à la formulation d'hypothèses cliniques utiles ?

L'analyse des notes au FAT suggère fortement que c'est la mère qui organise la dynamique familiale plus que le père, ces interprétations laissent entrevoir l'idée que les sentiments de tristesses d'Amel sont liés à un processus d'individuation au sein d'un système familial fusionnel.

2.6. Synthèse du deuxième (2^e) cas :

À travers l'analyse de l'entretien semi-directif et l'analyse du protocole du FAT pour le cas de Mme « Amel » , on constate que la naissance de «Riad» bouleverse le fonctionnement familial de ses parents ou la tristesse et la dépression de «Amel» sont dû aux dysfonctionnements familiaux qui sont liés a l'individuation et a l'absence de communication particulièrement entre l'entourage familial , ce qui crée un désengagement entre les membres.

3. Présentation du 3^e cas :

«**Aicha**» est une femme âgée de 43 ans, elle a quatre (04) enfants, deux garçons et deux filles, elle a un niveau d'étude de sixième année primaire.

3.1. Présentations et discussion de l'entretien clinique :

Pendant l'entretien avec M^{me} « **Aicha**», on a remarqué qu'est une femme modeste et très naïve. Ainsi elle nous a semblé qu'elle est très fatiguée.

Son enfant autiste « **Aksil** » âgé de 7ans ,qui est son cadet , question si c'était un enfant désiré elle nous a répondu: «**khati , ligh ovghigh ara adernough , nwich yakan athidssaghligh gu chahrayen swigh lkhal , dwa ,, odighla ara .. Ih allah ghaleb argaz olach lkhdma ni l'assurance ken aka dafelah netteswi3th, yerna ness3a yaken snath ne taqchicin d waqchich ossenzmir ara gu them3ichth, naki walah ar dezith ozemour issadjawagh bach ad3iwnagh aka gu them3ichth** ». « **Non, je ne voulais pas avoir d'autres enfants, d'ailleurs pendant 2mois de ma grossesse j'ai essayé d'avorter, j'ai pris un médicament et de vinaigre, mais son échouée ... mon mari n'a pas un poste de travail stable, c'est un agriculteur il n'a pas l'assurance, ainsi qu'on a déjà deux filles et un garçon donc c'est difficile pour nous, je vends l'huile d'olive pour vivre** ». D'après ce qu'on a constaté de la réponse a Mme «**Aicha** »que cette famille souffre financièrement et la naissance d'un nouveau-né dans ces circonstances c'est un événement inconcevable pour les deux partis que ça soit pour l'enfant ou pour sa famille.

«**Aicha**» elle croit vraiment au mauvais œil elle insiste a chaque fois elle di : «**ttamnagh sselmkthouv ma3na 3almagh menhou desseba lahlakiss , dyiwan guel la famille idyussan athizar gasseni oryfa imaniss, imatawan ken ,origuan ara aken iqwam** » « **je crois au destin, mais je sais bien aussi c'est quoi la cause de son cas d'aujourd'hui , c'est quelqu'un de nos proches qui nous a fait une visite après sa naissance de ce jour la les problèmes ont commencé, il pleure tout le temps, et il dort pas** ». Ce qui montre que Mme «**Aicha** » s'éloigne toutes les autres causes qui peuvent déclencher cette maladie pour éviter tout sentiment de culpabilité.

D'après «**Aicha** », elle avait un accouchement normal, ya pas eu de complications lors de la naissance de son fils, comme elle nous assure : «**orwaghtid normal, iwzen 4kilos, issaha lahi barekiss**».

Nous avons remarqué que «**Aicha**» n'a pas vraiment de connaissance sur l'autisme quand on a lui posé la question sur son diagnostic elle nous a dit que : « **aksil oyess3a ara aka le problème gue thmasslayth akem lwacoul ayi, ihadar normal italaviyid dacou iyvegga , lemochkil ynass amakran iss3igh yidess delw3ara, wahi ttrouzi, irzayagh ssnath les télévisions, oness3a ara tiqan nezedjaj , odenessros ara lemwa3en nezdjaj nagh ofkhar zathess, mayezra -hentt ilaq athenttiraz, ttayi iyidjan athawigh gh tbiv mi yess3a theltesnin g l3amris**», «**Aksil** » n'a pas de problème de langage comme ces enfants la, il parle normal, il me demande ce qu'il veut ... Le grand problème que j'ai avec lui c'est bien son agressivité il nous a cassé deux télévisions, on n'a pas de fenêtre en verre, on laisse jamais la vaisselle en verre ou en poterie à côté de lui, et d'ailleurs ça était la raison principale qui nous a poussés de le ramener chez un médecin quand il avait 3ans».

Mme «**Aicha**» nous a confié qu'elle a beaucoup souffert des conduites agressives de son fils et le malheur qu'elle ne sait pas comment diminuer son agressivité et d'ailleurs ses situation (hétéro agressivité) qui se manifeste dans les différents lieux ce sont des raisons qu'elle s'est retrouvée devant l'obligation de consulter un pédopsychiatre.

« **Aksil** » n'est pas le seul qui présente un handicap dans sa famille ce que nous a expliqué Mme «**Aicha**» après qu'on a lui posé la question si elle a d'autres enfants qui sont atteints du même trouble elle nous a énoncé : « **guemass amqran iss3a 18 nessna ighera 3amayen ihvess , orikhdem orighar , orikath ara amayi, deniya ken, iss3a daghen ssnath yessiss 3amiss helkentt akthar**». « **Son grand frère il a 18ans, il ne travaille pas, il a fait que deux ans d'étude, il n'est pas agressif comme son frère, il est seulement naïf, ainsi ses deux cousines elles sont malade plus grave que mon fils**» Mme «**Aicha**», elle nous semble qu'elle a l'air adapté pour l'état de handicap dans son entourage (la famille).

En ce qui concerne la question sur sa scolarité dans une école normale elle a répondu : « **khati. origha ara gumantt atheqavlan guel l' école, 3ela khatach ikath , ila lkhouf felass lokan adikhdem kra ilwachouleni , ghardayi ken ithedettwigh gh l'association ayi**».

« **Non, il n'est pas scolarisé. Ils ne veulent pas l'accepte à cause de son agressivité, il représente un danger pour les autres enfants, je le ramène uniquement a cette association**». À travers sa réponse on a remarqué que «**Aicha**» est triste, car ils refusent de l'accepté, elle avait les larmes aux yeux, ce qu'on a constaté que cette famille souffre vraiment de problème de l'argent et la cherté des soins pour payer les séances des spécialistes privés.

Pour la confirmation de diagnostic d'autisme « **Aicha** » n'a pas la moindre idée sur le trouble, elle a dit «**ossingh ara ak dachou delahlak ayi , laamarth ssligh seyass , miydina tviv mim iss3a tawahoud , nighass ken fkiyid dwa bach adiress guthiz3atni , omba3d issfehmiyid daken yuhwadj aka les psychologues, guesseni tteqalivagh aka fe menhou ayi3awnen bach adiji** ». « **Je n'ai aucune idée sur cette maladie, je n'ai jamais entendu parlé , quand le médecin m'a dit que ton fils est un autiste, la seule chose que j'ai lui demande c'est de me donner un médicament pour qu'il se calme ,des effets contre ses agitations, après il ma expliquer qu'il a besoin d'un soutien psychologique, depuis ce jour la j'ai commencé a me renseigner sur ceux qui peuvent m'aider pour sa guérison ce qui montre que Mme Aicha son seul soucie c'est les l'agitation de son fils et elle soufre beaucoup vis-à-vis de ça ,son objectif c'est de trouver un traitement médicamenteux contre ces agitations.**

Lorsque on lui demander de nous parler sur sa réaction au moment de l'annonce du diagnostic de son fils, elle a répondu : « **miydina aken tviv bli mim yehlak ighatiyi lhal , iqarhiyi wouliw , madrouss iss3edagh surtout yekan ossan imenza** ».

«**Lorsque le médecin ma dit que ton fils est malade sa ma toucher, j'avais eu mal c'est dur, j'avais passer des moments difficiles, ce n'était pas facile surtout les premiers jours** » et elle dit : « **iwahdi kan idemiragh, vavass ossethuqi3ara lma3na, orissin yaken orttqaliv adifham**». « **Je me retrouve seule face à cela, son père s'en fiche pas mal, il ne cherche pas à comprendre** ». Mme «**Aicha** » non seulement elle ne comprend pas le trouble, mais pire que ça elle était obligé de confronter seule la situation de son fils.

Selon **Mme«Aicha»** cette famille était obligée d'accepter cette pathologie et de vivre avec, car ils ne peuvent changer quoi que ce soit de cas de leurs fils, « **ih aka dayen nenoum thura machi a mussan imnza, ttamara, onezmir anekhdem oma dekra** », « **On s'est habituer maintenant, ce n'est plus comme les premiers jours, on n'y peut rien a faire déjà** ».

Ainsi elle rajoute qu'elle se rassure quand elle voit des handicaps plus difficiles que le cas de son fils, « **assemara adassegh ghardhayi wattwaligh guewiyak iyilan akthar n Aksil tterthahegh**», « **quand je viens ici et je vois des cas qui sont pires que Aksil je me sens soulagé**».

À propos de leurs difficultés quotidiennes d'après elle, son fils est un enfant dépendant, est la met souvent sous pression, il la rend stressée perpétuellement, souvent occupée, épuisée des surcharges de ses activités apparentées, leur vie s'est retrouvée bouleversée, gérer leur quotidien s'avère très difficile elle s'exprime avec une détresse elle dit: « **isseqfa3iyi, itteqaliqiyi.. aka makghedmagh chghal ... Athetava3 ken zedafress ken, yu3ar ikath, ivetou, avrid anguar mittesoufghith wettmass ivta l pare-brise n tomobil neldjarnagh, ssafik ilaq othettedjagh ara imaniss** », « **il me met en colère, il m'inquiète quand je m'occupe des tâches ménagères, je suis toujours derrière lui, il est agressif, la dernière fois quand sa sœur la fait sortir il a cassé le pare-brise de la voiture de notre voisin, c'est pour ça je peux pas le laisser seul** ». Cela indique que ses cris d'agressivité peu se manifeste plusieurs fois d'une façon régulière, lésion et dans n'importe quels endroits par des contentions physiques de comportement.

Dans un autre passage, cette dame nous a révélé que l'autisme de son fils l'oblige d'abroger ses visites familiales et ses loisirs « **akhem nagh welah mattrouhgh ghoru achhal marouhagh tagadagh ayikhdam tiwougha, ola ghelqatyen ottruhogh-ara, massufghaghth itthawiliyi ijm3iyid l3ivad** ». « **je ne reste plus chez mes parents longtemps j'ai toujours peur qu'il fasse des bêtises à tout moment, donc j'évite, j'ai arrêté les shopings à cause de ses agitations il me fait des scénarios** ».

Sur la relation conjugale avant le diagnostic de leurs enfants Mme « **Aicha** » affirme que la pathologie d'autisme représente une source de conflits, de disputes et de détresse : « **daymen dimenghiyen, qarghass obligé anawi mithnagh -ayi ghetviv anzar dachou thyoughen, netta iqar othyough kera, de lefchouch ken issikhedman aka, adiqal adiress** ». « **Toujours des disputes, je lui dis qu'il faut ramener notre fils voir un médecin pour voir ce qui la et lui répond qu'il na rien sauf il est gâté, et qui va dépasser après** ». Ainsi selon (Gardou, 2002) « **les deux parents tendent à privilégier les stratégies différentes, cette différence peut créer ou accentuer un fossé entre les conjoints, ou compliquer le partage des responsabilités envers l'enfant qui demande plus de soins que les autres** ».

Après l'annonce du diagnostique de son enfant on a remarqué la situation elle s'est aggravée de plus et les conflits était amplifié vu que de multiples demandes exigeantes liées au besoin de leurs fils, comme elle nous a avoué : « **ih...Tura lahlak ayi yuhwadj aka teba, ilaqass idrimen iwaken adiji, dimenghi ken didess bach adihouf amken niten bssah** ».

dafenyan , ittafed ken tissebiwin» . « Vu que cette maladie nécessite une prise en charge qui demande des frais pour le bien de cet enfant , j' insiste sur le père de trouvé un autre poste de travail, mais c'est un feignant il trouve seulement des excuses ». Ce passage indique que les difficultés financières, que ce soit pour le matériel adapté, pour des services spécialisés supplémentaires, qu'encore pour s'accorder du répit, les ressources financières conditionnent dans une large mesure l'aménagement du cadre de vie que s'offraient ces parents, donc ces difficultés sont susceptibles d'affecter leurs qualités de vie.

Concernant la question comment elle est la relation de votre enfant autiste avec ses deux soeurs et son frère elle dit : **«ottmass tamqrantt ttufhimtt ghass aka thisswi3in tekathith mara aykhadem tiwougha ma3na thetthibith, mayela dessin nadan dayman dimenghiyin surtout wahi gmass akin imedenigh ihlak lavod chwiya ken l3akliyass »**,

« Sa grande sœur elle est compréhensive même si de fois elle le frappe lorsque il fait des bêtises, mais elle l'aime, par contre les deux autres ils le support pas, toujours ils se disputent surtout avec son frère comme je vous ai dit tout à l'heure il n'est pas normal ». Ce qui indique que cette pathologie a aussi affecté les liens fraternels.

Quand on la interrogé sur leurs relations avec l'entourage avant et après le diagnostique elle nous a déclaré qu'elle reçoit aucune aide, au contraire, ils l'ont laissé tombé dans des circonstances difficiles plus particulièrement le moment qui est très sensible est bien la pathologie d'autisme de « Aksil» y compris ses frères a elle : **« kif kif. guelwaqthayi kol yuwan ilethta guemaniss, yiwan orttqaliv felanagh ottqalivagh fhad, ayethma idedja yema odettla3in, odessaqsayen, odettassen, yerna 3almen ssel 7alnagh»**,

« Nos relations sont la même. De nos jours chacun s'occupe de sa propre vie, personne ne cherche de nous et c'est pareil pour moi, mes propres frères ne cherchent pas après moi-même en plus ils sont au courant de mon cas» or on a constaté qu'elle a besoin de soutien et d'être entourée d'une aide morale et psychologique, car c'est déjà beaucoup pour elle, comme nous a confessé : **« akhi lokan adived ghoru yiwan aka ssewawal ken , datass »**, **« Je me limite à ce qui m'offre une aide, même morale»**.

Pour son souhait malgré toutes les souffrances qu'elle a subi avec l'autisme de son enfant, mais elle garde toujours espoir comme elle disait : **«Inchalah khera-wass azdafen tifrath nagh aka lav3at nedwawi ilahlak ayi , bach adiqal amelwacoul amettuzyess nagh akhi attekess zyass lw3ara ayi ttez3at ayi zyess »** .

« **Incha allah un jour ils vont trouver une solution où un médicament pour cette maladie, et que mon fils devient normal comme les enfants de son âge ou au moins faire disparaître cette agressivité** ». On a constaté que malgré toutes les difficultés qu'elle rencontre avec l'agressivité de son enfant et son indifférence elle garde toujours l'espoir.

Sur le devenir de «**Aksil**» elle a répondu d'une manière triste et ses yeux sont remplis de larmes : « **ogadagh ayen idettedoun , ogadagh lokan ademthagh athidedjagh guyir dunith**», «**J'ai peur de ce que l'avenir me réserve, j'ai peur de mourir et de le laisser seul dans ce monde cruel** » ce qui montre que Mme «**Aicha**» s'inquiète vraiment sur le devenir de son fils et elle croit que son absence «**aksil**» sera perdue.

3.2. Analyse de l'entretien du 3^e cas

Durant notre entretien avec Mme «**Aicha**», on a constaté qu'ils ont l'air très affectés par l'autisme de «**Aksil**», c'est un événement potentiellement dévastateur pour cette famille.

Ce qui a attiré notre attention c'est la souffrance de cette famille de la pauvreté et une situation financière basse ce qui rend la prise en charge inadéquate pour cet enfant difficile ou presque impossible. Mme «**Aicha**» elle s'est retrouvée perdue, stressée, étouffée entre des attitudes contradictoires d'abord en raison de la sévérité particulière de ce trouble, plus la méconnaissance sur ce dernier et d'autre que son époux néglige ce sujet, donc Mme «**Aicha**» a été obligé d'affronter seule la surcharge à tous les égards.

Au fil du temps cette famille ils ont été obligés de s'adapter à cette situation, car ils ne peuvent rien changer, ainsi les frères et sœurs sont particulièrement sensibles et dérangés par certains comportements de leurs frères autistes principalement lors des moments de ses crises et ses Cries, les envahissements du territoire, la destruction ou la détérioration de leur matériels.

En effet, une accumulation de difficultés quotidiennes est souvent indiquée par cette famille souffrant de ce lourd handicap qui entraîne une désorganisation à l'intérieur surtout que «**Aksil**» manifeste des troubles de comportement tel que l'agressivité qui vient s'aggraver et de gêner la situation de plus en plus par la sévérité, toutes ces conduites imposent des changements majeurs dans le fonctionnement habituel qui représente un bouleversement surtout sur la relation conjugale.

Enfin, l'autisme de «**Aksil**» oblige cette femme à diminuer ses activités sociales, ses visites familiales et ses loisirs, elle se sacrifie pour l'aider, malgré toutes ses difficultés elle tient toujours le coup, elle fait souvent son mieux, son espoir est de pouvoir un jour voir «**Aksil**» capable de s'occuper de lui seul comme les enfants de son âge.

3.3. Présentation et analyse du protocole (FAT) du 3^e cas :

Planche 1: «tayi de la famille tetten , ssin ayi lwachoul halken , heznen , imawlan nissan daren hezenen ,ahnna hadran, o3limgh ara fwaChou, ahath ldjal lwachoul ayi yaken , kol yiwan ivgha atteji deryass amnak daghen vghigh lokan a rabi arawiw adi ssehin ak».

« C'est une famille en train de manger, les deux frères sont tristes et malades, leurs parents sont tristes aussi, ils sont en train de parler, mais je ne sais pas sur quoi, peut-être à cause de la situation de leurs enfants, tous les parents souhaitent une bonne santé pour leurs enfants et qu'ils guérissent, comme moi par exemple je veux vraiment que tous mes enfants aient une bonne santé ».

Planche 2: « aqcich delwatmass, vghan adesslan lmusiqa, Taqchichthayi athen tewiyazd yiwan nel disque, ma3na igouma ivgha adi7ess iwaylass, safi adiss3adi rayiss nettath attrouh atter ayllass ghomkan-iss s lefqa3ath ».

« Un garçon et sa sœur , veulent écouter la musique , la fille lui a proposé un disque alors que lui refuse, car il veut écouter son disque a lui , donc il va faire qu'a ça tête et elle va aller rendre le sien a sa place avec une colère ».

Planche 3 :« argaz ifqa3 femis, it3atit f lass 3elakhatar irza tachmoukhth , athen iwid a3ekaz wakila athiwath bachik ori3awad ara adikhdem tiwougha , omba3d athissoufagh guthakhemtteni , onetta adijma3 dejajeni guelqa3a » .

« Un homme en colère contre son fils, il crie sur lui, car il a cassé un vase, il a ramené un bâton, je pense, il va le frapper pour qu'il s'arrête de faire des bêtises, après il va le faire sortir de la chambre et il va ramasser les morceaux cassés ».

Planche 4 :«Dayi gu thehanutt , tayematt dyaliss , tayematt thekhtharazd roba iyeliss bssah nettmaqranin ossethlaqa ara itheqcicth ni , c'est pour sa taqcictha othefri7ara sel khatyar nimass , arthagara taqcicth attagh tina zedafir, ttayi nettmazyanin» .

«Ici c'est dans une boutique, une maman avec sa fille, la maman elle lui a choisi une robe qui n'est pas a sa taille c'est pour les dames ce n'est pas son genre, c'est pour ça la fille elle ne veut pas l'acheter .a la fin cette dernière va acheter la robe qui est derrière elle, c'est ça le genre des jeunes filles.»

Planche 5 : « dayi del familya gu salon, taqcieth ayi thevgha attche3el la télévision yiwan gueythmass igumayass attcha3litt, ahnen ttenaghen, a arthagara ahath yemass asthini itheqciethni attche3litt ousetehehssis ara».

«C'est une famille qui sont au salon, la fille veut allumer la télévision, l'un des frères refuse de l'allumer, ils sont en train de se disputer, à la fin la maman peut demander à la fille de l'allumer et de ne pas l'écouter».

Planche 6 : « aqci wahid delwattm-ass, aqci ayi issekhrav ak takhamtt-is. O3limgh ara iwachou ma3na feq3en, Ila Kra yarassen, omba3d adass imass bach attefrou Imochkel ayi ».

« Un frère avec sa sœur, le garçon il a met le désordre dans la chambre. Je ne sais pas pour qu'elle raison, mais ils sont en colères il ya quelque chose entre eux, la maman va venir pour résoudre ce problème ».

Planche7 : « dhayi ttewaligh aqci ittkhazir kra, ozrigh ara dacu ma3na wakil italay le cadre nettworuth ila kra assikhdem , nagh ahath ibgha adyekar lhadja iwssawen omba3ed adirwel ».

« Là je vois un garçon je ne sais pas qu'est-ce qu'il en train de regardé, je pense qu'il regarde le cadre de la porte il veut lui faire quelque chose... Ou peut-être il a vu un truc là-haut il veut le volé, après il va fuir ».

Planche 8 : «D thafamilt, fghan adehewssen wadeqtoun , ahnan ferhan akith zhan selkach ijdiden idughan ,s3adan ass l3ali ohewen ara adifak wass wadeqlan akham » .

« Une sortie de shopping entre famille, tout le monde qui sont heureux et content après qu'ils ont acheté des nouveaux vêtements, ils ont passé une journée agréable au point qu'ils ne veulent pas rentrés chez eux».

Planche 9 : «argaz ak ttematouthiss hadran wiss fachou, chukthagth felahlak nelwachulenni ne zgali la (planche 1) wayet athan itthassisasen, ihzen ikhla3 mi guessla ikra ossi3djiva ara, chwiya ken adikchem adizdam flassen bach assnisa3raq thamesslayth ».

«Un couple qui parle, je ne sais pas sur quoi, mais je pense sur la maladie des deux enfants de la planche précédente (la 1ère planche), l'autre frère espionne leurs discours, cet enfant me semble triste et étonné après qu'il a entendu quelque chose qui ne lui plaît pas, soudainement il va essayer d'interrompre leurs discours ».

Planche 10 : « arach ayi dayethmathen ahnan la3ven lballon, ichouvayi rabi les jeunes ayi dwiyak iguessenan adla3ven, safik arthagara aderevhan ».

«C'est jeunes frères sont en train de jouer au ballon, il me semble qu'ils savent jouer, ils veulent gagner, donc à la fin ils réussiront».

Planche 11 : « dhayi de la famille Guel salon, imghareni ahnan hedran, mayela dargazihin ihdar ithmatuthiss ittwahi ghesa3a ahath inayass adehyi imenssi nagh delwaqth adiruh alkhadma ».

«La c'est une famille au salon, des grands-parents qui sont en train de discuter, par contre l'homme parle a sa femme en même temps il regarde l'heure donc peut-être il lui demande de préparer la table du dîné ou c'est le moment d'aller au travail».

Planche 12 : « taqcichthayi tuhwadj atti3iwan had gu l'exercice, thelo3ayassend iyemawlan-iss, mayela sefhamnttid aken ilaq attervah ».

« Une fille qui a besoin d'aide pour répondre a son exercice, elle fait appel a ses parents après s'ils vont arriver a bien lui expliquer elle va réussir».

Planche 13 : «tametuth ayi tahlak,thettqaleq attan gussou, ttawla nagh ttadissst, argazziss inayass ilaq attuhah ghtbib».

«Une femme dans son lit, elle est malade et anxieuse, elle a de la fièvre ou bien elle est enceinte, son mari insiste pour qu'elle consulte un médecin ».

Planche 14 : «arac tteqassiren, vghan adess3andin tasswi3th, ssin ayi gefray dayethmathen dakhamenssan wayi, ssin ayi iyla3ven deldjiran, ahnan ferhan.»

« Des enfants qui s'amuse, ils veulent passer du temps, les deux qui sont sur le toit sont des frères c'est leur maison, pour les deux autres qui jouent sont des voisins, tout le monde est heureux».

Planche 15 : « thelatha wayethmathen la3ben lewahi, farhen , lewattmathen -ssen atten theghar soufela lbank , tayet athen deved thetalay te3waq mayela attel3ab la3v ila3ben aka wiyit»

« Trois frères qui sont en train de jouer ensemble ils sont heureux, leurs sœur est allongé sur un fauteuil en train de lire un livre et une autre debout hésite si elle va participer au jeu que les autres jouent».

Planche 16: « aqcic itt3assa vavass azdifek tassarutt n tomobil adihawass , vavas i3awaq massttifek, wakil aqcic ayi ighatith lhal ihuss amaken othyumin ara mi thiwala i3awaq, arthagara ahath asttifek».

«Un jeune homme qui attend son père pour qu'il lui donne les clés de la voiture pour aller se promener, son père hésite de lui prêter, il me semble que ce jeune est triste, car il ressent comme si son père n'a pas confiance en lui vu qu'il hésite de lui donner, mais après je pense qu'il va lui donner les clés ».

Planche 17 : « ssnath nettaythmathin, yiwath thett maquieller wakila attefagh , tayat thessaqsayitt anda attruh tenayass s3igh lechghal , asma attfak attefagh».

«Deux sœurs, une d'autre elle est en train de se maquiller je pense qu'elle a une sortie, et l'autre lui demande où va-t-elle, elle lui a répondu qu'elle a des choses à faire, et elle va sortir dès qu'elle termine ».

Planche 18 : «la famille fghan adhawssen, ssin lewachoul la3ven, wayat iqim wahdass italayithen, yemathssen trouh guettakhmam , tehzen ozrighara facu ahath tenough dergaz-iss ,thess3a ighevlan ».

« Une famille sort pour se promener, les deux enfants jouent et l'autre s'isole, il les regarde jouer, leur maman a l'esprit ailleurs, elle est triste je ne sais pas pourquoi je pense qu'elle s'est disputé avec son mari, elle se fait des soucis ».

Planche 19 : «dhayi ttwaligh chikh, wahi ttenelmadth, ittessahihaed tawriqth_iss, issaqessattid anssa idewi thiririth , tekoukra tugad assthini» .

«La je vois un enseignant avec son élève, qui est en train de lui corriger sa feuille et lui demande de ou elle a eu la réponse, la fille hésite elle a peur de lui répondre».

Planche 20 : « ilamzi italay imaniss alemri mayela techvah felass levssani, molach adivedel tayet omba3d adifagh».

«Un jeune homme se regarde dans un miroir s’il est bien habillé, sinon il va changer une autre tenue puis il va sortir ».

Planche 21 : « argaz ittedou ghel khadma, tametouthiss thettwasith adihadar imaniss, lwachouleni tte3assenett athenyawu yidess ar l’école».

« Un homme qui part travailler, sa femme lui demande de faire attention à lui, les enfants attendent leur père pour les déposer à l’école».

3.4. La feuille de cotation du 3^e cas :

Nom des infirmiers: Wayne M. Scott, E. Henry et Mary O. Sotik Age _____ Position dans la famille _____		Numéros des planches																Notes
Catégories		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Notes
CONFLIT APPARENT																		
Conflit familial		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
Conflit conjugal		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
Autre type de conflit		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
Absence de conflit		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
RÉSOLUTION DU CONFLIT																		
Résolution positive		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
Résolution négative ou Absence de résolution		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
DÉFINITION DES LIMITES																		
Appropriée / adhésion		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
Appropriée / non-adhésion		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
Inappropriée / adhésion		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
Inappropriée / non-adhésion		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
QUALITÉ DES RELATIONS																		
Mère = allié		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
Père = allié		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
Frère/sœur = allié		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
Compétence = allié		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
Autre = allié		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
Mère = agent stressant		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
Père = agent stressant		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
Frère/sœur = agents stressants		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
Conjoint = agent stressant		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
Autre = agent stressant		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
DÉFINITION DES FRONTIÈRES																		
Fusion		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
Désengagement		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
Coalition mère / enfant		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
Coalition père / enfant		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
Coalition entre adulte / enfant		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
Système ouvert		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
Système fermé		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
CIRCULARITÉ DYSFONCTIONNELLE		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
MAUVAIS TRAITEMENTS																		
Maltraitance		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
Abus sexuel		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
Négligence / abandon		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
Abus de substances		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
RÉPONSES INADAPTÉES																		
Rerut		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
TONALITÉ ÉMOTIONNELLE																		
Tristesse / dépression		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
Colère / hostile		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
Peur / anxiété		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
Bonheur / satisfaction		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---
Autre type d'émotion		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	---

Index Général de Dysfonctionnement _____

3-5 Analyses des huit VIII questions de troisième cas

La feuille de cotation présentée des notes obtenue par Aicha sous toutes les directives données sous forme de huit (VIII) questions, on propose l'analyse suivante :

1- Le protocole est-il suffisamment long pour permettre l'élaboration d'hypothèse de travail valide ?

Le protocole de Mme « Aicha » est suffisamment long et clair pour permettre la cotation, car il ya pas de refus ou une réponse inhabituelle.

2- Ya t-il présence de conflit ?

L'index général de dysfonctionnement de ce protocole est a (21) suggère la présence de conflits apparents non résolus a l'intérieure de cette famille.

3- Dans quel domaine le conflit apparait-il ?

Ce protocole fait état d'un niveau passable de conflits familiaux (n=06) par rapport aux conflits conjugaux (n=01) et de conflit extrafamilial (n=01), ces observations suggèrent une présence de conflits non résolus à l'intérieure de cette famille et la difficulté de cette famille a fonctionné efficacement avec le monde extérieur.

La faible note de conflit conjugal (n=01) on peut l'interpréter soit, la relation conjugale est très distante, ou ya pas de relation affective entre les couples, ou il essaye de projeter leurs conflits conjugaux sur les autres membres de la famille (n=06).

4- Quel est le mode de fonctionnement caractéristique de cette famille ?

L'analyse des indices de fonctionnement familial nous renseigne sur le score relationnel dans cette famille, le moyen nombre de thématiques résolution positive (n=03) peut suggérer et crée un climat chargé d'un dysfonctionnement familial, et le non approprié /non-adhésion des membres de la famille (n=02) mènent a dire que la dynamique de cette famille est basée sur le mécontentement des parents.

5- Quelle pourraient être les hypothèses liées à l'apparence qualité relationnelle au sein de cette famille ?

Les indicateurs de la qualité relationnelle familiale suggèrent que la tristesse (n=04)et la colère est d'un niveau léger (n=03), les parents sont perçus comme des générateurs de stress que des allies , mais cette famille favorise d'exprimer ses émotions a l'extrême de la famille système ouvert (07)fermé (00), tout ça pour permettre au système familial d'extérioriser le dysfonctionnement familial perçu pour ne pas s'exploser, mais d'une manière immature autre agents stressants (01).

6- Quelles sont les hypothèses relatives aux aspects relationnels systémiques au sein de cette famille ?

L'analyse de ce protocole indique que cette famille fondue d'une manière fusionnelle et immature a partir de cette hypothèse le faible niveau de conflit conjugal (n=01) par rapport aux conflits familiaux (n=06) suggère que les membres de la famille ne se sentent pas aux règles des parents ce qui crée un dysfonctionnement à l'indicateur de cette famille dont les résolutions négatives prédominent avec la présence de membres alliés pour se défendre contre la projection des conflits conjugaux.

7- Ya t-il des indices d'inadaptation majeure?

Ce protocole contient une réponse (01) à la maltraitance physique.

8- Existe – t-il dans ce protocole des thématiques qui contribuent à la formulation d'hypothèses clinique utile?

L'analyse de note obtenue dans ce protocole indique que c'est Mme « Aicha » qui organise la dynamique familiale plus que son Mari ce qui peut engendrer en elle des sentiments de tristesse qui sont liée a un difficile processus d'individuation au sein d'un système familial fusionnel.

2.6. Synthèse de 3e cas :

À travers l'analyse d'entretien semi-directif et l'analyse du protocole du FAT pour le cas de Mme « Aicha», on a constaté que la naissance de «Aksil» a bouleversé le fonctionnement familial de ses parents qui se manifeste par des conflits et des disputes, et entraîne des perturbations de lien conjugal et familial et des désengagements de tous les membres au sein de cette famille. On constate que cette famille est dysfonctionnelle, caractérisé par des conflits familiaux, ainsi que la distance affective a pris la relève de projeter leurs conflits conjugaux sur les membres de la famille ce qui laisse entrevoir la tristesse.

4. Présentation du 4^e cas :

Pendant l'entretien avec M^{me} «**Tiziri**», nous a apparu qu'elle est très intéressée à tout les sujets qui concerne le trouble de son fils, son discours était fluide et spontanée elle a répondu presque à toutes nos questions.

4.1. Présentation et discussion de l'entretien clinique :

Son enfant autiste «**Massi**» âgé de 10 ANS, qui est le cadet , il a reçu son diagnostic à l'âge de trois(03) ans , par un pédopsychiatre spécialisé en trouble envahissant de développement(TED) , après plusieurs évaluations de psychiatres et spécialistes, M^{me}«**Tiziri**» a repéré les signes autistiques de son fils à l'âge de 18 à 25 mois , ainsi elle nous affirme que c'était un enfant désiré, mais pas pour son père , elle a dit : « **on a eu des problèmes de logements ,on n'était pas stabilisé c'est pour ça il n'est pas prêt d'avoir un nouveau- né** », actuellement il est scolarisé en deuxième année primaire dans une école normale.

M^{me} «**Tiziri**» nous a raconté qu'elle a eu beaucoup de complications lors de la naissance de son fils , Et sont état de santé a était détériorer et cela a affecté la naissance de « **Massi** » « **s3igh des crises asthmatiques et une bronchite et une hypertension, donc je prends des traitements , ohenttahvisgh ara dwawitheni , difficilement bachik orwaghtid kechmagh asvitar a 4heure de matin ami 6 h de lendemain idiloul , mais le bébé il n'a eu aucun problème de santé** » , «**J'ai eu des crises asthmatiques , une bronchite et une hypertension , donc je prends beaucoup de traitements , je les est pas arrêté , sa naissance a était difficile , je suis rentrée a l'hôpital a 4h de matin jusqu'à 6h de lendemain qu'il est né** ».mais le développement de «**Massi** » il a était bien comme elle nous a avoué: « **ivda tikli zik ihadrad guel waqth** » . « **il a commencé a marcher tôt , même il a parlé au moment qu'il faut**».

À propos de l'annonce de diagnostic d'autisme de son fils, M^{me} « Tiziri » nous a affirmé qu'elle a vraiment galéré pour le confirmer, vu qu'il a eu des évaluations différentes des spécialistes ici en Algérie :

«**ssoufrigh gel diagnostique yness,des pédopsychiatres et des orthophonistes yiweni qariyid c'est un autiste,wayet iqariyid khati,ozlagh flass kola mekén almi dhe França pour un diagnostic finale**».

«Pour son diagnostique j'ai eu beaucoup de difficultés, car ya certains pédopsychiatres et orthophonistes qui disent que c'est un autiste et d'autres me disent non, j'ai dépensé toute mon énergie, me suit déplacer partout ou ma sembler pouvoir aboutir a mes fins, jusqu'a en France pour un diagnostic final ».

Puis quand on lui a posé la question quelle est votre réaction au moment de l'annonce du diagnostique elle a répondu avec une énorme tristesse dans son visage comme si sa souffrance existe toujours en elle , elle dit : «**nekki dimetawen dlehen,outhids 3igh-ara imi qriv mouthagh**» «**Sept(07) mois de pleurs et de chagrins, je ne l'ai eu qu'a près avoir frôlé la mort**» elle a révélé que c'était un moment traumatisant , elle a été profondément bouleversé et choqué : « **amaken ighelid w derarfelli , et après l'annonce rewintt -yi g qerouyiw** ». « **À tel point qu'une montagne s'est battue sur moi, et après l'annonce tout est confus dans ma tête** ».

On a constaté d'après la réponse de Mme «**Tiziri**» concernant le vécu de la pathologie de leur enfant, ils sont arrivés finalement à s'adapter a son handicap malgré toutes les complications qu'ils ont rencontrées elle dit : «**au départ ça n'a pas était facile du tout de le supportée, j'étais retrouvé perdus, mais pas maintenant j'ai pu m'adapter très bien, j'ai pu accepter cette situation normale telle qu'elle est** ». Mme« **Tiziri**» d'après ses déclarations a beaucoup sacrifier et elle a mené un véritable combat contre l'autisme, « **je me suis battu et j'ai fais tous mon possible pour le faire sortir de la, je suis très proche de mon fils, je fais tous avec lui, on est complices**».

Vivre avec un enfant autiste c'est un cercle infini des difficultés surtout ce n'est pas facile pour elle de s'occuper de lui et de gérer sa vie professionnelle ce que Mme « **Tiziri**» nous a témoigné : « **loukan ate3anded tidak ikel** », « **j'ai beaucoup de difficulté** ». « **Surtout je travaille, et j'ai eu des problèmes a l'école, car il est agressif au début ils n'ont pas accepté sa scolarisation, mais j'ai tous fait pour qu'il soit scolarisé ... ses difficultés il faut savoir les gérer c'est tout** ».

Pour sa relation conjugale avant le diagnostique de son enfant on a remarqué que l'autisme de son fils a beaucoup affecté sa vie , soit personnelle ou de couple qu'elle se caractérise par des conflits et un désaccord sur l'état de leurs fils« **toujours c'est des problèmes , il ne m'aide pas et je lui reproche souvent sa , lui il n'était pas conscient de son état avant son diagnostique il me disait que ce n'est pas grave , juste qu'il a mal quelque** Part alors que moi je ne le trouve pas normal et je me stress souvent , je me

disais qu'il faut que je réagisse seule ... ». Après l'annonce de diagnostic y'avait des changements, les conflits ont diminué, mais la responsabilité c'est elle qui l'a pris comme elle nous a affirme :

«Maintenant cava presque tout est devenu normal, on se dispute plus comme avant, car c'est moi qui fait tous, je gère tout moi ».

Concernant la question comment elle est la relation de votre enfant autiste avec son frère elle a dit : **« son frère vit avec ses grands-parents, c'est à cause de l'autisme de son frère que je l'ai envoyé vivre chez eux surtout la période des examens, car il le perturbe »** ce qui détermine que l'autisme de **«Massi»** a aussi touché le lien de la fratrie et ce qui a même créé la séparation entre les deux frères.

Par conséquent, selon **«Tiziri»** l'handicap de son fils ne lui pose aucun problème et il ne perturbe jamais ses relations avec l'entourage au contraire les relations sont devenues plus solide elle reçoit des encouragements **«dieu merci, je suis bien avec tout le monde et c'est tout le monde qui nous aiment, on a le soutien de tout le monde, ils nous félicitent surtout quand ils voient mon fils s'améliorer de jour en jour, c'est un enfant adorable Dieu merci ».**

Et à propos les souhaits Mme **«Tiziri»** elle fait appel a tous les parents ayant un enfant autiste elle dit : **« je souhaite que les parents qui y'ont un enfant autiste d'être patient, et courageux, et qu'ils s'arrêtaient de donner beaucoup d'importance a leurs scolarisations en premier lieu, mais de comprendre leurs besoins, et je souhaite qu'ils guérissent un jour même si on s'est que c'est impossible ».**

En fin on lui a posé la question suivante, que pensez- vous sur le devenir de votre enfant, elle dit : **« wayi id le problème yenu de l'avenir », « je crains l'avenir, j'ai peur de son adolescence, j'ai peur que son cas s'aggrave de pire en pire, mais j'aime ne pas penser a sa, car il y'a des idées noires qui rentre dans mon esprit ».**

On a remarqué que Mme **« Tiziri »** craint vraiment de ce que l'avenir lui cache surtout a l'âge de l'adolescence.

4.2. Analyse de l'entretien du 4^e cas :

Durant notre entretien avec «Tiziri», nous avons remarqué qu'elle est énormément affectée par l'autisme de son fils. Ainsi que des révélations de sa part témoignent qu'elle a vraiment passé des moments terribles durant la confirmation de son diagnostic qui a passé par plusieurs évaluations.

Pour le vécu de l'annonce de son diagnostic constitue un événement de vie majeure très difficile pour la famille, mais en plus particulièrement pour elle il représente potentiellement une source de stress chronique, mais au fil du temps elle s'est arrivée à s'adapter difficilement.

L'autisme de «**Massi**» a vraiment un effet sur le quotidien de ses parents , cette maman qui s'est retrouvée dans l'obligation de s'occuper de plusieurs tâches au même temps , et elle se sacrifie tout son temps pour lui , « **Massi** » créé des répercussions nuisibles surtout pour la santé psychologique des parents qui se manifeste par des disputes , la mère qui réclame a son époux de l'importance de partagé les rôles et lui qui compte beaucoup sur elle , c'est une pathologie qui a frustré la vie personnelle de tous les membres qui a marqué même le lien fraternel qui s'explique par la séparation.

Par conséquent, durant notre entretien, nous avons remarqué que cette famille est bien entourée, car ils reçoivent des encouragements de la part de leurs entourages.

Ce qui nous a attiré notre attention que Mme «**Tiziri**» elle n'a jamais laissé aller, elle a fait-tout pour l'aider à dépassé son handicap, ainsi elle fait appel a tout les parents des enfants autistes d'être courageux et de faire des efforts de les biens comprendre.

4.3. Présentation et analyse du protocole(FAT) du 4^e cas :

Planche1 : « une famille au tour de la table, ya un enfant autiste qui est en train de mangé, car vous savez les enfants autistes aiment bien manger ! ...J'ai remarqué ici que les parents sont en conflit, ils se disputent et c'est surement à cause de l'enfant autiste, c'est vrai c'est difficile il faut avoir de la patience, mais ils doivent accepter sa ».

Planche 2 : « la c'est un enfant autiste il tien dans sa main un disque, il veut écouter de la musique, car les enfants autistes aiment bien la musique, sa maman lui propose un autre, mais

lui il refuse, mais je suis sûre qu'à la fin il va faire son choix, car les enfants autistes sont têtus et très intelligents aussi ».

Planche 3 : « un père qui est en train de hurler sur son fils qui est autiste, car il a cassé un vase, il lui demande de ramasser immédiatement, mais il devrait lui demander ça gentiment sans crié, car ils n'aiment pas sa ».

Planche 4 : « une maman qui est en train d'apprendre a sa fille autiste comment pilier ses vêtements, mais elle, elle refuse et bien sûr les enfants autistes font qu'a leurs tête ».

Planche 5 : « une famille qui sont au salon y'a un enfant autiste qui est a coté de sa maman, tout le monde est heureux, ils ont bien accepté la maladie de leur enfant ».

Planche 6 : « une maman qui blâme son fils pour le désordre qu'il a met dans sa chambre, c'est le cas des enfants autistes, mais on ne doit pas adapter cette attitude envers ».

Planche 7 :« un enfant autiste qui est en train de creuser sur le mur, mon fils fait aussi ce genre de comportement, il aime découvrir de nouvelles choses ».

Planche 8 :« une maman avec son enfant autiste ils font des courses, l'enfant a peur des étrangers et la maman est triste pour son enfant, car ya deux jeunes derrières qui se moquent deux, c'est dur de voir sa et c'est très malheureux ».

Planche 9 :« c'est dans une cuisine, la maman prépare a mangé et son mari lui parle sur la facture de l'électricité il est très en colère, il hurle sur elle et l'enfant a peur de rentré ».

Planche 10 : « une équipe qui est en train de jouer au baseball, ils font des entrainements, car ils ont un match à jouer, et ils sont très joyeux ».

Planche 11 :« c'est chez les grands-parents, un couple qui les rendent visite, l'homme regarde l'heure comme s'il demande a sa femme de rentrée chez eux, mais les grands-parents leurs demandes de passer la nuit ».

Planche 12 : « des parents qui demande a leur fille de faire ses devoirs, mais la fille refuse, elle me semble qu'elle a l'esprit ailleurs et les parents sont furieux, ils ne sont pas satisfaits ».

Planche 13 : « un père et son fils qui sont dans une chambre, le garçon me semble triste comme s'il est malade, son père s'inquiète pour lui et il lui demande d'aller voir un médecin ».

Planche 14 : « un père est en train d'apprendre comment jouer à son fils, les autres enfants les regardent, tout le monde est content ».

Planche 15 : « C'est une famille, un père et ses deux enfants sont en train de jouer à un jeu de société, la maman les regarde jouer comme si elle veut apprendre, l'autre fils est sur un divan c'est un autiste, car il s'isole ».

Planche 16 : « un père discute avec son fils, ce dernier lui demande la clé de la voiture, mais le père hésite, mais je pense qu'il va lui donner ».

Planche 17 : « une maman qui se prépare pour une sortie avec sa fille, et cette dernière l'observe elle lui demande de se dépêcher, elles sont joyeuses toutes les deux ».

Planche 18 : « une famille qui sont dans une voiture, deux frères qui sont en train de jouer, ils sont normaux et l'autre s'isole c'est un autiste, et la maman est triste de voir son enfant dans cet état ».

Planche 19 : « un enseignant dans sa classe, il est en train de corriger ses feuilles, cette fille est en train de réclamer sa note il me semble qu'elle n'est pas satisfaite, elle est en colère, peut-être il n'était pas juste dans la correction, mais lui il va refuser de lui rectifier sa note, après elle va lui ramener son père et sûrement ils vont se disputer ».

Planche 20 : « une fille autiste qui se regarde dans un miroir, c'est comme ça que les enfants autistes font, ils aiment bien ça ».

Planche 21 : « le père part pour un voyage c'est pour une formation, sa femme comme si elle est triste pour le départ de son mari, elle est entraînée de le saluer et les enfants attendent leur papa pour qu'il puisse les déposer à l'école ».

4.4. La feuille de cotation de 4^e cas :

Journal de l'enfant par Wayne M. Scott, Susan E. Henry et Mary O. Sotile		Age _____	Position dans la famille en ordre de naissance _____	cotation										
Catégories		Numéros des planches												Notes
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
CONFLIT APPARENT														
Conflit familial		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Conflit conjugal		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Autre type de conflit		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Absence de conflit		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
RÉSOLUTION DU CONFLIT														
Résolution positive		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Résolution négative ou Absence de résolution		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
DÉFINITION DES LIMITES														
Appropriée / adhésion		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Appropriée / non-adhésion		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Inappropriée / adhésion		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Inappropriée / non-adhésion		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
QUALITÉ DES RELATIONS														
Mère = allié		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Père = allié		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Frère/sœur = allié		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Conjoint(e) = allié(e)		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Autre = allié		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Mère = agent stressant		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Père = agent stressant		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Frère/sœur = agents stressants		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Conjoint(e) = agent stressant		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Autre = agent stressant		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
DÉFINITION DES FRONTIÈRES														
Fusion		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Désengagement		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Coalition mère / enfant		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Coalition père / enfant		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Coalition sœur adulte / enfant		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Système ouvert		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Système fermé		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
CIRCULARITÉ DYSFONCTIONNELLE		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
MAUVAIS TRAITEMENTS														
Vieillesse		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Abus sexuel		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Négligence sévère		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Abus de substances		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
REPONSES INHABITUÉLLES		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
PERUS		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
TONALITÉ ÉMOTIONNELLE														
Tendance dépressive		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Côté hostile		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Peur anxiété		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Bonheur / satisfaction		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Autre type d'émotion		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	---
Index Général de Dysfonctionnement _____														

4.5. Analyse des huit (08) questions du cas :

La feuille de cotation complétée des notes obtenue par Tiziri sous toutes les directions données sous forme de huit questions, on propose l'analyse suivante :

1- Le protocole est-il suffisamment long pour permettre l'élaboration d'hypothèses de travail valide ?

Le protocole de Tiziri peut permettre la cotation, car il ya pas de refus ou une réponse inhabituelle.

2- Ya t-il présence de conflit ?

L'index général de dysfonctionnement de ce protocole est modérément élevé a (25) ou l'absence de conflit est fréquent présent (n=15) suggèrent l'absence de tout conflit au sein de la famille.

3- Dans quel domaine le conflit apparait-il ?

Le protocole de Mme « Tiziri » fait état d'un niveau élevé d'absence de conflits (n=15) et d'un faible niveau de conflits conjugal (n=02) et d'un niveau moyen de conflit familial (n=03) , ces observations pertinentes suggèrent qu'il ya un conflit familial non résolu, c'est dans le non-dit que autant qu'ya une force dans la famille qui interdit la communication normale et la discussion des problèmes ce qui peut renvoyer à la difficulté de la famille a fonctionné efficacement sur le plan des relations extrafamiliales , et le faible niveau de conflit conjugal renvoi soit a la relation de cette famille est saine ou elle se caractérise par la distance affective ou les parents désigne leur fils comme un bouc émissaire de leur propres problème ou conflit conjugaux.

4- Quel est le mode de fonctionnement caractéristique de cette famille ?

L'analyse des indices de fonctionnement de cette famille a l'égard de la gestion des conflits est significative , relation négative ou même l'absence de résolution (n=05), ces indices renvoient à la communication pathologique des conflits (n=03) pour non-adhésion ce qui peut renvoyer a l'absence totale des limites parentale (approprier/non-adhésion)ce qui provoque une dynamique familiale qui mène au mécontentement des membres de la famille se qui engendre les frontières trop rigides , ceci rend compte a un fonctionnement parental très immature , fusion (n=01).

- 5- Quelle pourraient être les hypothèses liées à l'apparente qualité relationnelle au sein de cette famille ?

Les indicateurs de la qualité relationnelle familiale suggèrent que la tristesse et la peur est d'un niveau léger (n=03), les parents sont perçus comme des générateurs des stress que des allies, mais cette famille favorise d'exprimer ses émotions à l' extrême de la famille, système ouvert (02) fermé (01), tout ça pour ne permettre pas au système familial d'extérioriser le dysfonctionnement familial.

- 6- Quelles sont les possibles hypothèses relatives aux aspects relationnels systémiques au sein de cette famille ?

L'analyse de protocole suggère que cette famille fonctionne d'une manière fusionnelle et immature à partir de cette hypothèse le faible niveau de conflit de conflit conjugal (n=02) par rapport aux conflits familiaux (n=03) suggère que les membres de la famille ne sèment pas aux règles des parents ce qui crée un dysfonctionnement familial a l'indicateur de cette famille dont les résolutions négatives prédominantes avec la présence de membres alliés pour se défendre contre la projection des conflits conjugaux.

- 7- Y a –il des indices d'inadaptation majeure ?

Ce protocole ne contient pas de réponse qui souligne une investigation.

- 8- Existe-t-il dans ce protocole des thématiques qui contribuent à la formulation d'hypothèses cliniques utiles ?

L'analyse des notes obtenues dans ce protocole du FAT suggère fortement que les réactions émotionnelles de la mère organiser la dynamique familiale.

Ces interprétations laissent entrevoir l'idée que les difficultés d'adaptation de «Massi» renvoient aux difficultés des parents à fonctionner d'une manière mature ainsi que la projection de leurs conflits conjugale sur «Massi »indique l'existence d'un bouc émissaire qui se traduit par un enfant symptôme d'une famille dysfonctionnelle.

4.6. Synthèse du 4e cas :

À travers l'analyse de l'entretien semi-directif et l'analyse de protocole de FAT pour le cas de Mme «Tiziri), on constate que la naissance de «Massi» a créé des remaniements de la dynamique familiale, ceux-ci affirmé que cette pathologie provoque des conflits familiaux qui se manifeste par des disputes et des désorganisations qui touche tous les membres les uns

envers les autres. On a constaté que le système de cette famille est dysfonctionnel et une dynamique familiale qui se caractérise par un mécontentement de ces membres et des indices qui renvoient à une communication pathologique, ainsi que ces parents désignent « Massi » comme un bouc émissaire pour masquer leurs problèmes.

5. Discussion des hypothèses :

On reprend dans ce chapitre notre hypothèse pour pouvoir les discuter selon les résultats obtenus dans la partie pratique.

+ Hypothèse :

La naissance d'un enfant autiste bouleverse le fonctionnement familial chez les parents en créant des conflits qui se traduit par des disputes et des désaccords au niveau conjugal et familial ainsi que des désengagements des membres les uns envers les autres comme les distances affectives.

Effectivement la naissance d'un enfant autiste bouleverse le fonctionnement familial de nos quatre (04) cas, il nuit à leurs relations de couple en créant des conflits entre eux et des désengagements entre les membres de la famille, et cela dès l'annonce de diagnostic, ce qui nous a amenés à confirmer notre hypothèse.

L'analyse du contenu de l'entretien semi-directif avec les quatre 04 cas, nous a permis de dégager quelques constations concernant le vécu psychologique des parents ayant un enfant autiste, leurs réactions au moment de l'annonce de diagnostic ainsi d'évaluer la dynamique familiale dans laquelle ils vivent.

Le moment où est annoncé le diagnostic d'autisme de leurs enfants est vécu comme un choc quasi-constant chez la plupart des parents, comme une très forte intensité émotionnelle, il s'est révélé un moment traumatisant pour eux. D'après Golay et Assal (1993) « le processus d'acceptation d'une maladie ou d'un trouble peut être très long et comporte quatre étapes principales qui ne sont pas linéaires ni chronologiques : le choc initial, le stade de déni, le stade de désespoir ou de dépression, et le stade d'acceptation. Nous pensons que ce modèle peut être appliqué aux parents d'un enfant ayant un trouble autistique, de la même façon qu'il l'a été à d'autres pathologies chroniques, par exemple le diabète. » (Cappe, 2009, P227).

Les parents d'un enfant autiste sont généralement, confrontés à des situations difficiles

Beson (2006) constate que la santé Mentale des parents, dépend à la fois de la sévérité des symptômes et de l'importance des répercussions du trouble autistique sur leur vie quotidienne. En effet, plus les symptômes autistiques Ne sont sévères, plus les répercussions sur la vie quotidienne et la santé mentale des parents sont importantes. D'autre part, l'auteur montre que le soutien social « informel » (Famille ; amis ; etc.) réduis les effets négatifs du trouble autistique sur la vie quotidienne et la santé mentale des parents ; cet effet du soutien social « informel »est d'autant plus important quand les symptômes autistiques sont faibles (Cappe,2009).

Les Auteurs signalent aussi que les sentiments les plus souvent évoqués par la fratrie sont la honte et la jalousie : certains se protègent en s'éloignant de l'enfant autiste ou en adoptant des réactions agressives envers lui. Hutton et Caron (2005) ont également Noté, dans leur étude sur l'expérience des familles d'un enfant ayant un trouble autistique, des sentiments de jalousie et d'hostilité de la part de la fratrie envers l'enfant atteint d'autisme. (Cappe, 2009, P223).

- M. «**Mazigh**» dans le premier cas à travers l'analyse de l'entretien et le protocole FAT, on constate que sa famille présente un degré de dysfonctionnement élevé à 44 qui se caractérise par une absence de conflits familiaux ce qui renvoie probablement a un conflit familial non résolu, et l'incapacité de cette famille à résoudre leurs conflits d'une manière positive, un fonctionnement parental qui se traduit qui est formé sur la fusion qui est une immature de fonctionnement parental.

En se basant sur l'entretien et le protocole de FAT de Mr Mazigh on constate une marginalité de sa part envers son fils « Amir », ce type de dysfonctionnement que Vogel et Bell, 1961 ; Ackman, 1964 ; Watzwik et Coll, 1970) qui désigne comme « bouc émissaire», dans lequel en attribut le rôle de « fautive »qui donne lieu à d'autres membres comme victime, réparatrice, persécuteur ».

- Mme «**Amel**» dans le deuxième cas d'après l'entretien clinique et le protocole de FAT qu'on a effectués avec elle, il perçoit qu'il y'avait des remaniements notables dans leur routine familiale «**j'ai beaucoup de difficultés** » ainsi elle est très affectée par l'autisme de son enfant «**je n'ai pas accepté... Je ne peux pas supporté**», le protocole de FAT nous a indiqué que cette famille présente un degré de dysfonctionnement élevé à(25), et une faible note de conflits conjugaux est de niveau(n=03) qui se peut interpréter soit par une distance affective ou ce sont des stratégies utilisées pour masquer leurs problèmes familiaux, ainsi concernant

leur résolution négative qui est de (n=01) qui peut renvoyer aux mécontentements de ces membres, ainsi que l'analyse de protocole suggère que cette famille fonctionne d'une manière modérément fusionnelle et sur le non-dit .

- Mme «**Aicha**» dans le troisième cas après quelques questions d'entretien clinique qui nous a aidés a confirmé nôtre hypothèse que l'autisme de «**Aksil** » a créé des bouleversements au sein de sa famille «**je suis toujours derrière lui, il est agressif ... je ne peux pas le laisser seul...**», et qui entraîne des perturbations de lien conjugal et des désengagements « **Toujours des disputes...** » «**vu que cette maladie nécessite une prise en charge ... j'insiste sur le père de trouvé un autre autre poste de travail** » de ce fait la situation de handicap apparaît ainsi en quelque sorte comme un miroir grossissant du partage des rôles parentaux entre Le père et la mère (Philip, 2004). Et c'est une pathologie qui a aussi touché le lien fraternel « **les deux autres ils le support pas, toujours ils se disputent ..**», pour l'analyse de protocole de FAT il perçoit un index d'un dysfonctionnement familial de (21) qui suggère la présence de conflits apparents non résolus à l'intérieur , ainsi que cette famille fondue d'une manière fusionnelle et immature et que les membres de la famille ne sèment pas aux règles des parents ce qui crée un dysfonctionnement a l'indicateur dont les résolutions négatives prédominantes avec la présence de membres alliés pour se défendre contre la projection des conflits conjugaux .

- Mme «**Tiziri**» dans le quatrième cas d'après l'entretien et le protocole de FAT, on a confirmé que cette famille représente une qualité de vie bouleversée et une soustraction dans leurs activités « **j'ai beaucoup des difficultés.** » « **Surtout je travaille, et j'ai eu des problèmes à l'école, car il est agressif.** » En effet, les résultats de l'étude de Blanchon et Allouard (1998), montrent que plus de la moitié des mères, à cause des difficultés quotidiennes liées au trouble autistique de leur enfant, sacrifient leur vie professionnelle (50%), consacrent moins de temps à leurs loisirs(60%)et à leur vie relationnelle (55%),et ont des problèmes de santé physique(50%dont 15%gravement)et mentale (87%dont 34%gravement)importants (Cappe,2009,P213) , l'autisme de «**Massi**» a aussi affecté la relation conjugale qui se manifeste par des disputes . « **Toujours c'est des problèmes, il ne m'aide pas...je me disais qu'il faut que je réagisse seule** » , Mme «**Tiziri**» elle décrit une bonne relation avec leurs entourages, mais qui contredit les résultats obtenus dans le protocole de FAT qui présente un dysfonctionnement familial qui est de (25) qui se peut s' interpréter qu'elle déni la réalité d'existence d'un conflit familial , ou elle présente un conflit intra personnelle et quelle le projette sur sa famille , donc il s'agit d'une

sorte d'ambivalence entre ce qu'elle vit et ce qu'elle souhaite avoir où être , de plus que les notes déterminent d'après les réactions émotionnelles de Mme «**Tiziri**» que c'est elle qui organise la dynamique familiale et qu'il ya une projection de conflits conjugaux sur leur fils «**Massi**» et indique de l'existence d'un bouc émissaire qui se traduit par un enfant symptôme d'une famille dysfonctionnelle .

À propos des résultats obtenus du test de FAT, on a constaté que l'ensemble des cas décrit une famille plus ou moins dysfonctionnelle de **(21 à 43)**, dans laquelle on trouve des familles en conflits familiaux et difficultés à résoudre d'une manière positive.

En conclusion , l'arrivée d'un enfant autiste pour ces parents c'est-à-dire pour nos quarts cas M. « Mazigh », Mme « Amel», Mme «Aïcha», Mme «Tiziri» suscite pour chacun d'eux un bouleversement de leurs états psychologiques lors de l'annonce de diagnostic ce qui déclenche un système familial déséquilibré et dysfonctionnel.

Conclusion générale

Conclusion

L'autisme est l'un des troubles les plus difficiles et complexe, qui bouleverse le fonctionnement familial des parents et qui crée des remaniements et des répercussions sur la dynamique de leurs familles, c'est tout un choc pour les parents dus à l'annonce du diagnostique.

On a remarqué au fil des entretiens qu'on a effectué auprès de ces parents des changements notables sur leurs plans de dynamique familiale, on a constaté aussi autant d'inquiétudes on se qui concerne le devenir de leurs enfants autistes.

Dans le cadre de notre travail de recherche sur « le fonctionnement familial chez les parents ayant un enfant autiste », on a tenté de démontrer que la naissance d'un enfant autiste bouleverse le fonctionnement familial chez leurs parents en criant des conflits et des désaccords au niveau conjugal et familial.

À fin d'aboutir aux objectifs de notre recherche et de vérifier nos hypothèses, on a suivi la méthode clinique pour comprendre et éclaircir sur la qualité de fonctionnement familial chez les parents ayant un enfant autiste et évaluer le processus fonctionnel et dysfonctionnel et les structures familiales de ces parents.

On a utilisé l'entretien clinique et le test de FAT qui nous a permis de confirmer notre hypothèse.

Enfin, malgré les lacunes qu'on a rencontrées dans cette recherche, comme le manque de documentations qui traitent le fonctionnement familial ainsi le vécu des familles ayant un enfant handicapé et plus particulièrement l'enfant autiste et la limite du temps. Il reste à dire que cette recherche est une bonne expérience pour nous elle nous a permis de découvrir le monde de l'enfant autiste et celle de sa famille.

Cette étude peut permettre à d'autres étudiants d'approfondir sur d'autres aspects de ce sujet, comme le fonctionnement familial des parents avant et après avoir un enfant autiste, étude comparative, le vécu des parents et des fratries d'enfants avec autisme, autisme : le vécu de la fratrie perçu par les parents ...etc.

La liste bibliographie

I- Les ouvrages :

1. Addi, L. (2005). **Femme, famille et lien social en Algérie**. Paris, édition de la maison des sciences de l'homme.
2. Albernhe Karine et Thierry. (2004). **thérapies familiale systémiques**. Paris, 2^eédition Masson.
3. Amar-Tuiller.A. (2004). **Mon enfant souffre de trouble de développement**. Paris, édition La Découverte.
4. Beaudet .L et De Montigny. F. (1997). **Lorsque la vie éclair**. (1^{er} édition) Seli Arslan.
5. Bettelheim. B. (1969). **La forteresse vide : l'autisme infantile et la naissance du soi**. Paris, édition Gallimard.
6. Bertrand. J. (2008). **Autisme, le gène introuvable, de la science business**. Paris, édition du Seuil.
7. Benoy.H et Chahraoui.KH. (1999). **L'entretien clinique**. Paris, édition Dunod.
8. Contejean.Y et Doyen.C. (2012). **Regard périphériques sur l'autisme**. Paris, édition Lavoisier.
9. Colin. A(2015). **L'observation clinique et l'étude de cas** .Paris, édition Dunod.
10. Chahraoui. KH et Benoy. H (2003). **Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique**. Paris, édition Dunod.
11. Dépelteau.F. (2000). **La démarche d'une recherche en sciences humaines**. Bruxelles, édition de Boéck.
12. DSM-IV TR. (1996). **Manuel Diagnostique et Statistiques des troubles mentaux**. Paris, édition Masson.
13. Julien. N et Langloys. D. (2009). **Livre blanc de l'autisme**. Avril.
14. Le Goff.J-F. (1999). **L'enfant parent de ses parents : parentification et thérapie familiale**. édition L'Harmattan.
15. Lenoir.P, Malvy.J et al (2007). **L'autisme et les troubles du développement psychologique**. (2^{eme} édition) Herstal Masson.

16. Marquet. J. (2011). **Berne, la réflexion clinique et la théorie.** Paris, édition PTSPTA.
17. Minuchin. S. (1979). **Famille en thérapie.** édition France-Amérique.
18. Peeters.T. (1996). **L'autisme, de la compréhension à l'intervention.** Paris, édition Dunod.
19. Pedinielli.J. (2005). **L'observation clinique et l'étude de cas.** Armand colin.
20. Rogé. B (2003). **Autisme, comprendre et agir.** Paris, édition Dunod.
21. Rutter .M et Schopler. E (1991). **L'autisme une réévaluation des concepts et du traitement.** édition Masson.
22. Schopler. E (1988). **Stratégies éducatives de l'autisme.** Paris, édition Masson.
23. Tardif. C et Gepner. B (2003). **L'autisme.** Paris, édition Nathan Veuf.
24. Tusin. F (1977). **Autisme et psychose de l'enfant,** édition de Seuil.
25. Yvon. D (2014). **A la découverte de l'autisme.** Paris, édition Dunod.

II- Revus :

1. Cappe .E et al (2009), « Psychiatrie sociale et problèmes d'assistance qualité de vie et processus d'adaptation des familles d'un enfant ayant un trouble autistique ou un syndrome d'asperger »,in La psychiatrie de l'enfant ,(Vol.52), PP.201 -246.
2. Pautzé.R et Petitpas.J. (2013). **Evaluation du fonctionnement familial : état des connaissances, thérapie familial.** Vol.34, p.11-37.

III- Dictionnaires :

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

IV- Rapports :

1. Transitions familiales : Rapport adopté par le conseil de la famille de l'enfance 2005-2006 sur **la situation et les besoins des familles et des enfants.**

V-Thèses :

1. Brousseau,M et Simard,M .(S-D). **Fonctionnement familial et négligence des enfants,** université Laval.
2. Jean-Bart, C. (2005). **L'accompagnement de l'enfant autiste et la prise en compte des trajectoires et du réseau social des familles.** Le cnam, union nationale des associations de format et de recherche en interventions sociale.

La liste bibliographique

3. Lou Charlotte Djo. (2013-2014). **Fratrerie germaine et appropriation de la famille recomposée par l'enfant de 6 à 13ans : une approche bioécologique**, université Toulouse le Mirail.
4. Manuel,F. (2008-2009). **Enfant handicapé, famille, travail, parentalité : une conciliation impossible ?**, université Pierre Mendès France, institut d'études politiques de Grenoble.
5. Pardinielli, J.L. (1999). **Approche de la recherche clinique en psychologie**, U.F.R de psychologie université de Provence, 29 avenue Robert-Schuman.
6. Schmute, L. (2012) . **Des parents face a l'autisme de leurs jeune enfant.**

VI- Articles :

1. Boddart.N et Zilbovicius.A. (2002). **L'imagerie cérébrale fonctionnelle et l'autisme infantile**. In revue enfance, N01.
2. Darveau, J.G. (1995). **Les familles des personnes handicapées**. Bibliothèque national du Québec.

VII- Sites internet :

1. site : www.clinique_psychologue_montreal.ca
2. Site : www.Ids.org/liahona/2009/02/15?lang=fra.
3. Site : www.exploratioexplorator.wordpress.com/violence-psychologique-et-morale/du-systeme-familiale-et-du-bouc-emissaire.

Guide d'entretien (français)

A- les informations personnelles :

- 1- Quel âge avez-vous ?
- 2- Combien d'enfants avez-vous ?
- 3- Quel est votre niveau d'études ?

AXE 1 :les renseignements sur l'enfant autiste :

- 1- Quel âge - a-t-il ?
- 2- Qu'il est son classement dans sa fratrie ?
- 3- Est-il un enfant désiré ou pas ?
- 4- A-t-il eu des complications lors de sa naissance ?
- 5- L'autisme de votre enfant est-il diagnostiqué ? par qui ?
- 6- Quel âge avait-il lors du diagnostic ?
- 7- Avez-vous d'autres enfants qui sont atteints du même trouble ?
- 8- Actuellement votre enfant est-il scolarisé dans une école normale ? si non dans quel établissement ?

AXE 2 :Le vécu psychologique des parents ayant un enfant autiste :

- 1- Pouvez-vous nous parler sur la confirmation du diagnostic d'autisme de votre enfant ?
- 2 - Quelle est votre réaction au moment de l'annonce du diagnostic ?
- 4- Après l'annonce de trouble de votre enfant avez-vous cherché un soutien dans les milieux professionnels ?
- 5- Comment vous vivez la pathologie de votre enfant ?
- 6- Quelles sont vos difficultés quotidiennes ?
- 7- Pouvez- vous nous dire comment et par qui vous étiez orienté vers l'association de prise en charge des enfants autistes?

AXE 3 : les renseignements sur la dynamique familiale des parents ayant un enfant autiste :

- 1- Parler nous sur votre relation conjugale avant le diagnostic de votre enfant ?
- 2- Avez-vous remarquée des changements dans vos relation avec votre conjoint après l'annonce du diagnostic de votre enfant ?
- 3- Y-a-il des conflits entre vous ?comment se manifestent –ils ?

- 4- Comment est la relation de votre enfant autiste avec ses frères et sœurs ?
- 5- Comment sont vos relations avec votre entourage avant et après le diagnostic

Axe 4 : le regard sur l'avenir :

- 1- Quels sont vos souhaits ?
- 2- Que pensez-vous sur le devenir de votre enfant ?

Guide d'entretien (Kabyle)

A. les informations personnelles (issalen n yiman)

1. Achal di le3mer -ik /im ?
2. Achal n ddreya ites3id ?
3. Almi i danda i teghrit ?

Ixef-wiss- 1: les renseignements sur l'enfant autiste (issalen ghef waqcic iyess3an tawahoud)

1. Achal i yess3a di le3mer-is ?
2. De netta id amezwarou gar wayetma-ss?
3. Daqqic i yebghan negh ala ?
4. Lan i3ewiqen assmi ideloull ?
5. L'autisme nemmim/ik ittwa diagnostique ? Menhou issethidi 3elan ?
6. Achal di le3mer-iss mi zde3alen lediagnostic ?
7. Mayela tess3im yaken guedaryanwen widek iguess3an tawahoud ayi ?
8. Tura mmi-m yekcem gher kra ne oghervaz mayela khati anwa ssenf lakul ihi ?

Ixef-wiss-2 : amak ithemoug timetti ni mawlen iyess3an igourden ihelken tawahud (le vecu psychologique des parents ayant un enfant autiste)

1. Tezmred aghdemsselayet ghef lawan idegu the3elmet sse lahlak n tiwehethayi n mmim
2. Amak ith xedmed imi it3elmat sse lahlak n mmim
3. Gemi the3almad ss netawoud nemim/ik thoufem aka lem3awna sghour imoussnaxen gue ssenf lahlakayi
4. Amek i tettidired lehlak-a n mmim
5. Dacu-then i3awiqan idettemplid yalass yidess
6. Tezemrad aghdinit amak ak demanhou ikendichay3en gher thedoukli ayi igettatafen les arach iyess3en tawahoud ?

Ixef-wiss-3: les renseignements sur la dynamique familiale

1. amek iyellan wassaghen ttematouthik \ dourgazim waqvel diagnostic ?
2. Ma trid lbalim / lbalik daken ila kra iyevedlan gel3alaqa nwan gmi ithe3almam daken mithwan iss3a l'autisme ?
3. Mayela lann yimennughen gara wen ?Amak idettvanen ?

4. Amak themoug l3alaqa nwaqcich ayi wahi dwayethmass deyssethmass ?
5. Amek lan wassaghen garawen d wid yezdghen rrif nwan dewahi dewidik tessnam uqvel wahi obmba3d gmi t3almam bli mithwen d l'autiste ?

lxef-wiss- 4 : regarde sur l'avenir (tamoughli gher zath)

1. Dacu ithettmenid ?
2. Amek ithettwalid mim/ik ghezath mara dimghour ?











































