

Université Abderrahmane MIRA de Béjaïa
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle
En vue de l'obtention du diplôme de master
Option : Psychologie Clinique

Thème :

Autisme ; fratrie et lien fraternel

Étude réalisée au sein de deux associations El-Amel Amizour

Et d'un monde à l'autre de Béjaïa

Préparé par :

M^{elle} : YESSAD Amina

M^{elle} : ZIKI Hakima

Encadré par :

D^r : AMRANE Lakhdar

Année Universitaire : 2014/2015

Dédicace

A l'occasion de ce jour, je voudrais dédier ce modeste

Travail

A ceux qui me sont chers(es)

A mes parents

A mes sœurs : Sabrina, Syla et Radia

A mes frères : Lamine et Faudel

A mes oncles et tantes

A mes cousins et cousines

A ma chère grand-mère

A toute ma famille et amis(es) sans Exception.

Amina YESSAD

Remerciements

Avant tout Dieu merci

On remercie de tout cœur les membres des différentes fratries ayant accepté de

Participer à cette recherche

On remercie chaleureusement toutes les personnes qui ont permis, par leur

Disponibilité et leurs encouragements, l'élaboration du présent travail.

Un merci tout particulier à :

Mr. AMRANE encadreur du mémoire

Pour ses valeurs humaines et professionnelles

Pour sa très grande patience.

Merci pour Mr. DJAFRI pour sa disponibilité et ses précieux conseils.

Merci pour toute personne qui a participé à notre formation

Merci pour nos parents et nos amis pour leurs soutiens et leurs encouragements

Tout au long de notre formation.

*« Il semble que, pour être
brillant en sciences ou en art,
une touche d'autisme soit essentielle »*

Hans ASPERGER

Table des matières

Introduction

Problématique et hypothèses	3
-----------------------------------	---

PARTIE THEORIQUE

Chapitre 1 : l'autisme	9
-------------------------------------	---

Préambule	9
-----------------	---

1. l'autisme à travers l'histoire	9
2. Les troubles envahissants le développement	10
3. Tableau de classification des TED	13
4. Définition de l'autisme	14
5. Les types d'autisme	14
6. Description clinique	20
7. Diagnostic de l'autisme	22
8. Les facteurs de risques de l'autisme	24
9. La prise en charge	26

Résumé	31
--------------	----

Chapitre 2 : Autisme ; fratrie et lien fraternel	33
---	----

Préambule	33
-----------------	----

Axe 1 : la fratrie	33
---------------------------------	----

1. La fratrie à travers l'histoire	33
2. Définition de la fratrie	34
3. Définition du lien fraternel	34
4. Le complexe fraternel et le lien fraternel	36
5. L'amour et le complexe fraternel	37
6. Fratricide fraternel	38
7. Inceste fraternel	38

Axe 2 : Autisme ; fratrie et lien fraternel	39
1. Répercussion d'un évènement traumatique	39
2. La honte	42
3. Sentiment d'être délaissé	43
4. La culpabilité	44
5. Parentification et identification	45
6. Envie et jalousie	46
Résumé	47

PARTIE PRATIQUE

Chapitre 3 : Méthodologie de recherche

Préambule	49
1. Présentation des lieux de recherche	51
2. La démarche méthodologique	52
3. Déroulement de la recherche	55
Résumé	56

Chapitre 4 : Présentation, analyse et discussion des résultats

Préambule	58
1. Présentation et analyse du premier cas	58
2. Présentation et analyse du deuxième cas.....	61
3. Présentation et analyse du troisième cas.....	64
4. Présentation et analyse du quatrième cas.....	67
5. Présentation et analyse du cinquième cas.....	69
6. Présentation et analyse du sixième cas.....	71
7. Discussion des hypothèses	74

Conclusion

Liste bibliographique

Annexes

Introduction

Introduction

L'autisme est un vaste sujet, traiter ce problème c'est à la fois aborder des sujets comme intelligence, le langage, la communication, les interactions sociales et bien d'autres, Depuis quelques années. maintenant, l'autisme suscite l'intérêt de nombreux chercheurs et professionnels de la psychologie.

L'autisme reste avant tout une maladie lourde et très handicapante pour des milliers de sujets et leur famille qui, même si elle est de plus en plus connue du grand public elle reste encore une énigme en de nombreux points pour les professionnels et les chercheurs. Il reste encore beaucoup de questions à élucider et d'autres à améliorer. La recherche scientifique avance à petit pas dans ce domaine, mais les résultats de ces études ont permis une meilleure compréhension des aspects liés à cette maladie.

L'autisme affecte aujourd'hui 67 millions de personnes à travers le monde. De tous les troubles graves de développement, il est celui qui connaît la plus rapide expansion dans le monde. Selon les statistiques de L'ONU (Organisation des Nations Unies), l'année 2011 .le nombre de cas d'autisme diagnostiqué chez les enfants serait supérieur aux diagnostics de diabète, de cancer, et de sida.

L'Algérie enregistre près de 70 000 autistes entre les enfants et adultes. Selon la secrétaire générale de l'association de l'enfant autiste. Ces chiffres sont «approximatifs», même si les statistiques diffèrent d'une source à une autre, on estime que l'autisme touche une personne sur 1 000 dans une proportion de 4 garçons pour 1 fille. Une telle situation incite les scientifiques et les chercheurs cliniciens à fournir plus d'effort pour améliorer les conditions de vie et réduire les effets néfastes de l'autisme tant sur l'individu lui-même que sur sa famille et la société.

Introduction

Ainsi, on envisage d'investir ce domaine avec la présente recherche qui s'intitule « Autisme ; fratrie et lien fraternel ». On a commencé ce travail par une problématique, une hypothèse générale et les hypothèses opérationnelles.

La première partie est consacrée à la revue de la littérature, ou on a traité deux chapitres, dans le premier concernant l'autisme on a essayé de donner sa définition, ses causes et sa prise en charge de l'enfant autiste ainsi que quelques autres points qui nous semblaient intéressants à la compréhension de cette maladie.

Dans le deuxième chapitre on a abordé l'enfant autiste en relation avec sa fratrie à travers ce chapitre on a défini la fratrie et le lien fraternel ainsi que le sentiment d'être délaissé, la honte, la jalousie et la parentification.

La deuxième partie de cette étude est consacrée au côté pratique, qu'on a divisé en deux autres chapitres. Le troisième chapitre est consacré au cadre méthodologique dans lequel on traite les points suivants : présentation des lieux de recherche, la démarche de la recherche et la population d'étude.

Le quatrième ou le dernier chapitre est réservé à l'analyse et l'interprétation des données et la discussion des hypothèses.

Enfin, ce travail est conclu par une conclusion générale.

Problématique
Et hypothèses

Problématique :

Dans la vie, l'être humain passe par plusieurs étapes dans son développement de l'enfance à l'adolescence puis de l'adulte au vieillissement même bien avant le développement commence avant la naissance, ce développement n'est pas toujours un développement normal, des fois la personne passe par les difficultés ou un trouble de développement, ce dernier veut dire un développement pathologique, parmi ces troubles, le trouble de l'autisme qui peut rendre la vie lourde et difficile.

L'autisme est une maladie ubiquitaire, qui touche beaucoup plus les enfants

Du sexe masculin.

En 1911, la première fois où le mot autisme a été utilisé par un psychiatre allemand Bleuler en désignant une forme clinique de schizophrénie avec un repli intense sur soi.

En 1943, Kenner a été plus concret en définissant l'autisme sous cinq caractères :

Replissement sur soi

Absence totale ou partielle du langage

Stéréotypie gestuelle

Tendance à l'immuabilité

Trouble de communication et du langage

OMS (Organisation mondiale de la santé) l'a définie « Un trouble envahissant du développement ou déficient, manifeste avant l'âge de 3 ans avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines interaction sociale, communication, comportement »

Et selon la définition du dictionnaire de psychologie : repliement sur un monde intérieur du sujet qui refuse le contact avec le monde extérieur.

Problématique et hypothèses

Le terme « d'autisme » est dérivé du grec auto, qui signifie « soi-même ». Il a été introduit pour la première fois en psychiatrie en 1911 par E. Bleuler, dans son ouvrage sur le groupe des schizophrénies, pour désigner, chez les malades schizophrénies adultes, la perte du contact avec la réalité, entraînant comme conséquence une grande difficulté à communiquer avec autrui, la vie intérieure esquissant une prédominance morbide au détriment du rapport avec la réalité.

Plus tard d'autres auteurs décriront, de façon analogue, l'autisme comme un symptôme important bien que non-spécifique de la schizophrénie émergeant infantile.

L'autisme préoccupe aussi plusieurs auteurs contemporains et pour cela plusieurs livres, conférences, émissions, thèses ont été faites spécialement pour ça, plusieurs thèmes ont été proposés par des étudiants de notre université.

Face à ce trouble, tout un remaniement qui agit sur la dynamique du couple de la famille ce qui agit directement ou indirectement sur le fonctionnement de la famille, ce qui les laisse vivre une vie pas assez normale.

Les frères et sœurs des enfants autistes sont confrontés à vivre une vie autre que les autres familles n'ayant pas un enfant autiste.

Des études ont été faites dans ce sens, citant l'exemple de la thèse de Stéphanie Claudel « **étude clinique et projective de la représentation de soi chez des adolescents ayant un frère /une sœur autiste** » soutenue en novembre 2012.

Elle a utilisé une méthode d'une clinique appliquée qui vise à fournir des données et des éléments de préventions primaires et secondaires utiles pour les sujets et les familles concernées et de mettre en place une information à destination des médecins psychologues directeurs d'établissement concernés par la prise en charge des autistes.

Les résultats de cette recherche c'est que les frères et sœurs des personnes autistes présentent à l'adolescence une représentation d'eux-mêmes plus au moins

Problématique et hypothèses

atteinte selon la qualité initiale de la dynamique familiale .près d'un tiers des sujets rencontrés présentent des troubles de l'adaptation avec recours à des défenses rigides et couteuses pour le fonctionnement mental .

D'autre part la thèse de Corpataux Jennifer « **l'accompagnement de la fratrie mineure d'un enfant atteint d'autisme et de déficience intellectuelle, selon leurs besoins : une revue de littérature étoffée** » soutenu le 2 juillet 2012.

En utilisant dix études scientifiques qui ont été sélectionnées sur les banques de données CINAHL et PubMed et incluses à la revue. Elles ont été analysées à l'aide de grilles, afin de ressortir les résultats principaux et de les catégoriser, les résultats de ces études sont les Différentes échelles telles que, notamment, le *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), la *Studies-Depression Scale* (SDS) ou encore le *Broader Autism Phenotype* (BAP) sont proposées pour évaluer les impacts négatifs que peut subir

la fratrie et ainsi prévenir les difficultés qu'elle peut rencontrer. Les interventions psycho-éducatives basées sur les principes cognitivo-comportementaux semblent utiles dans la diminution des risques d'impacts négatifs. De plus, les groupes de soutien

Exclusivement composés de fratries d'enfants atteints d'autisme semblent essentiels.

Notre étude porte sur les fratries ayant un frère ou une sœur autiste.

En contactant les associations d'aide pour les enfants autistes de Bejaïa et d'Amizour nous en permis de proposer un travail de recherche qui est autisme ; relation fraternelle.

Notre objectif est de décrire le vécu psychologique des frères et sœurs des enfants autistes, étudier les relations qui les réuni, notre question se pose quel est l'effet de grandir avec un enfant autiste ?

Problématique et hypothèses

Dans la présente étude on va essayer d'éclairer et de décrire la relation fraternelle, en répondant au questionnement, comment le frère ou sœur d'un autiste vis cette relation ?

Pour cela on va essayer de répondre aux questions :

- Comment le frère ou la sœur d'un enfant autiste évolue et vis avec lui ?
- Est –ce que les frères et sœurs soutiennent leurs frères autistes et comment ?

HYPOTHESES

Hypothèse générale :

Avoir un frère ou une sœur autiste engendre une désorganisation dans la relation fraternelle au sein d'une famille.

Hypothèses opérationnelles :

1. Le frère ou la sœur ayant un frère autiste affectent leurs relations fraternelles.
2. Les frères et sœurs soutiennent et participent à l'apprentissage de leurs frères autistes.

Définition des concepts clés :

Autisme : est un trouble de développement de l'enfant apparaissant à un âge précoce. Il est caractérisé par un isolement, une perturbation des interactions sociales, des troubles de langage, de la communication non verbale et des activités stéréotypées avec restriction des intérêts.

Fratrie : C'est le lien de construction de soi, telle une expérimentation des relations sociales ultérieures dans laquelle l'enfant pourra se sentir semblable à son pair mais aussi développera sa différence par l'intermédiaire notamment de ses relations différenciées de ses pairs avec ses parents.

Lien fraternel : C'est un lieu de construction des grands liens : lien conjugal, lien parental qui structure la famille, il joue un rôle considérable dans la vie intrapsychique, affective et sociale du sujet.

La haine, la compétition, la passion, la jalousie, et l'amour se mettent en jeu dans la relation fraternelle.

Liste des abréviations :

ABA : (applied behavior analysis) ou analyse appliquée du Comportement.

CFTMEA : classification française des troubles mentaux de L'enfant et de l'adolescent

CIM-10 : classification internationale des maladies mentales -10

DSM-IV : le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux IV.

OMS : organisation mondiale de la santé

PECS : picture exchange communication system

Système de communication à base d'échange d'images .

TEACCH : treatment and education of autistic and related
communication handicapped children ou
traitement et education des enafants autis
et souffrants d'handicap apparentés
de la communication.

TED : troubles envahissant le développement.

TSA : trouble de spectre autistique.

Liste de tableaux

Tableau 1 : Classification des TED selon le DSM-IV R et la CIM-10.

Partie théorique

Chapitre 1 :

L'autisme

Préambule :

L'autisme est un trouble envahissant le développement qui implique une altération qualitative du développement de la personne sur le plan des interactions sociales ,de la communication, des comportements et des intérêts stéréotypés qui s'accompagne plus souvent d'un retard global des acquisitions (motricités ,parole, propreté, apprentissage) .

1. L'autisme à travers l'histoire :

Le terme « autisme » dérivé du grec « autos » qui signifie « soi-même » qui a été introduit pour la première fois par le psychiatre suisse E. Bleuler et c'est en 1911 qu'il a utilisé ce terme pour décrire un des symptômes majeurs de la schizophrénie qui est la perte de contact avec la réalité par la résistance des relations avec l'environnement et exclusion de toute vie sociale et le mécanisme de repli en soi .

En 1943, Kanner psychiatre américain a utilisé le terme « autisme » pour décrire un symptôme unique et distinct, Kanner a publié un article décrivant onze enfants qu'il a côtoyés depuis 1938, après examens pour lui ce n'est pas une schizophrénie infantile des symptômes particuliers définissant ce qu'il nomma « trouble autistique du contact affectif » les principaux symptômes spécifiques pour Kanner :

- Aloneness : extrême solitude.
- Sameness : besoin d'immuabilité.

Kanner ne cherchait pas à décrire chez l'enfant ce que se trouvait chez l'adulte ce qui veut dire le lien entre la schizophrénie de l'enfant et de l'adulte, mais bien à décrire ce qu'il voyait de commun chez les onze enfants.

En 1944, H. Asperger psychiatre viennois publiera six cas de « psychopathie autistique » la principale caractéristique de ces enfants est la maîtrise d'une forme très élaborée très précoce du langage. Sans avoir la capacité de l'utiliser pleinement comme outil de communication sociale.

En 1977, F. Tustin a abordé l'autisme à travers de différentes notions de l'enfant autiste. À la fin de sa vie elle a abandonné le concept d'autisme primaire ' autisme et ses causes éventuelles à la fois biologique et psychologique « l'autisme en tant qu'objet d'étude nous confronte à de réelles questions ontologiques et ontogénétiques liées à un développement cérébral et mental atypique normale ayant qu'il n'était pas incompatible avec les données récentes sur le développement précoce du bébé. Par contre son modèle d'autisme primaire anormal prévoit à ce que l'enfant puisse avoir de désordres essentiels comme une carence sensorielle majeure des désordres psychique en psycho-chimique.

En 1980, D. Maltzer et ses collaborateurs en définissant l'autisme, ils ont dégagé deux concepts le « démantèlement » et « l'identification adhésive » terme traduisant tous deux altérations dans les dimensionnalité de la relation d'objet. (TARDIF.C et GEPNER.B, 2003, p11)

2. Les troubles envahissants le développement (TED) :

2.1. Selon le DSM-IV :

Les 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 comportements, 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, maladies infectieuses, maladies infectieuses congénitales, lésions structurelles du système nerveux central).

Les TED comprennent cinq catégories (et sont actuellement en cours de révision) :

- F84.0 [299.00] trouble autistique ;
- F84.2 [299.80] syndrome de Rett ;
- F84.3 [299.10] trouble désintégratif de l'enfance ;
- F84.5 [299.80] syndrome d'Asperger ;
- F84.9 [299.80] trouble envahissant du développement non spécifié (y compris autisme atypique).

2.2. Selon la CIM-10 :

Dans la CIM-10, les TED sont classés dans les troubles du développement psychologique. Les TED (F84) sont un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet en toute situation.

Huit catégories de TED sont identifiées dans la CIM-10 :

- F84.0 autisme infantile
- F84.1 autisme atypique trois sous-classes ont été proposées par l'OMS dans la mise à jour 2007 du chapitre V de la CIM-10 : autisme atypique en raison de l'âge de survenue, autisme atypique en raison de la symptomatologie, autisme atypique en raison de l'âge de survenue et de la symptomatologie
- F84.2 syndrome de Rett
- F84.3 autre trouble désintégratif de l'enfance
- F84.4 hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés
- F84.5 syndrome d'Asperger
- F84.8 autres troubles envahissants du développement
- F84.9 trouble envahissant du développement, sans précision.

1.3. Selon la CFTMEA-R :

Dans la dernière révision de la CFTMEA en 2000, les termes « troubles envahissants du développement » et « psychoses précoces » sont considérés comme équivalents et comprennent les catégories suivantes :

- Autisme infantile précoce, type Kanner ;
- Autres formes de l'autisme ;
- 1.02 Psychose précoce déficitaire - retard mental avec troubles autistiques ou psychotiques ;
- 1.03 Syndrome d'Asperger ;
- 1.04 Dysharmonies psychotiques ;
- 1.05 Troubles désintégratifs de l'enfance ;
- 1.08 Autres psychoses précoces ou autres TED ;
- 1.09 Psychoses précoces ou TED non spécifiés.

Le terme de psychose est apparu à l'origine dans la psychiatrie allemande du XIX^{ème} siècle pour désigner les affections psychiques par opposition aux maladies nerveuses « névroses » et a été utilisé par la suite pour désigner les affections mentales comportant une altération profonde de la personnalité, caractérisées par l'absence de conscience du sujet de son état, notamment. La description de forme de psychoses spécifiques à l'enfant, s'est précisée progressivement par rapport aux psychoses schizophréniques de l'adulte et aux arriérations mentales auxquelles tendaient à se rattacher, jusqu'au début du XX^{ème} siècle tous les troubles psychiques graves de l'enfant.

3. Tableau n°1 : Classification des TED selon le DSM- IV TR et la CIM-10 :

CIM-10	DSM-IV-TR
Trouble envahissant du développement	Trouble envahissant du développement
F84 .0 Autisme infantile	299.00 Trouble autistique
F84.1 L'autisme atypique	299.80 Trouble envahissant du développement non spécifié (y compris l'autisme atypique)
F84. Syndrome de Rett	229.80 syndrome de Rett
F84.3 Autre troubles désintégratif de l'enfance	229.10 Trouble désintégratif de l'enfance
F84.4 Trouble hyperkinétique associer à un retarde mental et à des mouvements stéréotypés	/
F84.5 syndrome d'asperger	229.80 Syndrome d'asperger
F84.8 Autre trouble envahissant du développement	/
F84.9 Trouble envahissants du développement sans précision	/

1. Définition de l'autisme :

Les déficiences intellectuelles sont des troubles du développement dans lesquels c'est la sphère du développement cognitif qui est le plus atteinte. Dans les troubles spécifiques du développement c'est selon le cas le langage

(Dysphasie de langage ou de parole), la motricité (dyspraxie de développement) ou les apprentissages scolaires (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie) qui peuvent être affectés. Regroupées sous l'appellation « troubles envahissants du développement » (Bertrand. J, 2008, P30).

Selon le CIM-10 et DSM-IV, ces troubles se caractérisent par une altération globale des capacités de communication, des perturbations dans les relations 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 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.

5. Les types d'autisme :

5.1. Autisme infantile :

Trouble envahissant du développement, dans lequel un développement anormal ou déficient est observé avant l'âge de 3 ans .les perturbations du fonctionnement se manifestent dans les domaines des interactions sociales, de la communication et du comportement qui est répétitif et lié à des intérêts restreints. L'expression des déficits se modifie avec l'âge, mais ces déficits persistent à l'âge adulte. L'autisme peut s'accompagner de niveau intellectuel très variable.

L'autisme infantile selon Kanner se définit comme un désordre fondamental qui consiste dans « l'inaptitude des enfants à établir des relations normales avec les

personnes à réagir normalement aux situations depuis le début de leur vie ».pour Golse et Delion, l'autisme est une pathologie qui « entrave la communication interhumaine et entraîne un dysfonctionnement relationnel ».Actuellement , l'autisme infantile apparait au groupe des troubles envahissant du développement et il est défini par un trépied symptomatique :anomalies qualitatives des interactions sociales , anomalies qualitatives de la communication , comportements, activités et intérêts restreints répétitifs et stéréotypés. C'est un trouble qui débute avant l'âge de trois ans et qui dure toute la vie. (BERTRAND.J, 2008, P32).

5.1.1. Selon le DSM-IV :

Les caractéristiques essentielles de trouble autistique sont un développement nettement déficient de l'interaction sociale et la communication, et un répertoire considérablement restreint d'activités ou d'intérêts.

Les manifestations du trouble varient selon le stade de développement et l'âge chronologique du sujet. L'altération des interactions sociales réciproques est sévère et durable .souvent, la perception qu'à l'enfant des autres personnes sont très altérées. L'enfant atteint peut ignorer les autres enfants (y compris ses frères et sœurs), n'avoir aucune notion des besoins d'autrui ou ne pas remarquer la détresse d'une autre personne.

L'alternation de la communication est marquée et durable, elle affecte à la fois les capacités verbales et la capacité non-verbales dans le cas où le langage se développe, le timbre, l'intonation, la vitesse, le rythme ou la charge émotionnelle de celui-ci, peuvent être anormaux .les structures grammaticales sont souvent immature, le langage est utilisé de manière stéréotypée et répétitive , ou bien le langage est idiosyncrasique (langage qui ne prend sens que pour les personnes habitués au style de communication de sujet).la compréhension du langage est souvent très tardive et l'individu peut être incapable de comprendre des questions ou des directives simples . Une perturbation dans la pragmatique (utilisation sociale) du langage se traduit souvent par l'incapacité à coordonner la parole avec

la gestuelle ou à comprendre l'humeur ou des aspects non littéraux du discours comme l'ironie ou le sous-entendu.

Le jeu d'imagination est souvent absent notablement altéré.

Les sujets atteints de troubles autistique ont des modes de comportements d'intérêts et d'activité restreint, répétitifs et stéréotypés .ils ont une gamme d'intérêts particulièrement restreinte, ils ne sont souvent préoccupés que par un seul sujet(par exemple les dates)ils peuvent passé leur temps à aligner un nombre précis de jouets toujours dans le même ordre. Ils peuvent insister pour que les choses restent toujours pareilles ou manifester une résistance ou une détresse extrême à des changement mineurs de leurs environnement.

Le trouble autistique est caractérisé par un retard ou fonctionnement anormal avant l'âge de 3ans dans au moins des domaines suivants : interactions sociales, langage nécessaire à la communication sociale, jeu symbolique ou d'imagination .dans la plupart des cas, il n'y pas eu de période de développement franchement normal.si une période de développement normal a existé, elle n'a pas pu excéder l'âge de 3ans.(Guelf.F-D et ALL, 2005, p 56)

5.1.2 .Selon CIM-10 :

L'autisme infantile est caractérisé par : un développement altéré, manifeste avant l'âge de 3ans et une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivant :

- Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques
- Altération qualitatives de la communication
- Comportement au caractère retreint, répétitif et stéréotypé.

Le trouble s'accompagne souvent de nombreuses autres manifestations non spécifiques, par exemple des phobies, des perturbations du sommeil et de l'alimentation, des crises de colère et des gestes auto-agressifs.

5.2. Autisme atypique :

Trouble envahissant du développement qui se distingue de l'autisme infantile par l'âge d'apparition des troubles ou parce qu'il ne correspond pas à l'ensemble des trois groupes de critères diagnostiques requis pour établir le diagnostic d'autisme infantile. Le recours à cette catégorie diagnostique se justifie par le fait que chez certains enfants les troubles apparaissent au-delà de 3 ans, mais cela reste rare, ou que les anomalies sont trop discrètes, voire absentes dans un des trois secteurs normalement atteints dans l'autisme (interactions sociales, communication, comportement) (BERTRAND.J, 2008, p33)

5.2.1. Selon le DSM-IV :

L'autisme atypique est compris dans le trouble envahissant du développement non spécifié. Il n'y a pas de critères définis pour cette catégorie. On doit se servir de cette catégorie quand existe altération sévère et envahissante du développement de l'interaction sociale réciproque associée à une altération des capacités de communication verbale, ou à la présence de comportements, intérêts et activités stéréotypés en l'absence de critères complets d'un trouble envahissant du développement spécifique, de schizophrénie, de personnalité schizo-typique ou de personnalité évitante. Par exemple, cette catégorie inclut sous le terme « d'autisme atypique » des tableaux cliniques qui diffèrent de celui du trouble ou sous le seuil, ou par l'ensemble de ces caractéristiques (Guelfi J-D et AL, 2005)

5.2.2. Selon CIM-10 :

L'autisme atypique diffère de l'autisme infantile par l'âge de survenue ou parce qu'il ne répond pas à l'ensemble des trois groupes de critères diagnostiques d'un autisme infantile. Cette catégorie doit être utilisée pour classer un développement anormal ou altéré, se manifestant après l'âge de 3 ans et ne présentant pas de manifestation pathologiques suffisantes dans un ou deux groupes de trois domaines psychopathologiques nécessaires pour le diagnostic d'autisme (interactions sociales, réciproques, communication)

Comportement restreint, stéréotypé et répétitif. il existe toute fois des anomalies caractéristiques dans l'un ou l'autre de ces domaines.

L'autisme atypique survient le plus souvent chez les enfants ayant un retard mental profond et un trouble spécifique sévère de l'acquisition du langage, de type réceptif

5.3. Syndrome de RETT :

Trouble décrit principalement chez les filles .il se caractérise par une première période de développement apparemment normale ou presque normale, suivie d'une perte partielle ou totale du langage et de la motricité fonctionnelle des mains, associée à une cassure du développement de la boîte crânienne dont le résultat est une stagnation du périmètre crânien. Le début de ce type de trouble se situe entre 7 et 24 mois. Les signes les plus caractéristiques sont la perte de la motricité volontaire des mains, l'apparition de mouvements stéréotypés de torsion des mains et l'hyperventilation. (BERTRAND.J, 2008, P34)

5.3.1. Selon DSM-IV :

La caractéristique essentielle du syndrome de RETT est l'apparition de déficiences spécifiques multiple faisant suite à une période de développement post natal normal typiquement ,le syndrome de RETT a un retard mental grave ou profond , on peut observer une fréquence accrue de crises d'épilepsie une mutation génétique et à l'origine de quelques cas de syndrome de RETT .

(Guelfi.J_D et AL , 2005, p43)

5.3.2. Selon le CIM-10 :

Trouble décrit jusqu'ici uniquement chez les filles ,caractérisé par un développement initial apparemment normal ,suivi d'une perte partielle ou complète uN langage , de la marche et de l'usage des mains ,associé à un

ralentissement entre 7 et 24 mois ,la perte des mouvements stéréotypés de tension des mains et une hyperventilation ,sont caractéristique de ce trouble .

Le développement social et le développement du jeu sont arrêtés, alors que l'intérêt social reste habituellement conservé, ataxie du tronc et une apraxie se manifestent à partir de l'âge de 4ans, suivis souvent par des mouvements choréoathétosiques .le trouble entraine presque toujours un retard mental sévère.

5.4. Syndrome d'asperger :

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

(BERTRAND.J, 2008, P34).

5.4.1. Selon le DSM-IV :

Les caractéristiques de syndrome d'Asperger sont une altération sévère et prolongée de l'interaction sociale et le développement de mode 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 la vie, il n'existe pas de retard significatif dans le développement cognitif. Ainsi qu'on témoigne l'expression d'une curiosité normale pour l'environnement, ni de retard à l'acquisition, en fonction de l'âge, de compétences d'apprentissages de comportements adaptifs.

Le syndrome d'Asperger n'est e général associé à un retard mental. De la maladresse motrice et de la 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. (Guelfi.J_D et AL ,2005)

5.4.2. Selon la CIM-10 :

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

6. Description clinique :

6.1 : Sémiologie typique :

Généralement constitué vers l'âge de 2-3 ans, l'autisme se manifeste par une triade de symptômes associant des troubles de la socialisation, de la communication et du comportement. Le développement de ces enfants peut en outre être retardé de façon variable, et hétérogène.

6.1.1. Troubles de la socialisation et des relations sociales :

Le retrait autistique traduit par une incapacité à développer des relations interpersonnelles, un manque de réactivité aux autres, ou d'intérêt pour eux. L'enfant autiste établit rarement le contact, paraissant même l'éviter, le refus : il ne regarde pas en face, mais jette de brefs périphériques, ou bien le regard est vide « transparent »

6.1.2. Troubles de communication :

Ce sont à la fois le langage et la communication verbale et non verbale qui sont très perturbés. Le langage expressif peut être absent. Lorsqu'il se développe, il est retardé et se caractérise par de nombreuses particularités :

Echolalie, inversion des pronoms (utilisation de « tu » à la place de « je »). Incapacité à utiliser des termes abstraits, mots détournés de leur sens habituel.

Dans les cas où le langage est bien développé, la voix a fréquemment une modulation anormale, avec un débit et un rythme particuliers. La communication peut être gênée aussi par une tendance au soliloque ou des incongrui

La syntaxe est souvent immature mais peut être correcte. Enfin quel que soit le niveau du langage, le sujet semble incapable d'entrer dans un échange à type de dialogue.

Les modes de communication non verbales sont aussi limités, que ce soit pour que soit pour comprendre autrui (mimiques, sourires, gestes) ou pour aider à l'expression désigner du doigt.

6.1.3. Troubles du comportement :

Les comportements sont caractéristiques notamment par leur aspect stéréotypé. Les intérêts de l'enfant sont restreints, l'activité est pauvre, répétitive. Les objets sont utilisés de façon détournée, il s'attache à des objets inhabituels, les jeux semblent être également limités.

6.2. Formes cliniques :

Il y a une grande variation des niveaux observés qui est source de complexité dans la présentation de ces pathologies ; en effet il existe toutes les possibilités entre les autistes de « haut niveau » et les formes avec un retard sévère.

Dans la classification de DSM IV-TR- et la CIM-10 on trouve plusieurs tableaux cliniques et cela à cause de la complexité, la diversité et le degré de la sévérité de ce trouble. (Lelord, G.Sauvage, 1990, p48)

7. Diagnostic de l'autisme :

7.1. Diagnostic précoce :

Les formes du début sont de trois types :

- un début progressif dès les premiers mois est le plus fréquent, sans qu'il soit possible de préciser une date, comme si les troubles avaient toujours existé.
- parfois le début paraît plus tardif entre 1 et 2 ans, mais un examen des antécédents met habituellement en évidence des signes plus discrets ou méconnus jusqu'à l'aggravation.
- un début réellement secondaire et parfois tardif de 1 à 3 ans paraît exceptionnel mais possible un trouble désintégration.

7.2. Diagnostic différentiel :

7.2.1. Avant l'âge 3 ans :

La surdité est discutée devant le retard de langage et absence apparente de r eaction à certaines simulations auditives (notamment à la voix). Néanmoins, les enfants sourds en général une appétence pour la communication non verbale. En fait surdité et autisme ne peuvent être confondus ; en revanche ils peuvent être associés. Il en est de même avec la cécité qui peut aussi poser des difficultés du diagnostic, notamment chez les plus jeunes.

7.2.1.1. Les troubles du langage : dysphasiques et autistes ont en commun le retard de langage, les troubles de la parole (expression) et pour certains d'entre eux des troubles de la compréhension des sons et du langage oral. De plus certains

enfants dysphasiques peuvent développer aussi des problèmes de la relation sociale. Mais le plus souvent les enfants dysphasiques diffèrent clairement des enfants autistiques ils ont une capacité à communiquer par les gestes et les expressions.

7.2.1.2. Le retard mental : autisme et retard mental ne sont pas exclusifs l'un de l'autre.

Nombre d'enfants autistes ayant un retard est parfois important ; mais chez autistes les anomalies du contact de la communication sont au premier plan, avec les comportements bizarres et stéréotypés ; d'autre part leur fonctionnement intellectuel est plus hétérogène que celui des enfants retardés du même niveau (retard simple), avec des troubles qui ne concernent pas, de façon équivalentes fonctions : mémorisation, catégorisation...

7.2.1.3. Les dépressions et carences affectives : ont pu parfois être confondues avec l'autisme en raison de l'apathie, du retrait, du refus de contact. Mais la symptomatologie dépressive du jeune enfant fait généralement suite à un changement repérable dans son environnement et l'analyse sémiologies que montre que les capacités de communication sont préservées.

6.2.2. Après l'âge de 3 ans :

Outre pathologie mentionnées ci-dessus, la question est aussi celle d'autres troubles du développement :

Certaines dysphasies (formes sévères de retard du développement du langage), surtout s'il s'agit des variétés « sémantiques/pragmatiques » et/ou si elles sont associées à des troubles cognitifs et du comportement, représentent « l'interface » des troubles spécifiques du développement du langage avec les troubles globaux du développement.

Le retard mental et l'autisme, comme on l'a vu, ne sont toujours exclusifs de l'autre. Schématiquement, l'autisme est le plus souvent associé à un retard mental de degré variable. D'autre part, le retard mental (plus fréquent) peut être associé à

quelques signes commun avec l'autisme, surtout dans ses formes modérées ou sévères (stéréotypies, automutilations, agitation ...) sinon, en parle de retard simple homogène, lorsqu' il y a pas d'altération spécifique psychomoteur supplémentaire de la communication, ou de troubles graves du comportement.

8. Les facteurs de risques d'autisme :

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

8.1. Les facteurs génétiques :

Les chercheurs en génétique ont été suggérés par Leo Kanner quand il a la question sur l'existence d'un problème génétique de l'autisme ayant pour conséquence un défaut relationnel entre l'enfant et la mère.

Grace aux recherches sur les jumeaux (monozygote, dizygote) et les familles les chercheurs ont confirmé, en particulier, un déterminisme génétique, ces premiers argument prouvant une quasi-certitude que les facteurs génétiques étaient les cause de l'autisme.

En effet les chercheurs ont montré que pour les monozygotes lorsque l'un des enfants est atteint l'autisme l'autre risque à 70% d'être lui aussi un autiste et pour des dizygotes lorsque l'un est atteint d'autisme le risque pour l'autre est de 4% donc comme dans une fratrie sans jumeaux.

Comme il existe d'autre arguments en faveur d'une attente génétique dans l'autisme associé à :

- Des pathologies chromosomiques comme le syndrome X fragile qui exprime le retard mental ; et
- La sclérose tubéreuse de Bournonville identifiée sur le plan génétique.

D'autre études génétique regroupent de grandes données sur les familles ayant au moins deux enfants autistes sont actuellement en train d'identifier certains gènes

candidat (certains de ces gènes localisé sur le chromosome 7.11.15.et X). La susceptibilité de ces gènes aurait subi une mutation spontanée ou induite par des facteurs indéterminés.

8.2. Les facteurs environnementaux :

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

8.3. Facteurs anti-conventionnels :

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

8.4. Facteurs anténatals :

La contamination de la mère par des agents infectieux (virus rubéole ou cytomégalovirus) pendant la grossesse ;

La survenue d'hémorragie utérines et de menace de fausse couche centrée sur le deuxième de la grossesse ; et la dépression maternelle pendant la grossesse et après la naissance.

8.5 .Facteurs périnatals :

L'état de la souffrance de nouveau-nés ayant entraîné une mise en couveuse ; et une prématurité ou une post-maturité.

Ces deux facteurs semblent plus fréquents dans les antécédents d'un enfant autiste.

8.6. Facteurs postnatals :

Une infection postnatale par des virus de l'herpès de la rougeole ou des oreillons semble impliquée dans certains cas d'autisme, d'autre part une carence environnementale majeure sur les plans éducatif et affectif que certains enfants subissent.

9. Prise en charge :

9.1. Chimiothérapie :

Bien qu'il n'existe pas de pharmacologie bien spécifique pour l'autisme l'utilisation des neuroleptiques s'il ya eu une auto agression, hétéro agression et les troubles de sommeil et qui ont pour effet sédatif.

Dans le traitement proposé aux autistes, il ya un double objectif : réduire des comportements gênants quand ils existent et réhabiliter des fonctions déficitaires .Malheureusement ces médicaments le plus souvent entravent un effet secondaire comme baisser les troubles de comportement et diminuer le vigilance et risquer d'entraîner une sédation des fonctions cognitives ou de communication.

A côté des médicaments neuroleptiques traditionnels, ils existent de nouveaux produits antipsychotiques qui semblent avoir de bons effets sur le plan clinique sans présenter des inconvénients majeurs des produits classiques(RISPERIDONE).De même certains produits sont en cours d'expérimentation pour vise à améliorer des cibles particulières (hyperactivité, auto-agressivité, agitation ...).Alors, il est bon à retenir qu'il n'existe pas un traitement médicamenteux propre à l'autisme .et sans doute il n'y aura pas de à cause de la diversité d'autisme et la complexité de ce trouble .énigmatique il est dons tres important d'évaluer sur quelles cibles comportementales , il est dons tres important d'évaluer sur quelles cibles comportementales ou quelles fonctions on veut intervenir avant toute prescription, sans oublier de prendre en compte la gravité de trouble chez l'enfant .(Tardif .C et Gepner .B, 2003, p103).

9.2. Socio-pédagogique :

Pour la prise en charge de l'autisme, l'unanimité existe sur l'insuffisance quantitative et qualitative des moyens disponibles. Il existe actuellement très peu d'associations et de centres adaptés à la problématique très spécifique de la prise en charge de l'autisme.

Les manques concernent aussi bien le tout jeune enfant autiste qui vient d'avoir son diagnostic, les enfants d'âge scolaire ou que les adultes. L'autisme est une pathologie globale du développement de l'enfant avec des déficits dans différents domaines cognitifs. Il est donc important de favoriser une prise en charge globale qui aura pour objectif le développement de différents domaines d'acquisitions (compétences sociales, langage, communication non verbale, reconnaissance d'autrui, acquisition de l'autonomie). Ceci est indispensable afin de permettre une intégration sociale et scolaire et passe par la mise en place.

9.1.T.E.A.C.C.H :

Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children ou Traitement et éducation des enfants autistes ou souffrant de handicaps de communication apparentés :

Le Docteur Eric Schopler a créé le programme TEACCH en 1966 en Caroline du Nord après avoir constaté les dégâts d'une prise en charge psychanalytique et dans quelles mesures l'absence de structure est à l'origine, selon lui, du développement de comportements déviants.

Ce traitement permet de structurer et d'adapter l'environnement à la personne atteinte d'autisme, tant d'un point de vue physique que social. L'entourage doit s'adapter à l'enfant et à ses difficultés et s'appuyer sur les forces propres à l'enfant et à l'autisme (mémoire visuelle, capacités de fonctionnement dans les routines).

9.2.ABA :

Applied Behavior Analysis ou Analyse Appliquée du Comportement Ivar Lovaas, Docteur en psychologie dans les années 60, entreprend des études scientifiques et cliniques. Ses recherches lui permettent de mieux comprendre les troubles envahissants du développement et les troubles autistiques en particulier. Il s'appuie sur les recherches de Skinner. Ils sont les précurseurs de l'ABA. A partir des années 1980, l'analyse du comportement appliquée (ABA) a été reconnue aux Etats Unis comme la prise en charge utile pour des personnes présentant des troubles comportementaux sévères.

Depuis, de nombreux articles ont été publiés sur le traitement en analyse du comportement. Des auteurs internationalement connus comme Dr. Krantz et McClannahan ont plus de 800 références dans des revues internationales démontrant l'efficacité de l'ABA.

Ce traitement est basé sur une démarche scientifique et utilise les principes de la recherche fondamentale. Celle-ci a mis en évidence que tout enfant apprend naturellement par les relations qu'il entretient avec son environnement physique et social. Les personnes ayant des troubles du développement et du comportement, notamment les enfants autistes présentent des difficultés d'apprentissage.

Elles ont besoin d'aide pour développer les apprentissages de base. Leurs difficultés de communication, d'interaction, de socialisation leur confèrent des difficultés d'adaptation et d'intégration. L'existence de comportements perturbateurs vient gêner les relations avec leur environnement et empêcher l'indépendance, l'autonomie, la liberté d'action. Dès lors ce sont les comportements perturbateurs qui contrôlent la vie de l'enfant. L'objectif sera de l'aider à gérer ses comportements de façon suffisamment adaptée pour lui permettre de s'intégrer à la société.

9.3.P.E.C.S:

« Picture exchange communication system » ou Système de communication par échange d'images :

Le PECS a été créé vers la fin des années 80 par le docteur Andy Bondy, psychologue et thérapeute comportementaliste et Lori Frost, orthophoniste dans le cadre du programme pour les jeunes enfants autistes de l'état du Delaware, aux Etats-Unis, en réponse aux difficultés d'enseignement rencontrées avec des enfants autistes. Ces enfants n'avaient aucun langage fonctionnel ou acceptable socialement.

L'autisme est un trouble de communication et non pas un trouble du langage. Le PECS est un système de communication efficace pour n'importe quelle personne ayant des difficultés à s'exprimer oralement. Il peut être utilisé pour des enfants de n'importe quel âge. Il n'y a pas de capacité requise pour démarrer le système PECS.

Le PECS n'est efficace que dans un contexte éducatif qui comporte toutes les stratégies associées à l'analyse du comportement appliqué. Il consiste en l'utilisation de pictogrammes, adaptés au niveau de compréhension du sujet et peut être utilisé par chaque individu, en tout lieu, à la maison, à l'école ou en société. Il est complémentaire aux approches TEACCH et ABA.

Association VAINCRE L'AUTISME

Résumé :

L'autisme une thématique énigmatique, vu sa complexité sa classification, ses types, son tableau clinique et sa prise en charge.

Les besoins de la personne atteinte d'autisme se déclinent selon trois axes principaux : médical, éducatif et social.

De plus en plus le taux des autistes augmente, même chez nous en Algérie, c'est pour cela qu'on a essayé dans ce premier chapitre de décliner ce qui est l'autisme.

Chapitre : 2

Autisme ; fratrie et

Lien fraternel

Préambule :

Les enfants qui grandissent avec un frère ou une sœur autiste sont confrontés à une vie familiale différente et cela affecte la relation fraternelle au sein d'une famille ; dans ce chapitre on va essayer de voir les répercussions de l'autisme sur la vie sentimentale et les difficultés quotidiennes auxquelles les frères et sœurs sont confrontés.

Axe 1 : la fratrie :**1. La fratrie à travers l'histoire :**

Dans les mythologies antiques et chrétienne, la tradition orale, les proverbes ou les contes, on rencontre de très nombreuses histoires et adages dans lesquels le lien entre frère et sœurs joue un rôle central, ces mises en scène sont souvent l'occasion d'une réflexion sur le thème de l'identité, mais aussi sur celui de sentiments exacerbés (de la haine farouche à l'amour excessif).

Dans une optique d'anthropologie structurale, les historiens de la parenté ont surtout centré leur attention sur la filiation et l'alliance

Dans les sociétés anciennes qui connaissent une très faible espérance de vie, la coexistence entre frères et sœurs se révèle plus fréquente que celle entre parents de générations différentes, dans ce contexte de forte mortalité, la disparition précoce du père et de la mère ou de conjoint tend à renforcer les liens fraternels, cette situation s'observe au moins jusqu'à la « la révolution démographique », c'est-à-dire avant que l'Europe ne connaisse une baisse de la mortalité, dès le début du XIX siècle.

La société occidentale chrétienne valorise à l'extrême le lien fraternel, par son incarnation, le christ se présente comme le frère aîné des chrétiens.

Dans l'occident chrétien la fraternité représente la forme idéale du lien social les chevaliers se lient par une fraternité d'arme et les moines se vivent tous

comme des frères, dans un rapport d'égalité à l'égard de l'abbé, père du monastère A partir du XIII siècle ; ce courant de fraternité religieuse s'accroît encore avec le mouvement des ordres mendiants, dont les nombres sont des « frères », et l'essor des confréries. (lett.D, 2012, pp14-15)

2 .Définition de la fratrie :

La fratrie existe parce qu'une communauté de parents est reconnue socialement le concept de fratrie fait également référence à deux terminologies ,effectivement , la fratrie renvoie à la fraternité :terme de notre devise républicaine fondée sur l'idéologie paradoxale de l'unification des frères lors d'un drame fondateur.la condition de la fraternité ne dépend pas d'une inscription dans une filiation commune, elle est plutôt le reflet d'une affiliation vers des idées ou des valeurs identiques à défendre.la fratrie renvoie également au terme fraternel qui évoque alors un mouvement , un lien et un sentiment vers l'autre. Dans la plupart des fratries, le fraternel et la fraternité sont présent sans que cela ne soit systématique.

La fratrie va devenir le lieu de construction de soi, telle une expérimentation des relations sociales ultérieures, dans laquelle l'enfant pourra se sentir semblable à son pair mais aussi développera sa différence par l'intermédiaire notamment de ses relations différenciés de ses pairs avec ses parents.la fratrie est par conséquent un lieu d'entrecroisement de plans à la fois vertical et horizontal fondant le lien de filiation. (A.Vinay et S.Jayle, 2011, p343)

3. définition du lien fraternel :

Le lien fraternel constitue l'un des grands liens :lien conjugal, lien parental qui structure la famille.il joue un rôle considérable dans la vie intrapsychique, affective et sociale du sujet.la haine, la compétition, la passion, la jalousie et l'amour se mettent en jeu dans la relation fraternel.

Le lien fraternel est institué par le désir des parents, il opère comme un transformateur de la vie psychique familiale. la relation fraternelle interne dépend des liens horizontaux et de l'imbrication de ceux-ci avec les liens verticaux. On observe des processus psychiques relevant de la dimension verticale et des processus relevant de la dimension verticale et des processus relevant de la dimension horizontale.

3.1. Les processus de la dimension horizontale :

Les processus horizontaux influent les itinéraires des membres de la fratrie, frères et sœurs n'étant pas le simple réceptacle de ce qu'ils reçoivent de leurs parents. On notera ainsi la différenciation moi-autrui et la dimension imaginaire.

3.1.1. La différenciation moi-autrui :

La fratrie vient aider l'enfant à construire son identité et à forger son caractère. Le moi de l'enfant n'existe pas d'emblée, l'enfant doit d'abord intérioriser l'individualité d'autrui (la mère, le père) pour accéder plus tard à sa propre individualité et donc se repérer comme un sujet unique. Les premières manifestations de la différenciation moi-autrui se font vers huit à neuf mois avec la peur de l'étranger. la jalousie fraternelle va s'organiser dans une relation de similitude, d'indifférenciation et de différenciation. par exemple : un bébé naît dans la famille, le grand veut faire comme le bébé, il veut avoir le biberon, il refait pipi au lit (similitude) et en même temps, il montrera qu'il est le plus grand par ce qu'il sait faire (différenciation)

Dans le comportement jaloux, l'enfant peut être passif ou actif : la passivité c'est lorsque l'enfant est en contemplation devant la mère qui nourrit le bébé par exemple l'activité passe par la parade ou l'agressivité. la jalousie est nécessaire et bénéfique à la socialisation. Elle va permettre à l'enfant de mieux différencier les rôles de chacun et ses motifs propres, elle va participer à la construction identitaire de l'enfant et à l'intégration sociale

3.1.2. La dimension imaginaire :

Dans la fratrie se joue la problématique du miroir, la recherche d'une impossible similitude avec autrui, c'est-à-dire que l'enfant va se définir par rapport à l'image que le frère ou la sœur lui renvoie. On parle alors d'un processus d'identification à l'autre dans lequel il y a un dédoublement imaginaire. Dans toute partie qui grandit ensemble, il y aura toujours un passage d'une confusion entre soi et l'autre à la pleine reconnaissance de l'autre dans la réalité, les thèmes du semblable et du coupleront joué dans toute fratrie. la nécessité d'actualiser ce processus pour l'enfant unique, peut contribuer à la formation du compagnon imaginaire que l'enfant définit comme un frère. L'expérience des relations horizontales vécues dans la famille constitue une part significative de l'identité de chaque individu, particulièrement en ce que concernent les rapports entre pairs. (A.Vinay et S.Jayle .2011.pp343-347).

4. Le complexe fraternel et le lien fraternel :

Le complexe fraternel ne peut se confondre avec les relations fraternelles ou les liens fraternels. Il y a toute raison de supposer que le complexe fraternel est sensible aux variations de l'expérience fraternelle aussi bien dans le rapport aux parents que dans le rapport aux Frères et sœurs. Si l'on considère une fratrie de trois enfants, le complexe fraternel s'organisera différemment, selon la position de chacun dans la fratrie, le sexe des enfants, l'écart d'âge entre eux et, élément rarement pris en considération, selon les configurations du complexe fraternel de chacun des parents. La question se complexifie si l'on considère une fratrie de sept enfants, avec un écart de vingt ans par exemple entre l'aîné et le benjamin ou la benjamine. Pourtant, le complexe fraternel existe sans la réalité du frère ou de la sœur, en quoi il alerte sur sa spécificité et signe une de ses différences avec le complexe d'Œdipe.

Si nous revenons à notre hypothèse que le sujet de l'inconscient est indissociablement sujet du lien, nous devons prendre en considération l'effet

des liens fraternels non seulement dans la formation du complexe fraternel mais aussi dans les processus de l'inconscient lui-même.

Une seconde série de questions porte sur le lien fraternel sous l'angle où le complexe fraternel en est un des organisateurs psychiques. (R.Kaes, 2008, p34).

5. L'amour et le complexe fraternel :

L'union incestueuse du frère et de la sœur détruit autant le lien familial que le lien social. Freud avait établi dans *Totem et tabou* un lien très étroit entre l'inceste et la destruction du lien social. Il écrivait que l'interdit de l'inceste est le seul obstacle à la régression de la société naturelle vers la Horde, vers l'état de masse et la confusion...l'amour de frères et de sœurs ne se réduit pas à une formation réactionnelle, à une inversion de la haine et de la jalousie, qu'il n'est pas seulement le renversement de la haine en tendresse homosexuelle. À cette conception casuellement juste, on peut opposer toutes les nuances de l'amour : non seulement la tendresse, mais aussi la confiance, la connivence, le soutien, la solidarité, mais encore la gratitude, le jeu l'attention à l'autre et le don de soi, mais encore tous les excès de l'amour : la passion, l'inceste, les perversions, l'affinité avec la mort...

Le temps de cet amour peut être précoce ou tardif, bref ou durable, il peut avoir été précédé ou suivi de haine, marqué par l'ambivalence habituelle, ou en avoir été exempt, ou à peu près.

Il est des cas où l'amour pour les frères et sœurs ne laisse apparaître que plus tard, au moment de la mort des parents par exemple, les charges de rivalité de jalousie ou d'envie qui furent soigneusement et efficacement refoulées dans la première enfance, du fait de l'enfant lui-même ou de celui des parents, soucieux de maintenir l'harmonie entre frères et sœurs pour des raisons qui leur sont propres. Ce qui détermine la part de l'amour dans le complexe fraternel doit alors être rapporté au complexe fraternel des parents. (R.Kaes, 2008, p119).

6. Fratricide fraternel :

La mort précoce d'un enfant est une situation anormale pour les parents et pour les enfants survivants. Elle est anormale, dans la mesure où le cours de la vie voudrait que ce soient les parents qui meurent avant leurs enfants. C'est aussi pour l'enfant une situation anormale dans la mesure où l'investissement parental, et spécialement l'investissement maternel de l'enfant mort retentissent sur l'enfant survivant.

À travers la clinique de trois cas, et l'évocation de ce que fut pour Sigmund Freud la mort de son frère Julius, l'imgo du frère mort s'est dégagée de ces analyses comme une notion centrale du complexe fraternel. Cette notion pour rendre compte d'une organisation particulière du rapport imaginaire au double narcissique : rivalité, agressivité vis-à-vis du double, identification héroïque. L'imgo du frère mort apparaît comme le double mortel et mortifère de l'enfant survivant, comme une image de son narcissisme destructeur. C'est aussi à travers ce schème imaginaire que le sujet constitue et appareille ses rapports intersubjectifs.

Lorsque sous l'effet de la nécessité imposée par la clinique on a commencé à réfléchir à cette question, c'est d'abord la figure d'Antigone qui s'était imposée à moi. La mort d'un frère, ou celle d'une sœur, peut-elle se dire comme Antigone le dit : « En mourant tu m'as pris ma vie » ? Ou peut-elle se figer dans le miroir légal d'un Narcisse endeuillé de sa sœur jumelle ? La clinique qui m'interrogeait alors était celle d'une patiente endeuillée de morts demeurés sans sépulture psychique d'une génération à l'autre. (R.Kaes, 2008, p119).

7. Inceste fraternel

L'amour fraternel n'est évidemment, pas identique à l'inceste, mais les fantasmes incestueux en jalonnent les vicissitudes, les délices et les terreurs. Que nous travaillions avec un sujet singulier ou avec un ensemble de sujets noués dans leurs liens en souffrance nous sommes concernés par la question centrale de

l'inceste fraternel. On ne connaît guère de cures où le fantasme de l'inceste fraternel n'est pas devenu à un moment ou à un autre un pôle prédominant du conflit névrotique. Le fantasme incestueux s'impose comme une composante du complexe fraternel, comme une figure du désir pour le double et comme une modalité sexuelle de sa réalisation. Les fantasmes d'inceste entre frères et sœurs, ou entre frères ou entre sœurs font surgir la question de la sexualité au cœur de ce complexe, notamment à l'adolescence. L'histoire d'Yseult l'a montré avec toute l'intensité et la complexité des formations psychiques en jeu dans son expérience de quasi-réalisation de l'inceste : rêves d'inceste, séduction narcissique relevant de l'inceste, stase du deuil originaire. (R.Kaes, 2008, p123).

Axe 2 : Autisme ; fratrie et lien fraternel :

1. Répercussion d'un évènement traumatique :

L'évènement traumatique est un « non-évènement » irréductible au savoir, un évènement non perçu comme tel par le sujet qui, confronté à cet innommable, se trouve sidéré, figé, dans l'incapacité d'accéder aux signifiants qui permettraient son élaboration, l'appareil psychique est en panne d'élaboration et ne parvient pas à intégrer cet évènement dans la continuité de l'activité du psychisme ; il ne peut s'inscrire comme un évènement psychique et n'a d'autre issue que celle de trace traumatique. Ce temps de crise que représente l'évènement traumatique contamine le territoire d'intimité fraternelle, bouleverse les frontières établies et l'équilibre préalable de la fratrie. La résonance traumatique a ainsi des répercussions bien au-delà de l'organisation intrapsychique et vient envahir l'espace intersubjectif du lien fraternel qui se trouve profondément endommagé et désorganisé. Cette déliaison post-traumatique nécessite alors un remaniement des espaces psychiques de chacun des membres de la fratrie, comme de celui constitutif du lien fraternel. (Romano.H, 2009, p294).

1.1. La répercussion du choc subi par la mère :

Le handicap sera perceptible aux frères et aux sœurs aînés non pas directement mais à travers les répercussions de cet événement traumatisant sur leurs parents et sur l'ambiance familiale .Ce qui est premier ,ce handicap de l'enfant , mais le bouleversement des parents .l'aîné risque de vivre une période où il se sent abandonné affectivement , ses parents étant complètement envahis par le problème du handicap .Envahis psychiquement par l'impact émotionnel que suscite le handicap de leur enfant ;envahis matériellement par les démarches ,hospitalisations, consultations ,accompagnement , etc. .La naissance d'un enfant anormal me semble provoquer une situation identique : du jour au lendemain , le frère ou la sœur se trouve face à une mère transformée .Elle n'est plus la même « la transformation dans la vie psychique du deuil soudain de la mère qui désinvestit brutalement son enfant ,est vécue par lui comme une catastrophe »c'est non seulement la perte d'amour , mais une perte de sens .Le plus souvent , l'enfant ne dispose pas des éléments lui permettant de comprendre ce qui se passe : sous le coup du choc , l'entourage ne lui en parle pas , ou peu de manière inadéquate .(Korff-Sausse .S.2010 ,p130)

1.2. Du côté des fratries directement :

Les enfants des fratries qui ont subi ensemble le même événement traumatique ont vécu l'expérience de l'indicible, de la mort en directe. Ce temps d'histoire commune constitue un lien traumatique susceptible de venir se greffer au lien fraternel.la prise en charge d'enfant victimes d'un même type d'évènement traumatique permet de constater l'expression du trauma reste singulière et que pour chaque enfant la temporalité des manifestations post-traumatiques et leur intensité sont spécifiques. Le bouleversement de la réalité traumatique peut entraîner des réactions multiples et nous avons relevé systématiquement trois processus habituellement retrouvés dans ce type de clinique

- 1 Le changement dans la préhension du monde lié à l'effondrement des valeurs, des croyances, du sens, au désinvestissement objectal et au sentiment d'abondant.
- 2 L'inquiétante étrangeté due à la métamorphose violente.

(H.Romano, 2009,p295).

1.3. Du côté des fratries qui n'ont pas directement vécu l'événement traumatique :

Pour les enfants qui n'étaient pas présents et qui n'ont pas été témoins directe de l'horreur, des manifestations de souffrance psychique ont été systématiquement retrouvées, elles s'expriment à trois niveaux :

- 1) Ils souffrent de voir leurs frères ou sœurs en difficulté.
- 2) Ils souffrent de voir leurs parents en difficulté, de les sentir inquiets et impuissants face à ce qui s'est passé.
- 3) Ils souffrent pour eux-mêmes dont la vie totalement bouleversée.

Les conséquences d'un événement traumatique sont vécues par la fratrie d'une manière différente selon les âges, mais il est des manifestations de souffrances psychiques qui se retrouvent invariablement même si les modalités d'expression varient selon l'âge des enfants de la fratrie.

Blocage du processus d'identification et d'individuation

La crainte d'être à son tour victime d'un évènement identique peut entraver le déploiement des mouvements structurants de séparation et de différenciation entre enfants et conduire à des réactions de collage (« lui et moi, nous sommes semblables ») ou à des séparations radicales (« je ne veux plus entendre parler de lui, je n'ai plus rien à voir avec lui, il n'existe plus pour moi »

(H .Romano, 2009, pp295 .296).

1.4. Les conséquences de l'événement traumatique :

Ces conséquences peuvent conduire à des sentiments contradictoires où se mêlent successivement ou simultanément jalousie , envie , peur , culpabilité , colère, agressivité rejet , témoignages exagérés d'affection , indifférence active , irritation , etc. autant d'expressions de la manifestation de la souffrance des frères et sœurs de l'enfant victime qui témoigne également de la réactivation de problématique antérieures .ce que nous avons repéré au sein de ses fratries . c'est un processus d'identification et d'individuation bloqué ce que nous comprenons par le fait que s'identifier à ce « presque même »fait courir le risque à l'enfant de devenir lui-même cet autre blessé et se séparer de lui représente le risque de se perdre soi-même. (Romano.H, 2009, p295).

2. La honte:

La honte psychique concerne la perte de l'estime de soi. Elle marque une expérience d'effondrement intérieur, lorsque le moi n'est plus digne face aux exigences de son idéal.

La honte est l'un des sentiments majeurs qu'on peut ressentir lorsqu'on est un frère d'un handicapé mental profond. Honte d'être différent des petits copains, honte de la différence même de son frère, mais parfois aussi d'être soi-même normale .C'est la honte qui m'a sensibilisé au regard que l'on portait sur mon frère (sensibilisé à l'extrême (Bergis.O, 2010, p 36)

La honte renvoie donc à une perte de l'estime de soi et, par là, à un profond mouvement de dé-narcissisation. Etre porteur d'un handicap (moteur, sensoriel, ou psychique), c'est en effet être souvent confronté à l'absence du plaisir de fonctionnement et à une image de soi imparfaite incomplète et entravée.la honte se joue d'abord par rapport à soi-même, mais elle se renforce dans la vision d'autrui, qui renvoie, bien sur, le sujet handicapé à son propre handicap : on voit bien alors comment honte et culpabilité peuvent avoir rapidement partie liée.

Au fond, pour l'enfant handicapé, toute la question de savoir si on l'aime pour ce qu'il est ou, au contraire, pour ce qu'il sait faire. (Golse.B, 2010, pp112, 113)

3. Sentiment d'être délaissé :

La préoccupation parentale par rapport à l'enfant malade peut donner le sentiment à la fratrie que les n'ont plus beaucoup de temps à lui consacrer ,qu'ils l'oublient parfois et qu'elle doit se débrouiller seule, ceci plus souvent qu'elle ne le souhaiterait parfois même ,un doute s'installe sur l'égalité de l'amour »distribué »,par les parents entre tous ou sur la « justice »qui sous –tend leurs attitudes différenciées.la fratrie voudrait qu'on s'occupe d'elle comme on s'occupe de l'enfant malade , mais n'ose que rarement l'expliquer si clairement(par exemple :au moment d'une crise relationnelle plus vive).il s'installe ce que nous résumerons sous le vocable « sentiment d'être délaissé ».la fratrie en fonction de son âge, ne comprend pas toujours que les moments des soins est une contrainte lourde pour le malade et les parents. Elle n'y perçoit pas toutes les souffrances associées mais se braque seulement sur le fait que le parent est entièrement absorbé par le malade .si les parent repèrent ce sentiments de délaissement de la fratrie, ils peuvent, en fonction de leurs disponibilités, trouver un petit moment dans la journée, qu'ils consacrent à partager quelque chose d'agréable avec elle. C'est une manière de lui redonner une place auprès d'eux, place qu'elle peut parfois avoir le sentiment d'avoir perdu.

Nous reviendrons par la suite sur le soutien à apporter aux parents pour les aider à reconnaître l'éventualité de difficulté psychologiques dans la fratrie....et même parfois ,pour répondre aux attentes « normales » de celle-ci fondamentalement, « répondre »ne signifie pas donner exactement ce qu'un enfant a demandé. Répondre c'est d'abord ne pas ignorer qu'il ya une question ,en parler avec le demandeur , s'expliquer :sur le plan émotionnel , il est essentiel que le demandeur se sente reconnu et entendu ;sur le plan pratique , on fera ce qu'on

peut :il recevra rarement tout ce qu'il désirait...de là à dire qu'il ne faut jamais se gêner un peu pour lui , même au prix d'une gestion un peut moins parfaite de la maladie, il ya un pas à ne pas franchir.(Wintgenes.A ; Hayez.p142)

4. Culpabilité :

Si les frères et les sœurs d'un enfant handicapé peuvent fort bien se sentir culpabilisés par rapport à leur frère ou sœur handicapé(e) de n'être pas porteur, comme lui, d'une entrave existentielle, c'est-à-dire se sentir coupable d'être en bonne santé, à l'invers, l'enfant handicapé peut se sentir, fantasmatiquement, coupable dans le regard de ses parents, qui, via son handicap, l'auraient ainsi désigné comme le membre du groupe le plus fautif de ceci.

Les explications relationnelles apportées à l'enfant, et même si elles le sont dans u langage et une forme appropriés à son niveau de développement cognitif...aussi douloureux que cela puisse être, se déclarer coupable de son handicap, en outre l'enfant handicapé peut se sentir coupable de priver de ses frères et sœurs sains de toute une partie de l'attention psychique parentale qui lui est bien consacrée.

Il n'est pas rare qu'une culpabilité parfois vague, parfois précise et intense. Face à l'absence d'information claires, chacun construit sa théorie .et celle-ci met occasionnellement en question des comportements passés ou présents qui ont existé dans la famille, si pas chez l'enfant témoin lui-même.

(Wintgens.A, Hayez, J-Y, p143)

1 .1.Culpabilité pathologique

4..1.1.1. les sources :

- 1) tout enfant peut vivre de la jalousie par rapport à un frère ou une sœur.il ne montre éventuellement dans un comportement, plus ou moins agressif.il le vit aussi sur le plan fantasmatique : il s'imagine faire mal à celui dont il est

jaloux, ou il voudrait qu'il lui arrive des ennuis voire qu'il meure, qu'il disparaisse. Lorsque l'enfant jaloux tombe malade, l'enfant jaloux peut imaginer que ses mauvaises pensées se sont réalisées, que la force de ses pensées a provoqué la maladie. il s'en culpabilise et porte un poids qui le dépasse.

- 2) par ailleurs les frères et sœurs peuvent encore se sentir coupables de ne pas être suffisamment bien pour satisfaire leurs parents. ils se reprochent de ne pas pouvoir combler leurs attentes.
- 3) dans d'autres cas encore, ils peuvent vouloir rivaliser avec leur frère et attirer l'attention des parents, soit par un conformisme total, soit en brillant dans un domaine précis ...mais pour certains d'entre eux, ces prétentions, plus ou moins réussies, sont encore source de culpabilité.
- 4) d'autre attirent l'attention par des ratages ou des comportements négatifs, et, ici encore, il s'ensuit parfois de la culpabilité.

4.1.1.2. Toutes les manifestations cliniques de cette culpabilité sont polymorphes et non spécifiques .nous citons les signes d'angoisse (angoisse du talion), souvent liés à la culpabilité, jusqu'à l'angoisse de mourir soi-même ; les signes de la mauvaise image de soi : dépression, sabotage des performances, négativisme et les signes d'autopunition (ici aussi sabotage de ce que l'on entreprend, accidents....) et de recherche de punition auprès des autres. (Ibid, p150)

5. Parentification et identification :

5.1. Parentification :

l'enfant peut vouloir se conduire comme un parent « hyper-responsable » ,préoccupé par tout ce qui ne va pas , cherche à combler toutes les insatisfactions , à consoler résoudre tous les problèmes .on le voit donc plein de solitude permanente pour ses parents, voulant faire mieux qu'eux auprès du frère malade, autoritaire ou/et omniprésent auprès du reste de la fratrie .cette parentification peut être stimulé activement par les parents ou provoquée involontairement par des

moments de dépression et d'impuissance qu'ils traversent .l'enfant trouve dès lors une satisfaction dans ce rôle ,qui fait rupture avec son enfance et le projette dans un monde de devoirs et de dévouements perpétuels. (Wintgens.A, Hayez, J-Y, p141)

5.2. Identification :

L'identification à la mère est le seul moyen que trouve l'enfant pour rétablir le lien avec elle, afin de ne pas la perdre .Elle est à l'origine des multiples conduites de réparation ou l'enfant s'identifie aux parents. L'identification aux parents, et parfois aux éducateurs ou thérapeutes qui s'occupent de l'enfant handicapé lorsque ceux-ci sont très investis par la famille, constitue la motivation première de certaines orientations professionnelles. Les frères et les sœurs se dirigent fréquemment vers des métiers concernant l'enfance en difficulté .les choix de vie à l'âge adulte sont bien souvent déterminés par leurs préoccupations infantiles au sujet de ce frère ou cette sœur handicapé et motivés par le souhait de soigner ou de comprendre. (Korff-Sausse .S.2010, p130)

6 .Envie et jalousie :

Envie enfin doit être mentionné dans ses rapports à la jalousie : être jaloux se joue à trois, être envieux se joue à deux,

La jalousie dite « objecto-centrée », passe en effet par le regard du tiers en ce sens qu'être jaloux de quelqu'un, c'est être jaloux de l'amour qu'un autre lui porte et souffrir alors d'être, ou de se croire, moins aimé que lui par cet autre.

Etre envieux, c'est penser que l'autre possède en lui, ou dispose en lui, de bonnes choses, de bons objets, et le fait même qu'il les possède ou en dispose est, en soi, une source de frustration qui amène alors le sujet envieux à vouloir s'emparer au risque de les détruire. Ces bons objets dont le sujet envié dispose sont, à la différence de ce qui se joue dans le cadre de la jalousie, des objets principalement internes et le plus souvent partiels.

Il est clair que le sujet handicapé peut se montrer envieux de tout ce dont jouissent ces frères et sœurs, soit, de la santé. (Golse.B.2010.p113).

Résumé :

La fratrie des enfants atteint d'autisme fait face à des remaniements dans la dynamique familiale, des questionnements par rapport à la maladie et des sentiments qui peuvent osciller d'un enfant à un autre. D'autres enfants peuvent apparaître, des troubles pathologiques qui nécessitent une aide spéciale.

Chapitre 3 :

Méthodologie de recherche

Préambule :

Notre objectif dans ce chapitre est de présenter le lieu de la recherche, présentation du groupe de recherche ainsi que la méthode choisie pour pouvoir vérifier nos hypothèses.

1. Lieu de recherche :**1. El-Amel AMIZOUR**

Notre recherche s'est effectuée à l'association de prise en charge des enfants autistes d'Amizour (El-Amel) ; une association de prise en charge des enfants autistes qui a été créée depuis le 10 Mars 2014, sous l'agrément numéro 12/06.

Elle a ouvert ses portes le 08 décembre 2015, actuellement, elle prend en charge 6 enfants autistes, (3 la matinée ,3 l'après-midi).

Sa structure est composée du bureau du président, 3 bureaux considérés comme ateliers de travail et une grande salle pour les activités de sociabilités.

L'association « El-Amel »est constituée de 4 psychologues cliniciens qui sont chargés de prendre en charge des enfants autistes des enfants autistes en utilisant le programme TEACCH et une orthophoniste chargée de travailler et d'améliorer le langage des enfants.

2 .D'un monde à l'autre de BEJAIA :

L'association d'aide aux enfants autistes de la willaya de Bejaïa- d'un monde à l'autre- sise à cite DJAMA TARGA OUZEMOURE fondé sur décrit le 26 -10 2012.

L'unité a ouvert ses portes le 03Mars 2013 pour enfants autiste entre l'Age de 18 mois a 10 ans

Au début de l'année 2013, le nombre d'enfants est 50 enfants dont 29 enfants pris en charge.

Ces derniers sont occupés par un groupe multidisciplinaire, dont on trouve cinq psychologues cliniciens et trois éducatrices.

Sa structure est composée d'un appartement qui sert de bureau de l'association, et d'un autre appartement qu'est composé de classes considérées comme atelier de travail, une salle de psychomotricité. Selon le programme TEACC

1.1. L'objectif des associations :

Le but de l'association est de prendre en charge des enfants atteints d'autisme, aider ces enfants pour avoir une autonomie dans la vie quotidienne, les réintégrer dans la vie sociale,

L'association vise aussi à former et orienter les parents ayant des enfants autistes afin d'aider ces derniers.

1.2. Les projets des associations :

- Former une équipe de prise en charge spécialisée en autisme.
- Création d'un centre spécialisé pour la prise en charge des enfants autistes ; pour accueillir le maximum d'enfants autistes avec un personnel Spécialisé.

1.3. La fonction des associations :

- Assurer une prise en charge adéquate de l'enfant autiste.
- Elaborer des activités :
 - Educatives, comportementale, et cognitives pour l'amélioration de l'enfant autiste.
 - Sensibiliser et informer la société pour les aider à travers des journées d'informations et des expositions.
- Accompagner, guider et orienter les parents des enfants autistes.

2. La démarche de la recherche et les outils :

2.1. La pré-enquête :

La pré-enquête est une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées, argumentées et justifiées. De même, la pré-enquête permet de fixer, en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura à réaliser pour vérifier ses hypothèses.

Donc, la pré-enquête est l'une des étapes les plus importantes dans toutes les recherches en sciences humaines et sociales car elle permet de recueillir des idées et des informations vis-à-vis du thème de la recherche mais aussi avoir des renseignements sur le terrain concernant la population visée. Elle permet aussi de cerner le thème de recherche, de vérifier sa faisabilité.

Des rencontres ont été réalisées avec les frères d'enfants autistes, qui ont donné leurs consentements pour la participation à cette recherche. Ensuite on les a informés sur les techniques de la recherche tout en les expliquant qu'il s'agit d'un guide d'entretien afin d'étudier cet impact. Selon leur disponibilité, des rendez-vous ont été organisés pour réaliser les entretiens.

Afin de vérifier les hypothèses de notre thème de la recherche qui s'intitule : « *Autisme ; fratrie et lien fraternel* », on s'est basé sur la démarche clinique qui est définie par (Lagache, 1949) .

2.2. La démarche méthodologique :

La démarche méthodologique est « l'ensemble des méthodes et des techniques qui oriente l'élaboration d'une recherche et qui guide la démarche scientifique »

(Angers .M, 1997, p367)

2.2. La démarche utilisée dans cette recherche :

2.2.1. La méthode descriptive :

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

(Chahraoui, kh .Herve, B . ,2003 ,p125)

La démarche descriptive vise à « définir la nature et les limites des éléments qui composent l'objet, ainsi que les relations existantes entre-deux » (Guidère.M .2005 .p54)

2.2.1. L'objectif de la méthode descriptive :

Notre objectif dans cette méthode de recherche est de déterminer l'impact d'un enfant autiste sur sa fratrie, la place de la fratrie dans l'évolution, au moment de l'annonce et la place de la fratrie dans le soutien de leur frère autiste.

2.3. Les outils de la recherche :

On appelle instrument de recherche le support, l'intermédiaire particulier dont va se servir le chercheur pour recueillir les données qu'il doit soumettre à l'analyse. Ce support est un outil dont la fonction essentielle est de grandir une collecte d'observations et/ou de mesures prétendues scientifiquement acceptable et réunissant de qualités d'objectivités et de rigueur pour être soumises à des traitements analytiques.

L'instrument de recherche est donc, finalement un ensemble de techniques spécial que le chercheur devra, le plus souvent élaborer pour répondre aux besoins spécifique de

sa recherche en termes d'informations dont le traitement conduira aux objectifs qu'il s'est fixé. (Aktouf, O.1987.p81).

2.3.1. L'entretien :

Dans notre recherche on a utilisé l'entretien clinique ;qui nous a permet d'accéder aux données subjectives du sujet .

L'entretien, comme technique d'enquête, d'établir un rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté, pour que ce dernier ne sente pas comme un interrogatoire, contrairement de donner des informations, l'entretien qui modifie les rapports entre interviewer et interviewé modifie aussi la nature de l'information.

(Blanchet, A .Gotman, A.2007.p7)

Pour Blanchet : « l'entretien permet d'étudier les faits dont la parole est le vecteur principal (étude d'action passé de savoir sociaux ; des systèmes de valeurs et normeetc.). ou encore d'étudier le fais de parole lui-même (analyses des structures discursives des phénomènes de persuasion, argumentation, implication »

(Chahraoui, Kh.Herve, B .2003.p32)

L'entretien est une technique que le chercheur utilise à différents moments de la recherche :

1. Lors de l'étape exploratoire afin de construire la problématique.
2. Lors de la production de données systématiques ou le chercheur va rencontrer les sujets pour leurs donner la parole afin de tester ses hypothèses de recherche.

(Lavarde .A.M.2008)

2.3.2. Le guide d'entretien :

C'est un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de formulation des questions de recherche (pour-soi) en questions d'enquête (pour les interviewés).le degré de formalisation du guide est fonction de l'objet d'étude

(multi-dimensionnalité), de l'usage de l'enquête (exploratoire, principale ou complémentaire)

Et du type d'analyse que l'on projette de faire.

c'est ainsi que l'on peut distinguer les entretiens à structures faibles ou forte. Le choix de l'un ou de l'autre de ces types dépend de la connaissance de la situation que l'on veut analyser. (Blanchet.A.Gotman .A ,2007,p 58)

pour Chahraoui et benony, il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions d'opérateurs et d'indicateurs, qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer.

Le guide d'entretien correspond aux questions de notre problématique.

Notre guide d'entretien comporte deux types d'entretiens directif et semi-directif.

2 .3.2.1 : Entretien directif :

L'entretien directif, nous l'avons utilisé pour recueillir des informations sur la fratrie, la famille et l'enfant autiste

L'avantage de l'entretien directif, est que ce type d'entretien est très sécurisant pour le chercheur. Chaque question posée est un ordre préétablie, le chercheur se cantonne à lire ses questions ou à mettre des réponses courtes et simples.

2.3.2.2. Entretien semi-directif :

Ce type d'entretien nous a aidé et orienté pour recueillir plus de données à l'aide de leur réponses et libres et guidées.

Selon Lavarde : « le chercheur sert d'un guide d'entretien pré structuré (en fonction de ses hypothèses de recherche) il invite donc le sujet à prédire en discours aussi riche que possible à propos du thème évoqué.

Il n'hésite pas à intervenir pour faire préciser l'énoncé ou pour reprendre un point de vue évoqué par le sujet »

3. Le groupe de recherche :

Notre échantillon d'étude se constitue de six frères et sœurs dont l'âge varie de 8 à 17 ans .Ils sont tous scolarisés .Après avoir le consentement de leurs parents , nous avons pu commencer nos entretiens

3. Déroulement de la recherche :

Notre pratique a duré deux mois et demi.

3.1 .pré-enquête :

Selon Aktouf, la pré-enquête est une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique bien précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides.

La pré-enquête, le moment pour effectuer le choix d'instruments et le mode de construction de celui-ci.

Notre pré-enquête s'est effectuée bien avant de lancer notre réalisation de notre mémoire, on s'est présenté au siège de l'association pour en avoir l'autorisation d'effectuer un stage pratique au sein de leurs associations, on a aussi pu s'assurer de la disponibilité et l'acceptation de la fratrie pour la participation à notre recherche.

3.2 .Réalisation des entretiens :

Après avoir eu l'autorisation on s'est mis en contact avec notre population d'étude et comme on à faire avec des sujets mineurs, on a aussi pris en considération le consentement de leurs parents, puis l'explication de l'objectif de notre étude, et on leur a expliqué l'objectif de notre étude, et on leur a expliqué les aspects éthiques, notamment la confidentialité des informations et l'anonymat.

La durée des entretiens, varie entre une heure à deux, selon les réponses de nos cas.

3.3. L'analyse des entretiens :

On a procédé à une analyse de nos entretiens comme méthode des données.

Pour Blanchet, l'analyse par entretiens permet de déceler le mode d'engendrement singulier des processus.

Résumé :

Tout travail scientifique est fruit d'une méthodologie.

Dans notre recherche, on a utilisé la méthode descriptive qui est la plus appropriée à notre thème de recherche.

Chapitre 4 :

*Présentation, analyse et
discussion des hypothèses*

Préambule :

Dans ce dernier chapitre, on va essayer de faire un résumé de nos entretiens effectués avec notre population d'étude, ensuite analyser leurs contenus, en faisons références à nos hypothèses élaborées au début de notre recherche.

1. Présentation et analyse du 1^{er} cas :**1.1. Présentation de l'enfant autiste :****1.1.1. L'enfant autiste :**

Kenzi est un enfant autiste âgé de quatre ans, il reçut son diagnostic à l'âge de dix-huit mois par un pédopsychiatre. Il est pris en charge par l'association El-Amel pour la prise en charge des enfants autistes d'Amizour depuis cinq mois.

1.1.2. Résumé de l'entretien avec la sœur de Kenzi :

La sœur de Kenzi elle a neuf ans, elle s'appelle Kenza.

Kenza est l'aînée de sa famille ; elle est scolarisée en 3eme année primaire.

Elle est née dans une grande famille (son oncle, sa femme et leurs enfants).

Lors de notre entretien avec Kenza, elle nous a paru éveillée, elle répond calmement et sans hésitation à nos questions, elle semble très affectée par le trouble de son frère.

Au début, elle a commencé par le jour où son frère était diagnostiqué autiste ; elle avait 5 ou 6 ans, elle ne comprenait pas c'est quoi l'autisme.

Elle disait : « je me sens stressée parce que ma mère était tout le temps en pleurs.

Elle a aussi énoncé que leurs parents les traitent de la même manière (elle et son frère autiste).

Elle nous a dit : « un peu plus de temps pour Kenzi mais ça ne me dérange pas »

Elle a ajouté qu'elle : « j'explique toujours à mes copines c'est quoi l'autisme, de peur qu'il critique ou l'insulte lors de ses crises ».

« Lors de ses crises, les voisins ne l'insultent pas parce que ils savent ce qu'il a, ils savent que c'est à cause de son autisme mais ailleurs on le traite d'imbécile et cela me dérange et me fais mal au cœur »

Elle a énoncé que : « on est égaux aux yeux de nos parents » après un petit moment elle a ajouté « un peu plus de temps et d'argent pour Kenzi et cela ne me dérange pas tellement parce qu'il est malade », elle a terminé sa phrase en disant que : « ça ne me plais pas lorsque mon père lui achète des choses et moi-même si je demande, il le ait pas ».

En revenant sur l'autisme elle a bien démontré que : « je ne savais pas c'est quoi l'autisme, et c'est grâce à mon père qui m'a expliqué bien plu tard la maladie de mon frangin »

Enfin l'autisme de mon frère m'a permet « de grandir très vite, je l'aide en lui apprenant l'alphabet, je participe à ses activités de Schopler »

Elle a déclaré : « il ne sait pas jouer, mais moi je l'aide souvent en lui expliquant les règles et je l'aide aussi à s'habiller »

En quittant elle a exprimé ses souhaits par rapport à son frère en disant : « j'aimerais bien qu'il guérisse qu'il va rentrer à l'école et qu'il va lire et apprendre le plus normalement possible ».

1.1.3. Analyse de l'entretien :

Après l'entretien avec la Kenza, on a constaté qu'elle est très affectée par l'autisme de son frère.

Malgré qu'elle subit de ses comptes agressifs mais rien ne l'empêche, elle se sacrifie pour sa scolarisation.

Au départ, elle ne comprenait c'est quoi l'autisme, c'est vraiment flou pour elle, mais avec l'âge et les explications de ses parents, elle a compris parfaitement c'est quoi l'autisme, ses signes cliniques.

Elle peut même aller plus loin en expliquant à ses amis c'est quoi l'autisme.

Les premiers jours, elle était stressée parce que ses parents le sont, elle était mal à l'aise parce que ses parents le sont aussi.

Mais avec le temps, elle a compris la cause exacte de son stress, un stress qui est dû au trouble de son frère.

Les parents les traitent de la même manière, ce qui veut dire : ils sont égaux aux yeux de leurs parents.

Tout en exprimant que leurs parents donnent plus d'importances et de temps à son frère autiste et cela suite à sa maladie.

La prise en charge et le temps accordé pour son frère autiste ne la dérange pas souvent parce qu'elle comprend qu'il est jeune et malade et qu'il a besoin beaucoup plus de ses parents.

Kenza nous semble très affectée et gênée par l'autisme de son frère, ça lui fait de la peine et de la honte à la fois.

En ce qui concerne le moment de l'annonce, c'était un moment de choc, à la fois elle comprenait rien, c'était un moment d'ambiguïté, d'une part, ses parents qui sont choqués, et son petit frère qui fait qui fait des gestes anormales.

Bien plus tard elle a ajouté que c'est grâce à son père qu'elle a pu comprendre la maladie de son frère en lui expliquant peu à peu.

En disant que l'autisme de son frère l'a aidé à se développer rapidement, elle ne se sent plus dans la peau d'une petite fille de neuf ans parce qu'elle est l'aînée de sa famille, elle se sent comme sa deuxième mère ou son deuxième père.

Elle est toujours présente, elle sacrifie son temps libre pour son frère elle l'aide à apprendre, à lire.

Elle assume toutes ses responsabilités en étant tout le temps présente pour lui.

2. Présentation et analyse du 2^{ème} cas :

2.1. Présentation et résumé de l'entretien :

2.1.1. L'enfant autiste :

Yanis est un garçon autiste âgé de 6 ans, il a reçu son diagnostic à l'âge de 4 ans par un psychologue à Bejaia, il est pris en charge par l'association d'aide aux enfants autistes de la wilaya de Bejaia -D'un monde à l'autre- depuis juste 3 mois.

2.1.2. Résumé de l'entretien avec le frère de Yanis :

Yacine est un garçon de 8 ans, il est l'ainé de sa famille, scolarisé en troisième année primaire, qui vit dans une petite famille.

Au moment de l'entretien avec notre cas, il nous a paru intéressé, sage, calme, il répond sans hésitation à nos questions.

Au début de notre entretien, Yacine a commencé par le moment où son frère était diagnostiqué autiste, à ce temps-là il avait presque 4 ans, il ne savait pas vraiment c'est quoi le mot autiste, il été tout le temps stressé « j'ai toujours le sentiment de mal alaise à cause de l'état de mes parents par rapport à la maladie de mon frère ».

Mais malgré tout, leurs parents les traitent de la même manière, selon ses dits « mes parents nos traitent de la même manier mais aussi plus de temps pour Yanis une chose qui ne dérange pas puisque il est malade ».

Et pour la maladie de son frère, il a annoncé que c'était un autisme sévère mais maintenant c'est juste un problème de langage.

Ça lui arrive d'avoir honte de son frère : « il y a des moments au j'ai vraiment honte de mon frère, je veux dire : de ses gestes, ses comportements bizarre ».

Pour ses parents il dit qu'ils les traitent de la même manière mais ça n'empêche pas d'avoir un sentiment d'être délaissé « je me sentais des fois négliger par mes parents et aussi moins d'importance dans ma famille par rapport à mon frère autiste ».

Les premiers temps Yacine prouve pour son frère un sentiment de jalousie d'être gâté et préféré par ses parents il dit : « je suis jaloux de mon frère car il est le plus préféré et le plus gâté de ma famille, mais ces derniers temps j'ai constaté qu'il le mérite puisque il est malade ».

Enfin le trouble de son frère lui a permis de développer son sens de solidarité familiale pour dépasser la maladie de son frère. Il dit qu'il l'aide à faire ses devoirs, il participe avec ses parents à faire ces activités.

2.1.3. Analyse de l'entretien :

Après l'entretien avec frère, on a remarqué qu'il est affecté et touché par l'autisme de Yanis mais malgré qu'il est un petit enfant et malgré les difficultés qu'il rencontre, il n'arrête pas de combattre et à faire de son mieux pour le bien être de son frère.

Au début, il a commencé à nous parler de la maladie -l'autisme- en général, c'était un terme étrange pour lui qu'il ignore et aussi qui ne comprenait même pas sa définition mais au même temps il été vraiment conscient de son stress et celui de ses parents.

Pour la relation avec leurs parents, il été normal, ils les traitent d'une manière égale, mais d'une importance un peu spéciale pour Yanis, une chose qui ne le dérangeait pas, puisque il est malade, faible et incapable d'être indépendant.

Au départ, il ne comprend pas c'est quoi l'autisme, avec le temps, à l'aide de l'entourage (parents, grande mère, des recherches sur internet, ...etc.) maintenant Yacine comprend vraiment c'est quoi le trouble de son frère.

De l'autre côté il a annoncé qu'il été énormément soutenu par ses parents mais beaucoup plus par sa grande mère qui est une femme bien cultivée « enseignante retraitée ».

Parfois, le trouble de son frère le dérange et le mis dans des situations de mal alaise au point d'être honte devant son entourage surtout devant ses amis ; car il est obligé de donner des explications de cette maladie ou de ce trouble et plus exactement la cause de ses crises et de ses comportements bizarre.

Malgré que Yacine n'a pas arrêté de dire que leurs parents les traitent de la même manière, mais il n'hésite pas à dire qu'il avait un sentiment d'être délaissé par ses parents qui donnent beaucoup plus de temps et d'importance à son frère à cause de sa maladie.

D'autre part il a exprimé sa jalousie puisqu' il est le plus gâté que lui et ses deux autres frères jumeaux (les plus jeunes) et pour avoir la même importance et la même place aux yeux des parents, il lui arrive d'imiter les comportements de son frère.

c'est un moment de choc pour la famille puisque c'est une maladie qui n'est pas connue, la réaction des parents, aussi le comportement de son frère qui est bizarre

Enfin, l'autisme de Yanis a permis à son frère Yacine de développer le sens de solidarité avec sa famille et aussi le sens de responsabilité puisque il est l'aîné de ses frères, il pense qu'il est obligé de s'occuper de son frère et être tout le temps-là pour lui porter de l'aide dans son éducation, activités et dans tous ses besoins en général. Il n'arrête jamais de faire des efforts et des sacrifices rien que pour le bien être de son frère.

3 .Présentation et analyse du 3^{eme} cas :

3.1. Présentation et résumé de l'entretien :

3.1.1. L'enfant autiste :

Irine est une fille autiste de 11ans, diagnostiqué autiste en janvier 2015.

Autisme associés à un retard mental et retard des acquisitions psychomotrices.

Issue d'une situation familiale moyenne. Elle vit avec ses parents, sa sœur et son petit frère.

3.1.2. Résumé de l'entretien avec la sœur d'Irine :

Maria est une fille de 15 ans, elle est l'aînée de sa famille.

Elle est scolarisée en 3^{ème} année moyenne. Est issue d'une petite famille, d'une situation économique moyenne.

Au moment de notre entretien avec maria elle nous a paru très affectée par l'autisme de sa sœur

Elle était très timide et répondait d'une manière très réservée dans ses réponses

Elle a commencé par raconter sa situation familiale puis le jour où sa sœur était diagnostiqué autiste « j'avais exactement 11 ans » en disant que « ma mère était triste, elle n'arrêtait pas de pleurer, en disant qu'elle voulait une fille normale »

Elle a ajouté « même moi ça me rend triste de voir mes parents dans cet état »

Elle a ajouté à propos de la manière dont leurs parents les traitent : « mes parents aiment Irine plus que nous, ils lui font tout ce qu'elle veut, ils ne supportent pas de la voir pleurer »

Elle nous a dit : « mes parents s'occupent toujours d'Irine, la preuve ils ne donnent même pas d'importance à mon petit frère d'ailleurs, il est jaloux d'elle »

L'autisme pour moi : « c'est une maladie que beaucoup de personnes ignorent, et ne la connaissent pas »

Pour nous : « on ne peut pas inviter des amies a la maison, de peur de demander c'est ce qu'elle a on me demande pourquoi elle fait ses gestes, et ça me fait de la honte »

En ajoutant : « parler au sujet de ma sœur me dérange et me blessé »

Encore plus : un jour, un voisin l'a traité de ma fait de mal et de la honte »

« L'autisme de ma sœur a pris tout le temps de mes parents, moi et mon frère, on se sent qu'on est un plus pour eux »

Elle a énoncé : « au fond de moi je suis jalouse, mais puisque elle est malade je comprends »

En ajoutant : «ça m'arrive de l'éviter juste pour avoir, une chose pareille telle que celle d'Irine »

En parlant sur sa participation dans les activités de sa sœur, elle nous a répondu : « je l'aide souvent à faire ses activité, je l'habille, je lui brosse les cheveux et je lui apprends l'alphabet ... »

En ajoutant : « même si j'ai des devoirs à aire je les laissé de côté »

Et lorsque ma mère s'occupe de Irine moi : « je fais la vaisselle, je range les lits...

Même des fois : « je rate l'école juste pour garder ma sœur a la maison »

Enfin, «je trouve que c'est très intéressant l'étude que nous faîtes, elle me plaît beaucoup »

3.1.3. Analyse de l'entretien :

Durant notre entretien, maria était très calme, parlait doucement.

Elle était très réservée dans sa manière de répondre.

Elle aime sa sœur autiste, et sa lui fait de la peine.

Elle répond toujours par présent pour le bien de sa sœur.

Après avoir lancé notre entretien, elle a clairement exprimé sa peine par rapport au trouble de sa sœur, par rapport au manque d'affection qu'elle sent et ses responsabilités auprès de sa sœur autiste.

Elle a commencé par le jour où sa sœur était diagnostiquée autiste pour elle c'est une journée inoubliable un changement totale dans leur vie de famille.

C'était une tristesse flagrante pour elle et même pour ses parents

D'après les dires de cette jeune fille, sa sœur autiste occupe une très grande place dans sa famille, contrairement à elle et son petit frère.

Pour elle l'autisme est très compliqué par ce que les médecins lui en expliqué qu'il n'y a pas un traitement bien spéciale.

Elle a honte d'inviter ses amies à la critique est parlé du trouble de sa sœur lui fait de la blesse.

Tous parlent concernant sa sœur et son autisme la dérange énormément.

En ce qui concerne clairement qu'elle est la seule et unique préoccupation des parents par rapport à sa participation dans la socialisation de sa sœur, elle est toujours présente, cela ne la dérangeait, sauf dans les cas où elle ne peut pas faire ses devoirs, et même aller à l'école.

Elle se sent qu'elle en ait beaucoup pour sa sœur, elle n'est contre de l'aide et d'aider ses parents mais pas au point de les remplacer.

4. Présentation et analyse du 4^{ème} cas :

4.1. Présentation et résumé de l'entretien :

4.1.1. L'enfant autiste :

Aya est une fille autiste âgée de 6 ans, elle a reçu son diagnostic d'autisme à l'âge de 34 mois par une psychologue clinicienne à la polyclinique d'Ighzer Amokrane. Après plusieurs évaluations des psychologues et pédopsychiatre à Béjaïa et Alger, Aya est pris en charge par l'association d'aide aux enfants autistes de la wilaya de Bejaia -D'un monde à l'autre- depuis 2012, puis par une psychologue clinicienne à domicile.

4.1.2. Résumé de l'entretien avec le frère d'Aya :

Il s'agit d'Adem, un garçon âgé de 17 ans, scolarisé en 3^{ème} A.S (Bac), le deuxième frère d'Aya qui est autiste et un autre frère-Mohammed- qui est l'aîné de sa famille (18 ans). Il vit dans une petite famille.

Durant notre entretien, Adem était sage et calme, parle avec une voix très douce, il a répondu sans réserve à nos questions, il été même spontané dans ses réponses.

Au départ, il a commencé par nos raconté des scènes qui l'étonné de sa sœur et qui lui paré bizarre et surtout qu'il comprenne pas « je ne sais pas, je ne comprends pas son comportement, ses geste,...etc. ». Pour lui, l'annonce du diagnostic de sa sœur était une réponse à beaucoup de questions, à ce moment-là il avait 14 ans mais quand même il ne comprenait pas c'est quoi l'autisme, il disait « je suis toujours stressé de voire la souffrance de mes parents, c'était un choc surtout pour ma mère ».

Il a annoncé que leurs parents ne les traitent pas de la même manière (lui et son frère aîné) comme ils traitent Aya. Mais ça ne dérange vraiment pas.

Ensuite il a dit que «le trouble de sa sœur est énormément difficile, puisque elle a beaucoup de crises aussi elle ne parlé pas (même pas un mot). La personne qui m'a soutenu c'était juste et rien que mon frère aîné Mohammed puisque mes parents travaillent. En ce qui concerne ses sentiments envers sa sœurs, Adem n'a jamais honte de sa sœur il disait «c'est vrai que Aya me dérange par ses comportements, gestes et même par son silence, mais je n'ai jamais eu le sentiment de honte par rapport à la maladie de ma sœur »aussi il n'était à aucun moment jaloux d'elle, Aya est l'unique fille (sœur) aussi elle est la plus jeune de sa famille : « oui Aya est le petit ange de notre famille ».

Enfin l'autisme de sa sœur l'obligé à diminuer ses activités et ses loisirs comme le sport pour s'occuper d'elle et surtout a participé à sa socialisation.

4.1.3 Analyse de l'entretien :

Dans notre entretien avec le frère de Aya, nous avons constaté que Adem est très affecté et touché par l'autisme de sa frangine et aussi nous avons remarqué les difficultés, les sacrifices qu'il fait quotidiennement pour aider et soutenir ses parents et son frère dans la prise en charge de Aya qui s'effectue les premiers temps juste à la maison avec des parents qui travaillent(le père surveillant ,la mère enseignante).

Au début, il ne comprenait pas c'est quoi le trouble de sa sœur, c'est tellement flou pour lui, il était tout le temps mal alaise, stressé, d'un côté pour la maladie de sa frangine et de l'autre côté pour le stress et l'inquiétude de ses parents surtout pour sa mère.

Leurs parents ne les traitent pas de la même manière, en disant que leurs parents donnent tous leurs temps, importance a Aya suite à sa maladie, tout cela les a dérangé les premiers temps au point qu'ils sont presque dégradé de leurs niveau scolaire -lui et son frère- à cause de l'absence totale des parents à leurs côtes. Mais dernièrement, ses choses-là ne le dérange pas, puisqu'il comprend qu'elle est

malade, c'est une fille tellement faible et jeune, elle a beaucoup plus besoin de ses parents.

Au départ il ne comprenait pas c'est quoi l'autisme, avec le temps, l'âge, les recherches sur l'internet il comprend parfaitement c'est quoi l'autisme.

D'autre part il a annoncé qu'il n'est pas soutenu par sa grande famille (une chose qui le dérangé) appart son frère aîné qui est le seul soutien pour lui.

Il a aussi exprimé son amour pour sa sœur qui est une fille malade avec des comportements bizarre, mais aussi une fille adorable qu'il ne peut être honte ou jaloux d'elle puisque il est assez grand pour être jaloux d'une petite fille. Durant notre entretien nous avons remarqué le confort financière de cette famille.

Enfin, l'autisme de Aya a obligé Adem à diminuer ses activités sociales, ses loisirs, il se sacrifié pour l'aidé. Selon ses dits, elle a beaucoup affecté sa famille, mais plus maintenant, premièrement Aya s'améliore, et deuxièmes Adem semble adapté à La maladie de sa sœur et malgré toute sa souffrance, difficultés, il n'arrête pas de l'aidée dans ses activités, ses devoirs (puisque'elle est maintenant scolarisée), il a aussi confirmé qu'il sera toujours à ses côtés et qu'il fera de son mieux pour que sa sœur devienne normale comme les autres filles de son âge.

5. Présentation et analyse du 5^{eme} cas :

5.1. L'enfant autiste :

Yani est un enfant autiste âgé de huit ans .diagnostiqué à l'âge de deux ans à un pédopsychiatre français.

Il est pris en charge par une orthophoniste à son domicile, et par l'association de prise en charge des enfants autistes El-Amel Amizour depuis son ouverture.

5.2. Résumé de l'entretien avec le frère de Yani :

Le frère de Yani âgé de 14 ans, scolarisé en 3^{ème} année moyenne, il porte le nom de Yasser.

Lors de notre entretien ; Yasser nous semblait pressé et répondait brièvement à nos questions.

Yasser a commencé : « j'avais 10 ou 11ans lorsque mon frère était diagnostiqué autiste », il a ajouté à ce propos je savais que c'est un autiste bien que avant que le médecin l'annonce pour ma famille » et « en plus c'est flagrant, c'est un autiste de haut niveau ».

En parlant avec lui sur sa famille, il a exprimé que : « mes parents prêtent attention qu'à mon petit frère Yani, ils dépensent des formules pour lui » d'un côté et « lorsque je demande le minimum, on me prend même pas en considération ».

En revenant sur le sujet d'autisme pour moi : « c'est l'incapacité d'établir des relations, et les difficultés de s'exprimer tout simplement ».

Je sais que je suis délaissé par mes parents, je m'occupe de moi seul »

En ajoutent que : « mes parents prête attention pour lui uniquement, c'est pour ça que je suis jaloux de lui ».

L'autisme de mon frère ma laissé vivre une vie pas assez normale, par rapport à mon âge ».

En évoquant sa participation à sa prise en charge il nous a répondu : « je l'aide souvent en lui faisant des activités physique, j'aimerais bien l'aider à faire autre chose, mais je ne peux pas, il parle pas ».

Il a ajouté : « en plus je le fais juste pour faire plaisir et aider ma mère, je la remplace dés fois, parce que je sens qu'elle est fatiguée.

5.3. Analyse de l'entretien avec le frère de Yani :

Bien que Yasser était pressé, mais il nous a accordé son temps pour répondre à mes questions.

Ils nous semblent peu affecté par la maladie de son frangin, pour lui il a un trouble et pour lui ce n'est la fin du monde et cela d'après ses dits : « c'est vrai que c'est une maladie pas assez facile, mais rien n'empêche. Ce n'est pas la fin du monde.

D'après les dits de notre participant il n'est pas très affecté par l'autisme de son frère Yasser nous semblent jaloux de son frère malade, par ce que pour lui le temps et l'argent de ses parents ont pris le bien uniquement de son frère.

Il a exprimé aussi qu'il se sent dé laissé par ses parents en plus, il a mis l'accent sur sa la jaloux qu'il éprenne en vers son frère.

Pour lui, il n'a pas pu vivre une vie normale et c'est à cause du trouble de son petit frère.

Pour lui aider son frère : c'est de lui des faire des activités physique seulement, et puisqu'il ne parle pas, il ne peut pas faire grand-chose pour lui, en plus, ils ne vivent pas ensemble.

Il lui fait des activités physiques juste pour remplacer sa mère, qu'il voit, qu'elle a besoin de son aidé et qu'elle est fatiguée.

6. Présentation et analyse du 7eme cas :

6.1 Présentation et résumé de l'entretien :

6.1.1 L'enfant autiste :

Islam est un garçon âgé de 4 ans, il a reçu son diagnostic d'autisme a l'âge de 3ans par un psychologue clinicien à l'hôpital de Béjaïa (Khalil Aamrane), après plusieurs évaluations des psychologues et des médecins (puisque il souffre déjà d'une

autre maladie depuis sa naissance) a béjaia. Islam est pris en charge par l'association d'aide aux enfants autistes de la wilaya de Béjaïa- d'un monde à autre depuis 1ans.

6.1.2 Résumé de l'entretien avec la sœur 2 Islam :

Il s'agit d'Ibtissem, une fille âgée de 11 ans, scolarisée en 1^{ère} années moyenne, l'aînée des enfants, elle vit dans une grande famille.

Lors de notre entretien avec Ibtissem elle avait l'air calme, parle avec une voix très douce pleine d'affection, elle répond spontanément et son aucune hésitation à nos question.

Au départ elle a commencé, par le moment ou son frère diagnostiqué autiste, elle avait 10 ans elle ne s'avait même pas c'est quoi cette maladie.

Elle a dit que : « je ne comprends pas pourquoi mon frère ne parle pas ? Ne joue pas avec moi, je me sentais perturbé, étonné .mais beaucoup plus triste de voir mon frère dans cette état et stressé de l'inquiétude de mes parents ».

Elle disait que leurs parents les traitent de la même manière mais ils préfèrent mon frère, c'est normale puisque il est malade.

Par la suite elle nous a dit « mon frère souffre d'une maladie grave dès sa naissance ».elle a ajouté « ma grande famille nous a énormément aidé surtout pour les soins de mon frère.

Après ça, Ibtissem annonce qu'elle n'était pas honte de son frère mais au contraire elle lui preuve que de la Pitié car il est tout le temps malade, elle n'avait pas le sentiment d'être délaissé, elle ni jamais était jalouse de lui, « Islam est mon seul frère, il est le plus petit que moi et je m'occupe toujours de lui »

Enfin l'autisme de son frère l'oblige à prendre soin de lui et aussi de lui porter tout le temps de l'aide dans ses besoins et participé à ses activités Schopler.

6.1.3 Analyse : de l'entretien avec la sœur d'Islam :

Après l'entretien avec Ibtissem la sœur de islam en n'a constaté qu'elle est vraiment affectée par ce trouble. Même si elle est petite elle se sacrifié pour la socialisation de son frère.

Au début, elle ne connaissait pas c'est quoi la maladie ou le problème exacte de Islam. Le mot autisme était vraiment grand et bizarre pour une fille de son âge. Elle était stressée de mal alaise de ses parents en général et particulièrement de l'état de sa mère.

Leurs parents les traitent de la même manière puisque ils n'ont pas beaucoup d'enfant (juste elle et son frangin) autant qu'il est malade ils lui donnent un peu plus d'importance, beaucoup de leurs temps (le cas de ma Mère).

Le comportement de ses parents ne la dérange absolument pas, puis malgré son jeune âge elle est déjà consciente de la nécessité de cette prise en charge qui est un peu spéciale.

Au départ, elle ne savait pas c'est quoi l'autisme, à l'aide de sa grande famille surtout sa mère, Ibtissem a pu reconnaître et comprendre parfaitement c'est quoi cette maladie et plus exactement l'autisme et même ses signes.

D'autre part elle a exprimé qu'elle est beaucoup soutenu-elle est ses parents- par les membres de sa grande famille d'oncles, tantes, grande mère (père) puisqu'elle vit avec eux dans une grande maison.

Elle a aussi annoncée qu'elle preuve que de l'amour, de la pitié pour son frère, ce sentiment de honte n'existe pas chez elle, son seul souci est basé sur le bien de son frère, au contraire elle a pris l'habitude de jouer avec lui dans le cartier de l'accompagné à la crèche au moment où ses parent son absent ou occupé.

Elle n'a même pas imaginé que son frère peut être la cause d'être délaissé par sa famille, et pour le sentiment de jalousie lui aussi est loin de ses pensées et elle le sera jamais

Pour terminer l'autisme de Islam l'oblige à s'occuper et prendre soin de lui et aussi une grande responsabilité de l'aider et réaliser des activités, à lui apprendre l'alphabet (car il est à la crèche) et surtout elle aime jouer et s'amuser avec lui.

7. Discussion des hypothèses :

Notre hypothèse générale suggérée au départ afin d'accomplir notre étude est « Avoir un frère ou une sœur autiste engendre une désorganisation dans la relation fraternelle au sein d'une famille »

Effectivement avoir un frère autiste à la maison mis sa fratrie à une vie pas comme les autres vies et d'autres fratries.

Selon les dires de notre population d'étude, l'annonce du diagnostic d'autisme est un moment de désorganisation pour la fratrie.

La focalisation des parents porte principalement et uniquement sur l'enfant autiste, ce qui provoque le sentiment d'être délaissé avec la majorité de nos cas .

7.1. Discussion de la première hypothèse :

La première hypothèse de cette recherche découle du fait que les frères et sœurs ayant un frère autiste affecte leur lien fraternel.

Cette situation est souvent vécue comme si les parents se focalisent sur l'enfant autiste uniquement.

De ce fait on a émis l'hypothèse que « la fratrie ayant un frère autiste affecte leurs relations fraternelles ».

D'après l'analyse du contenu de chacun des cas, il est apparent que la fratrie de l'enfant autiste vit un profond sentiment d'être délaissé par leurs parents en se focalisant sur l'enfant autiste avec les propos de la totalité de nos cas

La jalousie et la honte sont éprouvées sauf le quatrième cas « c'est vrai que Aya me dérange par ses comportements, gestes et même par son silence, mais je n'ai jamais

eu le sentiment de honte par rapport à la maladie de ma sœur » pour cela on peut dire que notre première hypothèse est **confirmée**

7.2 Discussion de la deuxième hypothèse :

La deuxième hypothèse de cette étude est du fait que les fratries soutiennent et participent à l'apprentissage et leurs frères autistes, et que la fratrie aide leurs parents et même des fois, ils les remplacent. Cette hypothèse stipule que « les frères et sœurs soutiennent et participent à l'apprentissage de leurs frères autistes ».

D'après l'analyse de contenu de l'entretien de chacun des cas il s'avère que la majorité des fratries soutiennent et participent à l'apprentissage et le développement de leurs frères autistes, la majorité des fratries, se sentent responsable de leurs frères autistes et ne vivent pas leurs vie normale.

A partir de ces résultats on peut dire que notre deuxième hypothèse

Est **confirmée**

Conclusion

Conclusion

En guise de conclusion de notre travail, et malgré certaines lacunes, ce travail est pour nous l'occasion pour la découverte et pour approfondir nos connaissances, sur le plan théorique, ce travail nous a permis de comprendre l'autisme, son diagnostic, sa prise en charge et de comprendre encore les fratries ayant un enfant atteint de cet handicap.

L'idée de départ de notre recherche est que l'autisme est une maladie, handicapante, et très lourde avec ses conséquences physiques et psychologiques. Mais cette influence dépasse ce cadre puisqu'elle atteint la famille, les parents y compris la fratrie. Cette étude s'est intéressée à une population d'étude de six cas de frères et sœurs d'enfants autistes, en utilisant un entretien semi-directif.

L'analyse du contenu des entretiens réalisés nous a permis de constater que l'arrivée d'un enfant autiste au sein d'une famille l'a modifié et des changements notables sur le plan de la relation fraternelle plus spécialement.

Cette étude nous a permis aussi de constater que la fratrie des enfants autistes éprouve un sentiment d'être délaissé par leurs parents, de la jalousie, la honte et la parentification qui est exprimé de manières différentes par nos cas.

Les frères et sœurs des personnes présentant l'autisme ont des besoins spécifiques dont il faut avoir conscience et qu'il est nécessaire de combler autant que possible, ces besoins sont comme suivant : premièrement, le besoin d'information pour agir, communiquer et jouer avec l'enfant autiste, ainsi que pour apprendre à faire face à d'éventuelles situations stressantes. Deuxièmement, Le besoin de s'exprimer ; les frères et sœurs d'un enfant autiste ont besoin de communiquer, de s'exprimer, d'être écoutés. Ils ont besoin d'exprimer leurs sentiments, de les partager avec les autres afin de mieux les comprendre et de les accepter. En dernier, le besoin du respect ; ils ont besoins d'être respectés dans leur individualité, dans leur besoin de loisirs et d'activités extérieures. Si du temps libre est accordé aux fratries, elles peuvent réaliser leurs désirs sans avoir mauvaise

Conclusion

conscience. Cela facilite leur développement normal et leur adaptation. La charge que présente le fait d'avoir un frère ou une sœur autiste n'est pas le même plus facile à supporter.

Ce thème de recherche mérite d'être étudié d'une manière approfondie, avec des populations assez importantes. Ainsi on peut lancer des perspectives de recherche concernant l'impact d'un enfant autiste sur sa fratrie et encore l'accompagnement psychologique de fratries ayant un frère/sœur autiste ...

Liste bibliographique

La liste bibliographique :

1- Les ouvrages :

1. Aktouf. O (1987), «*méthodologie des sciences sociales, approche quantitative des organisations, une introduction à la démarche classique et une critique, les presses universitaires*» éd les presses université de Montréal, Québec.
2. American Psychiatric Association DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 4^e éd (version internationale, washington DC, 1995) traduction française par J-D guelfi et al, Paris Masson.
3. Amy.G et piolat.M(1998), «*Psychologie Clinique et Psychopathologie* », Paris, Bréal.
4. Amy. M-D (2009), «*Comment aider l'enfant autiste, Approche psychothérapique et éducative*», 2^e éd, Paris, Masson.
5. Angers .M,(1997), « *Initiation à la méthodologie des sciences humaines*», Québec, C.E.C in C.
6. Bertrand. J (2008), « *Autisme, le gène introuvable, de la science business*», éd du Seuil, Paris.
7. Best .C et Al(2010) , « *la fratrie a l'épreuve du handicap*»Toulouse ,Eres .
8. *Blanchet. A et Gotman. A(2007), « L'enquête et ses méthodes, L'entretien 2éd*»,Paris, Armand Colin.
9. Chahraoui. KH et Benony . H (1999), « *L'entretien clinique* »,Paris,Dunod.
10. Chahraoui. KH et Benony. H (2003), « *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*», Paris Dunod.
11. Cyssau. C'(2003), « *L'entretien en psychologie clinique*», Paris, In press collection concept-psy.
12. Dépelteau. F(2000), « *La démarche d'une recherche en sciences humaines* », Bruxelles,De Boeck
13. Edward R-R et Laxer. G (1983), « *autisme, la vérité refusée* », Pris. Simep sa.
14. Evelyne. C (2009), « *l'autisme n'est pas irréversible !*», Québec, Groupe Editions.
15. Guidere (M), « *Méthodologie de recherche* »,Paris, Ellipses, 2005.
16. Kaes R (2008), « *complex fraternel* »,paris ,Dunod .

Bibliographie

17. Lavarde. A.M (2008), « *Guide Méthodologique de la recherche en Psychologie*».
18. Lenoir. P, Malvy. Jet al (2007), « *L'autisme et les troubles du développement psychologique*», 2^e éd, Herstal, Masson.
19. Magali. D et al (2008), « *L'autisme, jour après jour, agir pour l'aider* », Bruxelles.
20. Peeters. T (1996), « *L'autisme, de la compréhension à l'intervention* », Ed. Dunod , Paris.
21. Rogé. B(1993), « *Autisme, comprendre et agir* », Ed. Dunod, Paris
22. Schopler. E et al (2007), « *Activités d'enseignement pour enfants autistes, Herstal*», Masson.
23. Tardif. C et Gepner. B (2003), « *L'autisme*», Paris, Nathan.
24. Villard. R-D (1984), « *Psychose et autisme de l'enfant*», Paris, Masson.
25. Ciccone et, Ferrant. A (2009) « *Houte, culpabilité et traumatisme* ». Dunod, Paris.
26. SCHELLES. R, (1997), « *Fratrie et handicap, L'influence du handicap d'une personne sur ses frères et sœurs* », Paris, Le Harmattan.
27. BERT. C. et al. (2010), « *La fratrie à l'épreuve du handicap* », Toulouse, Erès

2- Les dictionnaires :

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

3- Les articles :

- 1.Arnaud. M (2003), « *Forme de résilience dans le groupe fraternel* », Le Divan familial vol 1 p 103n 10
2. Baert. J (2010), « *Le rôle des associations de parents aujourd'hui* », . Enfances et Psy, vol. 1, n° 46, PP 53-59
3. Ferrari. P. Cruchette, A & Bouvet. M (1988) « *La fratrie de l'enfant handicapé : approche clinique* ». Neuropsychiatrie de l'enfance .
4. Hendrickx. M (2000) «entre frère ou sœur d'un enfant autiste. Impact et perspectives », Info APEPA.

Bibliographie

5. Lett .M(2012), «Les fratries dans l’histoire, informations sociales », vol 5 n°173, pp. 13-22.
6. Prieur.N(2011) «les rivalités fraternelles, réalités pédiatriques», N° 163. PP 1-4.
7. Romano.H(2009) « *Incidence du trama sur le lieu fraternel* », neuropsychiatrie de l’enfance et de l’adolescence, 57 (2009), p 293-302.
8. vinay A. Jales (2011) « *Faire fratrie, réflexions autour du lien fraternel* », neuropsychiatrie de l’enfance et de l’adolescence,N°59, 2011, P-342-347.
9. Wintgens, A. Hayez .J Y « *La maladie et son impact sur la fratrie* », N° 21, pp 138-148.

4- Les Thèses :

1. Claudel. S , (2012), « *étude clinique et projective de la représentation de soi chez ayant un frère/sœur autiste* ».n 45.

Annexes

Le guide d'entretien se divise en 4 axes :

Le 1^{er}axe et 2^{eme} axe collecte de données générales sur l'enfant autiste, sa famille, leurs situations socio-économiques et la fratrie.

Le 3^{eme} axe et le 4^{eme} les répercussions de l'autisme sur la vie sentimentale de sa famille et ses frères et sœurs et les difficultés quotidiennes que rencontrent les frères et sœurs :

1^{er} Axe : Des renseignements sur le frère ou la sœur et leur famille :

- 1) Nom : âge :
- 2) Sexe :
- 3) Niveau scolaire :
- 4) Nombre de frères et sœurs
- 5) Le rang dans la fratrie
- 6) Son âge lors du diagnostic de son frère
- 7) Petite ou grande famille
- 8) Situation socio-économique des parents :

2^{eme} Axe : Des renseignements sur l'enfant et sa pathologie :

- 1) Sexe :
- 2) son âge actuel :son âge lors du diagnostic :
- 3) Son type d'autisme
- 4) Scolarisé ou non
- Si ouiou :
- 5) Pris e charge ou non

3^{eme} Axe : des renseignements sur les répercussions de l'autisme sur la vie sentimentale de sa famille et ses frères et sœurs :

- 1) Pouvez-vous nous parler un peu de votre famille !
- 2) Pouvez-vous décrire en quoi consiste la maladie de votre frangin ?
- 3) Souvenez-vous du jour où les spécialistes ont confirmé son trouble ?
- 4) Comment l'avez-vous su ? et c'était comment votre
- 5) Vos parents comment ils ont reçu l'annonce du diagnostic ? votre fratrie ?
- 6) Vous étiez soutenus par quelqu'un ? qui ?
- 7) A la maison jouez-vous avec votre frère ? Partagez-vous la même chambre ?
- 8) Qu'est-ce qui vous dérange chez lui ?
- 9) Quel est le fils ou la fille préféré (e) de vos parents ? Avez-vous la même importance à leurs yeux ?
- 10) Pensez-vous que vos parents arrivent à vous traiter de la même manière ?
- 11) lors de vos interactions entre fratrie pensez-vous que vous êtes comme les fratries de la société ?
- 12) si non qu'est-ce qui vous rend différents ; en quoi vos sentiments sont différents ?
- 13) Si je vous demande de me décrire vos relations avec votre frère malade et avec vos parents ?

Avant et après la maladie

4^{eme} Axe : les difficultés que rencontrent les frères et sœurs :

1) Lorsque vos parents ne sont pas à la maison ou occupés ?qui s'occupe de votre frère ?

2) Participez-vous à sa prise en charge, ses activités quotidiennes ?son éducation ?ses activités

3) Croyez-vous que son autisme ne vous dérange pas pour vivre pleinement votre enfance comme tous les enfants ?

4) Croyez que parfois que vous assumez les devoirs de vos parents à son égard ?

5) Avez-vous l'impression que cette maladie influence sur votre santé mentale ? (Stress, anxiété, détresse) angoisse et culpabilité

6) Quand vous n'arrivez pas à gérer ses crises , ses comportements agressifs, qu'est-ce que vous ressentez en tant que son frère ou sa sœur ?

7) Parlez-vous en famille du le handicap (autisme) de votre frère ?

8) Imitation : pour avoir la même place même place aux yeux des parents.

Pour avoir de l'importance pour pouvoir acheter !!!

9) Faites-vous des sorties en famille de temps en temps ?

10) Prenez-vous votre frère avec vous ?

11) ça lui arrive des fois de faire des crises en public ?des comportements bizarre, qu'est-ce que les gens pensent de ça ?

12) Est –ce qu'ils comprennent son trouble, comment ils le jugent ?

13) Pouvez-vous nous raconter des scènes qui ont marqués vos sorties ?