

VÉCU ET PERCEPTIONS DE L'ENFANT AUTISTE AU SEIN DE SA FAMILLE

Ekissi Jean Armel KOFFI

UFR / SHS ; Département de psychologie : Université Félix Houphouët Boigny

Marie Chantal CACOU

UFR / SHS ; Département de psychologie : Université Félix Houphouët Boigny

et

Esther Doris Ghislaine YAO

Centre de Recherche pour le Développement (CRD) / Université Alassane Ouattara
de Bouaké (UAO) [/kra_esther@yahoo.fr](mailto:kra_esther@yahoo.fr)

Résumé

Cette étude qualitative explore le vécu et la perception de l'enfant autiste au sein de sa famille. En s'appuyant sur des entretiens semi-directifs menés avec quatre membres de la famille vivant quotidiennement avec l'enfant, l'étude met en lumière les perceptions individuelles, les dynamiques relationnelles, ainsi que les défis émotionnels liés à la gestion de l'autisme. Les résultats montrent que les premières perceptions des symptômes varient considérablement au sein de la famille. Par exemple, Michelle a été la première à identifier un comportement inhabituel chez l'enfant, tandis que d'autres membres, comme l'oncle Landry et la sœur Clarisse, ont d'abord interprété les signes comme des retards de langage et une absence de communication. L'étude révèle également que les symptômes de l'autisme, tels que l'agressivité, l'isolement, les troubles du langage et les difficultés de concentration, sont vécus différemment par chaque membre de la famille. Ces différences de perception influencent à la fois leurs réactions et la manière dont ils interagissent avec l'enfant. La prise en charge de l'autisme est unanimement perçue comme un processus complexe et éprouvant, générant parfois des tensions et des fractures relationnelles au sein de la famille.

Mots clés : vécu, représentation, autisme, famille.

Abstract

This qualitative study explores the lived experiences and representation of an autistic child within their family. Based on semi-structured interviews with four family members who live with the child, the study highlights individual perceptions, relational dynamics, and the emotional challenges associated with managing autism. The findings show that the initial perceptions of symptoms vary significantly within the family. For instance, Michelle was the first to notice unusual behavior in the child, while other members, such as Uncle Landry and Sister Clarisse, initially perceived delays in language development and a lack of communication. The study also reveals that autism symptoms—such as aggression, isolation, language difficulties, and concentration issues—are experienced differently by each family member. These differing perceptions shape both their reactions and their relationship with the child. The management of autism is unanimously seen as a complex and challenging process, at times causing tensions and relational breakdowns within the family.

Key words: experience, representation, autism, family

Introduction

L'autisme ou un trouble du spectre autistique (TSA), en particulier les niveaux deux et trois de l'autisme, touche un nombre croissant de personnes à travers le monde. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), environ une personne sur 100 est atteinte de TSA, ce qui représente environ 75 millions de personnes (World Health Organization, 2022, p. 14). Parmi celles-ci, un pourcentage significatif est constitué d'enfants, car l'autisme est généralement diagnostiqué durant l'enfance.

En Côte d'Ivoire, bien que les études sur l'autisme soient encore limitées, les recherches initiales suggèrent que le pourcentage d'enfants affectés par des troubles du spectre autistique semble en augmentation. Selon certaines études locales et les estimations basées sur les données internationales, environ 1 à 2 % des enfants pourraient être atteints d'autisme, un chiffre aligné sur les taux observés dans d'autres pays en développement. Cependant, le manque de statistiques nationales précises

rend difficile une évaluation complète de la prévalence réelle en Côte d'Ivoire.

L'autisme est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par des altérations qualitatives dans les interactions sociales et la communication, ainsi que par des comportements répétitifs ou restreints (American Psychiatric Association, 2013, p. 50). Ce trouble se manifeste généralement dès la petite enfance, bien que les signes puissent varier considérablement d'un individu à l'autre, tant en termes de gravité que de type de symptômes (World Health Organization, 2022, p. 15).

Les enfants atteints de TSA peuvent présenter des difficultés significatives dans le développement de leurs compétences sociales et communicationnelles, ce qui entrave leur capacité à établir des relations sociales typiques (C. Lord, M. Elsabbagh, G. Baird, & J. Veenstra-Vanderweele, 2018, p. 10). Par ailleurs, ils peuvent manifester des comportements répétitifs ou rigides et avoir des intérêts restreints (M. Rutter & A. Le Couteur, 2014, p. 88).

Il est important de souligner que l'autisme ne doit pas être considéré comme un "trouble mental" au sens classique, mais plutôt comme un ensemble de troubles du développement neurologique qui affectent la manière dont une personne perçoit et interagit avec le monde (American Psychiatric Association, 2013, p. 51). Par conséquent, l'accompagnement des enfants autistes nécessite des stratégies éducatives et thérapeutiques adaptées, visant à renforcer leurs compétences sociales, communicationnelles et comportementales, tout en soutenant leur développement global (F. Happé & U. Frith, 2020, p. 7).

Lorsqu'un enfant est atteint d'une maladie grave comme l'autisme, cela peut entraîner une détresse psychologique importante, en particulier chez la mère. Cette détresse peut être de nature purement réactionnelle ou s'inscrire dans un processus plus complexe, où la maladie agit comme un déclencheur révélant une prédisposition préexistante à la dépression (Gordon et al., 2018, p. 26). Dans les cas de dépression réactionnelle, la cause principale est souvent la brutalité de l'annonce du diagnostic d'une maladie grave, ce qui peut susciter une sidération des mécanismes de

défense parentaux et provoquer une réaction dépressive (Miller et al., 2019, p. 135).

Le vécu des familles d'enfants autistes est souvent marqué par des sentiments ambivalents, oscillant entre frustration face aux défis quotidiens et espoir de progrès grâce aux interventions thérapeutiques (Hastings, 2003, p. 45). La perception de l'autisme au sein de ces familles joue un rôle déterminant dans leur adaptation et leur résilience. Elle influence non seulement leur compréhension de la maladie, mais également leurs stratégies d'adaptation et de coping (McStay et al., 2014, p. 99).

La prise en charge de l'autisme est particulièrement complexe en raison de la diversité des manifestations cliniques et des besoins spécifiques des enfants affectés (Lord et al., 2018, p. 15). Cette complexité se répercute également sur les familles, qui doivent non seulement s'adapter aux défis quotidiens imposés par la condition de leur enfant, mais aussi faire face à des perceptions souvent négatives ou mal informées de la société (Bourke-Taylor et al., 2010, p. 72).

En Afrique en général et en Côte d'Ivoire en particulier, l'autisme est souvent perçu comme le résultat de pratiques occultes visant à nuire à une personne. Cette vision de la maladie conduit de nombreux parents à confier leur enfant à des guérisseurs dans des villages reculés, loin des structures médicales formelles (S. N'Diaye, 2011, p. 88). Les difficultés de traitement peuvent entraîner l'abandon du patient dans son village natal, sous prétexte qu'il n'y a plus rien à faire pour lui. Cette négligence peut aggraver l'état de santé du malade, qui meurt souvent dans des conditions précaires faute de soins appropriés (A. Akindès, 2014, p. 110).

L'autisme est souvent perçu comme un sujet tabou, en grande partie à cause des préjugés sociaux et des contraintes culturelles qui entourent ce trouble neurodéveloppemental. Ces stéréotypes sont souvent renforcés par un manque de compréhension et de sensibilisation, tant au sein des communautés qu'au niveau des institutions, contribuant ainsi à la stigmatisation des personnes atteintes d'autisme et de leurs familles (World Health Organization, 2021, p. 15).

Les croyances traditionnelles et les perceptions erronées peuvent engendrer des attitudes négatives, voire discriminatoires, envers les enfants autistes et leurs familles. Dans certains cas, l'autisme est associé à des superstitions ou à des interprétations mystiques, ce qui complique davantage l'acceptation et la prise en charge de ce trouble. De nombreuses familles hésitent à chercher de l'aide ou à parler ouvertement de l'autisme, par crainte de l'isolement social ou du rejet (Bongaarts, 2017, p. 78).

Par ailleurs, les ressources pour le diagnostic et la prise en charge de l'autisme en Côte d'Ivoire sont limitées. Les services spécialisés sont rares, et il existe un manque criant de professionnels formés pour détecter et accompagner les enfants autistes. Ce contexte contribue à un retard dans le diagnostic, privant ainsi les enfants des interventions précoces cruciales pour améliorer leurs perspectives de développement (Lovaas, 1987, p. 45).

Pour surmonter ces défis, il est essentiel de renforcer les efforts de sensibilisation au sein des communautés, d'améliorer la formation des professionnels de la santé et de l'éducation, et de développer des politiques publiques adaptées qui soutiennent les familles touchées par l'autisme. La mise en place de campagnes d'information et d'éducation pourrait aider à déconstruire les préjugés et à favoriser une meilleure intégration des personnes autistes dans la société ivoirienne (Baron-Cohen, 2000, p. 102).

L'enfant concerné évolue au sein d'une famille régie par des croyances et des valeurs profondément ancrées. Les informations fournies par les professionnels de la santé ne suffisent pas toujours à apaiser les inquiétudes de la famille, qui se voit souvent contrainte de formuler ses propres théories pour donner un sens à la situation. Par conséquent, ces croyances influencent les interactions familiales et la manière dont la maladie est perçue et gérée (M. Minuchin, 1974, p. 67).

L'apparition de l'autisme au sein de cette cellule familiale fragilise un équilibre déjà précaire, révélant les faiblesses d'un système familial qui, bien que semblant stable en surface, dissimule des tensions et des problèmes sous-jacents (Rutter, 2006, p. 154). Cette situation met en lumière la complexité des dynamiques familiales face à la maladie et

souligne l'importance d'une prise en charge holistique, tenant compte non seulement de l'enfant, mais aussi de l'ensemble du contexte familial (Bronfenbrenner, 1979, p. 289).

L'autisme agit comme un catalyseur, exposant et amplifiant les vulnérabilités préexistantes au sein de la famille, ce qui nécessite des adaptations souvent éprouvantes pour tous ses membres. Ce processus d'adaptation peut entraîner des conflits, mais il peut également favoriser une résilience accrue si les ressources et le soutien adéquats sont mobilisés (E. Goffman, 1963, p. 25).

Tous ces facteurs influencent les réactions de l'entourage face à la maladie de l'enfant. Ces réactions peuvent varier considérablement, allant de la limitation des activités de l'enfant à une permissivité excessive, voire au rejet effectif de l'enfant atteint d'autisme. De plus, ces réponses peuvent refléter des sentiments plus profonds, tels que la culpabilité, l'angoisse, l'isolement et l'agressivité (Hollis, 2015, p. 112).

La diversité des informations disponibles sur l'autisme complique encore ces vécus. Les recherches actuelles et la littérature se concentrent principalement sur les mécanismes biologiques et psychologiques de l'autisme. Cependant, il est tout aussi essentiel d'explorer l'impact de l'autisme sur les membres de la famille. Comprendre comment une famille vit et perçoit la maladie de leur enfant est crucial pour offrir un soutien adéquat et adapté. Il est également important d'examiner comment le malade et son entourage établissent de nouvelles relations, médiées par la présence de la maladie (Moussa, 2018, p. 45).

Des recherches approfondies sur ces aspects sont nécessaires pour mieux saisir les réactions et comportements de l'entourage, ainsi que ceux du malade lui-même. Une telle investigation permettrait d'ajuster plus efficacement les interventions destinées à soutenir la famille et à améliorer la réinsertion du malade. Une meilleure compréhension de ces dynamiques contribue à offrir un soutien plus adapté et à améliorer la qualité de vie des personnes concernées (Ravitch et Riggan, 2017, p. 89).

Ces recherches ont émergé du constat que les familles des personnes atteintes de maladies mentales, telles que l'autisme, sont souvent

négligées dans les études. D. Cooper (1967, p. 63) souligne que l'approche traditionnelle consiste principalement en un entretien avec les parents pour établir un cas d'étude. Cependant, la famille constitue le premier lieu de socialisation, où les interactions entre les membres jouent un rôle crucial. Ainsi, toute détresse ou maladie affecte nécessairement tous les membres de la famille, quel que soit le système familial en place (Cooper, 1967, p. 64).

Pour T. Parsons (1955, p. 72), la famille joue deux rôles essentiels : la socialisation des jeunes enfants et la stabilisation de la personnalité à l'adolescence et à l'âge adulte. Cette perspective souligne l'importance de considérer non seulement l'impact des pathologies mentales sur l'individu, mais également sur l'ensemble du noyau familial.

Dans cette optique, notre recherche vise à examiner le vécu et la perception de l'enfant autiste au sein de sa famille. Cet objectif permet de clarifier l'analyse que nous souhaitons mener et de mieux comprendre les dynamiques familiales en jeu. Pour atteindre cet objectif, notre étude sera structurée autour de deux points :

- La méthodologie, avec la présentation de la population étudiée, des instruments de recherche utilisés et de la méthode d'analyse employée.
- L'analyse et l'interprétation des résultats de notre recherche.

1. Méthodologie

Le travail méthodologique a pour objectif d'examiner le vécu et la perception de l'enfant autiste au sein de sa famille

1.1. Le type de recherche

Pour atteindre cet objectif, nous avons choisi d'adopter une méthode de recherche qualitative. Cette méthode est particulièrement adaptée pour explorer les émotions, les sentiments des acteurs sociaux, ainsi que leurs comportements et expériences personnelles. Elle s'inscrit dans une démarche compréhensive visant à comprendre le fonctionnement d'un phénomène à travers une immersion dans ses mécanismes constitutifs (M. Q. Patton, 2015, p. 73). Elle permet d'obtenir une vue approfondie des dynamiques internes des sujets et des interactions entre eux, offrant ainsi

une meilleure compréhension du vécu individuel et collectif dans des contextes spécifiques (D. Silverman, 2019, p. 24).

En somme, la méthode de recherche qualitative nous permettra d’appréhender les dimensions subjectives et contextuelles du vécu familial face à la maladie mentale de l’enfant, contribuant ainsi à une meilleure compréhension des impacts émotionnels et relationnels de cette pathologie.

1.2. Terrain d’étude

Notre étude s’est déroulée à L’Institut National de la Santé Publique (INSP) d'Abidjan. Elle est une institution ivoirienne dédiée à la recherche, à la formation, et à la promotion de la santé publique. Fondé pour renforcer les capacités en matière de santé publique et contribuer à l'amélioration des conditions de santé en Côte d'Ivoire, l'INSP joue un rôle central dans le système de santé du pays. L'institut dispose d'infrastructures modernes adaptées à ses missions. Il comprend des laboratoires de recherche, des salles de formation équipées, et des ressources documentaires spécialisées. De plus, l'INSP bénéficie d'une coopération étroite avec des institutions académiques et de recherches locales et internationales.

L'institut National de la Santé Publique (INSP) d'Abidjan accorde une importance particulière à l'hygiène mentale, en reconnaissant que la santé mentale est une composante essentielle du bien-être général et de la santé publique. L'hygiène mentale, dans ce contexte, fait référence à l'ensemble des pratiques, des stratégies et des programmes mis en place pour promouvoir la santé mentale, prévenir les troubles mentaux, et améliorer la qualité de vie des individus.

Pour notre étude, nous avons eu l'opportunité de collaborer avec le Centre Té Bonlé Marguerite, une structure publique jouant un rôle crucial dans la mise en œuvre de diverses initiatives. Ce centre est dédié à l'offre de services de soutien psychologique, de prévention et de sensibilisation, contribuant activement à la promotion de la santé mentale au sein de la communauté. Grâce à cette collaboration, nous avons pu accéder à des ressources et des informations précieuses, enrichissant ainsi notre

recherche et nous permettant de mieux comprendre les dynamiques liées à l'hygiène mentale.

1.3. Échantillon

Dans le cadre de notre étude qualitative, nous avons opté pour un échantillonnage par cas unique, consistant en une famille de quatre membres. Ces quatre membres vivent dans la même maison que l'enfant autiste et partagent leur quotidien avec lui. Cette configuration nous permet d'explorer en profondeur les expériences et les perceptions de chaque membre de la famille concernant la maladie.

L'un des objectifs de cette approche est de recueillir des témoignages variés sur les défis émotionnels, sociaux et pratiques auxquels la famille fait face au quotidien. Nous souhaitons comprendre comment l'autisme de l'enfant influence les relations familiales et les stratégies d'adaptation mises en place par chaque membre.

En collectant ces données, nous espérons contribuer à une meilleure compréhension des besoins spécifiques des familles d'enfants autistes et fournir des recommandations pour améliorer leur soutien et leur qualité de vie.

Pour le choix de notre cas, il est essentiel de prendre en compte plusieurs éléments :

- La présence d'un enfant vivant avec l'autisme, ce qui permet d'observer l'évolution des réactions familiales au fil du temps.
- L'accord des membres de la famille pour accepter la présence d'un enquêteur et pour répondre à ses questions de manière ouverte et sincère.
- L'accessibilité des quatre membres de la famille, ce qui facilite la réalisation d'entretiens approfondis et assure une diversité de perspectives. Cela permet également d'obtenir une compréhension plus complète de l'impact de la maladie sur l'ensemble de la cellule familiale.

1.4. Éthique

Les quatre participants à la présente étude ont été informés de manière détaillée sur l'objet de la recherche, ainsi que sur la nature, l'importance et la durée de leur participation. Ils ont également reçu des assurances concernant la confidentialité de leur participation et des

réponses fournies lors de l'entrevue. Les droits des participants, y compris le droit à l'anonymat, à la confidentialité, et le droit de se retirer de l'étude à tout moment, leur ont été clairement expliqués.

Cette démarche visait à garantir un consentement éclairé. Un formulaire de consentement a été soumis à chaque participant, leur permettant de confirmer leur accord en toute connaissance de cause.

1.5. Outil de collecte de données

Dans le cadre de notre étude, nous avons choisi d'utiliser des entretiens semi-directifs avec chaque membre de la famille afin de recueillir les informations nécessaires. L'entretien semi-directif, méthode qualitative privilégiée, permet de centrer les échanges autour de thèmes définis à l'avance tout en laissant une marge de liberté aux participants pour exprimer leurs pensées et sentiments. Cette technique est particulièrement adaptée pour explorer en profondeur les aspects affectifs, les attitudes et les motivations des différents membres de la famille.

Grâce à cette approche, nous espérons, à travers les discours recueillis, accéder à la structure de leur vécu et à la dynamique qui sous-tend leurs interactions, notamment dans le contexte de la présence d'un enfant autiste au sein de la famille. L'entretien semi-directif permet de mettre en lumière comment les individus perçoivent et interprètent leur réalité quotidienne, en particulier lorsqu'ils sont confrontés à une situation aussi complexe qu'une maladie mentale.

Les thèmes abordés lors de ces entretiens sont subdivisés en deux grandes catégories : le vécu et la représentation de la maladie.

1) Le vécu

Les thèmes relatifs au vécu ont pour objectif de mettre en lumière les émotions et les expériences des membres de la famille vivant avec un enfant autiste ainsi que les défis et les difficultés qui en découlent. Les thèmes retenus incluent :

- ✓ L'évolution ou l'histoire de la maladie ;
- ✓ L'impact de la maladie sur leur vie quotidienne ;
- ✓ La relation avec l'enfant avant, pendant, et après le diagnostic de la maladie.

2) La perception

Les thèmes relatifs à la représentation ont été conçus pour explorer l'image que chaque membre de la famille se fait de la maladie. Cette exploration vise à analyser comment cette image influence potentiellement les attitudes des membres de la famille et leurs relations avec l'enfant malade. Les thèmes abordés sont :

- ✓ La perception de la maladie avant et après son annonce ;
- ✓ L'analyse des réactions de la société vis-à-vis de l'enfant

autiste

1.6. Méthode d'analyse des données

Étant donné que nous recueillons des données auprès des membres d'une seule famille, nous avons opté pour la méthode d'analyse de cas. Cette méthode permet d'analyser en profondeur et de synthétiser les observations issues des entretiens semi-directifs menés avec chaque membre de la famille.

L'objectif est d'examiner les perceptions et les sentiments de chaque individu afin de mieux comprendre les dynamiques et les évolutions au sein de la famille en lien avec l'enfant concerné. Cette approche nous permet de saisir les spécificités des fonctionnements familiaux dans ce contexte particulier.

L'analyse des entretiens se fait à travers une analyse de contenu, qui consiste en une interprétation détaillée du matériel recueilli. Cette méthode nous permet d'identifier des thèmes et des motifs récurrents, offrant ainsi une compréhension approfondie des expériences et des perspectives des différents membres de la famille.

2. Résultats

2.1. Présentation des membres

a. Profil général

Faisant partie de la même famille, les membres ont tous été confrontés à l'autisme de l'un des leurs, bien que leurs réactions initiales aient été différentes. Certains, comme Michelle, ont commencé à s'inquiéter dès les premières manifestations de la maladie, observées au cours des deux premières années de vie de l'enfant. D'autres, cependant,

n'ont pas immédiatement identifié les signes de l'autisme et ont mis plus de temps à réaliser l'ampleur de la situation. Lorsque tous les membres ont finalement pris pleinement conscience de l'état de l'enfant, ils ont décidé, de manière unanime, de prendre des mesures pour lui apporter l'aide nécessaire.

Tout au long de la période préscolaire, divers troubles du comportement, plus ou moins graves, ont suscité des inquiétudes profondes au sein de la famille. Ces troubles ont engendré des moments de tension et d'angoisse, affectant les relations entre l'enfant et les autres membres de la famille, notamment avec sa mère. Une dynamique particulière s'est progressivement installée : l'enfant semble se distancier émotionnellement de certains membres, ce qui a renforcé un sentiment de détachement au sein de la famille.

Cette situation, perçue de manière divergente, est considérée par certains membres comme un état permanent, symbolisant une rupture durable dans les interactions familiales. D'autres, en revanche, nourrissent l'espoir qu'il s'agit d'une phase temporaire et que des interventions adéquates pourraient restaurer une harmonie et des liens plus solides entre l'enfant et le reste de la famille.

b. Profil par cas

Michelle est une jeune femme célibataire, mère de deux enfants, reconnue pour son dynamisme et sa sympathie. Elle s'est montrée très ouverte et disposée à participer à cet entretien. Parmi ses enfants, le petit Alain, âgé de six ans, est atteint d'autisme. Michelle a été la première à remarquer des comportements inhabituels chez lui, bien avant que le reste de la famille ne prenne conscience de la situation.

Elle joue un rôle central dans l'accompagnement de son fils, particulièrement lors de ses crises, même lorsqu'il est nécessaire de changer de ville pour des raisons diverses. Pour Michelle, la maladie de son enfant représente un « fardeau » qu'elle perçoit comme un obstacle insurmontable, la plongeant dans un état d'angoisse constant. Elle ressent également un profond sentiment de culpabilité, se reprochant de ne pas avoir trouvé une solution pour guérir son fils, malgré ses efforts. Cette

charge émotionnelle pèse lourdement sur elle, exacerbant son sentiment d'impuissance face à la condition de son enfant.

Landry est une personne plutôt réservée, qui a néanmoins accepté de participer à notre étude. Il est l'oncle du petit Alain, l'enfant atteint d'autisme, et se considère comme une figure paternelle pour lui. Durant les deux premières années de vie de son neveu, Landry n'avait rien remarqué d'anormal. Cependant, avec le temps et la prise de conscience des différents signes de la maladie, il a commencé à ressentir une profonde angoisse face aux comportements de son neveu.

Cette angoisse a progressivement perturbé sa relation avec Alain, créant une certaine distance émotionnelle. Les difficultés de communication et les crises répétées de l'enfant semblent avoir généré une frustration et un sentiment d'impuissance chez Landry. Bien qu'il continue à jouer un rôle important dans la vie de son neveu, cette situation a provoqué des tensions dans leur relation, qu'il peine parfois à surmonter.

Clarisse est une jeune adolescente d'une dizaine d'années qui nous a accueillis avec beaucoup de chaleur et d'amabilité. Lors de l'entretien, elle a partagé que son frère, atteint d'autisme, se montrait souvent distant à son égard.

Clarisse a été profondément bouleversée en observant de plus près les manifestations de l'autisme chez son petit frère. Cette expérience a été un véritable choc pour elle, car elle a pris conscience non seulement de la gravité de la situation, mais aussi des nombreux défis que son frère doit affronter au quotidien.

Marius est un jeune homme calme et ouvert, qui a immédiatement accepté de participer à notre entretien dans le cadre de cette étude. Il est le cousin de l'enfant atteint d'autisme et entretenait une relation particulièrement proche avec lui. Bien qu'il affirme ne pas avoir remarqué les signes précurseurs de la condition, Marius a observé un changement significatif dans le comportement de son cousin au fil du temps. Il mentionne notamment une diminution progressive des interactions sociales, une tendance à l'isolement, ainsi que des difficultés croissantes à établir un contact visuel. Ces changements se sont également manifestés

par des crises soudaines de colère ou d'anxiété, souvent déclenchées par des situations imprévisibles, ainsi qu'une rigidité dans les habitudes et une forte résistance aux changements de routine.

2.2. Résultats d'analyse des entretiens

Après avoir établi le profil des différents acteurs, nous allons maintenant interpréter les comportements, réactions et sentiments pour mieux appréhender notre objet d'étude.

1) Évolution ou histoire de la maladie

	MAMAN (Michelle)	ONCLE (Landry)	SŒUR (Clarisse)	COUSIN (Marius)
Symptômes de départ	-Manque de réciprocité dans les interactions sociales, -difficulté à initier -Retard dans le développement du langage, -absence de langage -Difficulté à se faire des amis. -Battements des mains -Sensibilité excessive	-difficulté à initier ou à répondre à une communication - évite le contact visuel -isolement -très émotif	-Résistance au changement -interaction sociale difficile - Difficultés à s'endormir -isolement -absence de langage -difficulté à se faire des amis	-isolement -absence de langage -difficulté à se faire des amis
Cause de la maladie	un sort	L'âge avancé des parents	Une maladie	Une maladie
Changements perçus	-absence de communication -isolement	Absence de contact social	Cécité familiale	Cécité familiale

La perception des symptômes de l'autisme par les membres de la famille varie considérablement en fonction de leur niveau de connaissance sur l'autisme et de leur relation avec l'enfant. À travers nos entretiens, nous avons pu regrouper ces perceptions en trois grandes catégories : les

difficultés à établir des interactions sociales, les problèmes de langage et les comportements répétitifs ou stéréotypés.

En ce qui concerne les causes perçues de l'autisme, les opinions divergent au sein de la famille. Michelle, par exemple, attribue la maladie à un "sort" (une épreuve ou malchance), reflétant ainsi une interprétation plus émotionnelle et personnelle. D'autres membres de la famille, en revanche, évoquent des facteurs tels que l'âge avancé des parents au moment de la conception ou des antécédents médicaux familiaux, montrant une approche plus rationnelle et médicale. Ces divergences mettent en lumière l'influence des croyances individuelles et des expériences personnelles sur la compréhension des symptômes et des causes de l'autisme.

Les croyances individuelles varient entre des explications spirituelles, comme celles de Michelle, et des théories basées sur la génétique ou les circonstances médicales, suggérées par d'autres membres de la famille. Quant aux expériences personnelles, elles sont façonnées par le degré d'implication de chacun dans la vie de l'enfant : certains, plus présents au quotidien, sont plus attentifs aux manifestations subtiles de la maladie, tandis que d'autres, plus distants, en restent à une observation générale.

Concernant les changements dans le comportement de l'enfant, seuls Michelle et Landry ont rapporté des observations notables. Michelle, particulièrement sensible aux moindres variations en raison de sa proximité quotidienne avec son fils, est la première à avoir détecté des comportements atypiques. Landry, bien qu'il ait un rôle plus distant, a également noté certains comportements inquiétants. En revanche, d'autres membres de la famille, probablement moins impliqués ou moins informés, n'ont pas perçu ces modifications. Cela peut s'expliquer par une observation moins attentive ou un manque de connaissances sur les manifestations de l'autisme.

Ainsi, les différences dans les perceptions et les réactions au sein de la famille révèlent des dynamiques complexes, influencées à la fois par la proximité avec l'enfant, le niveau d'information et les croyances individuelles.

2) _Impact de la maladie sur la famille

	MAMAN (Michelle)	ONCLE (Landry)	SŒUR (Clarisse)	COUSIN (Marius)
Comportements en famille avant la maladie	-gentil -pas violent -regard figé	Absence de langage	Retard de langage	
Troubles du comportement pendant la maladie	-isolement -trouble du langage -agressivité -fixation sur des objets -troubles du sommeil -difficultés à se concentrer -hyperactivité	-absence de communication - agressivité -troubles du sommeil	-agressivité -difficultés à se concentrer	-isolement -irritabilité -problème de concentration
Prise en charge familiale du malade	Prise en charge difficile et complexe	Prise en charge difficile et complexe	Prise en charge difficile	Prise en charge difficile

Avant le diagnostic de l'autisme par les professionnels, les comportements de l'enfant ont été perçus de différentes manières par les membres de sa famille. Michelle, sa mère, voyait en lui un enfant adorable et non violent, mais elle avait également remarqué un regard figé, souvent interprété comme un signe de difficulté à établir un contact visuel, un trait fréquemment associé à l'autisme. L'oncle Landry, quant à lui, a observé une absence totale de langage, tandis que Clarisse, la sœur, a relevé un retard dans son développement verbal. Bien que leurs perceptions diffèrent, elles pointaient toutes vers des signes classiques de l'autisme, même si elles n'étaient pas immédiatement reconnues comme tels avant le diagnostic.

Les troubles du comportement observés par la famille révèlent un tableau complexe, car ils touchent plusieurs aspects du développement de l'enfant. Cette complexité réside dans le fait que chaque symptôme, pris isolément, pourrait ne pas sembler alarmant, mais lorsqu'ils sont vus ensemble — comme l'isolement, l'agressivité et les troubles du sommeil —

ils dessinent une image plus cohérente de l'autisme. Ces symptômes s'entrecroisent de manière subtile : par exemple, l'isolement social peut être lié aux difficultés de communication, et l'agressivité pourrait être une réponse à une incapacité à exprimer ses besoins ou ses émotions. Les troubles du sommeil, quant à eux, aggravent souvent ces autres comportements, créant un cercle vicieux où chaque difficulté renforce l'autre.

Les problèmes de langage et de concentration ajoutent une couche supplémentaire de défis, rendant la gestion de l'enfant encore plus complexe. Le manque de communication verbale limite sa capacité à interagir socialement, tandis que les difficultés de concentration affectent son apprentissage et ses interactions avec son environnement. Cela souligne l'importance d'une approche multidisciplinaire pour soutenir l'enfant, en combinant les interventions des professionnels de la santé, de l'éducation et du bien-être émotionnel, ainsi que d'un soutien familial constant. Ces efforts combinés sont essentiels pour améliorer la qualité de vie de l'enfant, mais aussi celle de sa famille, qui doit apprendre à naviguer dans ces défis au quotidien.

La perception du traitement de l'enfant autiste comme étant difficile et complexe est largement partagée par tous les membres de la famille. Cette vision découle de la nature multifactorielle du traitement, qui inclut divers indicateurs tels que la fréquence et l'intensité des thérapies, les consultations médicales régulières, et les ajustements nécessaires dans la vie quotidienne. Les défis émotionnels constants, tels que l'anxiété liée à l'incertitude des résultats et le stress provoqué par les comportements de l'enfant, s'ajoutent aux obstacles pratiques, comme les coûts financiers des soins et les contraintes de temps. De plus, l'impact profond de ce processus sur la dynamique familiale — notamment les tensions relationnelles, le déséquilibre dans la répartition des responsabilités et la fatigue émotionnelle — accentue la perception de complexité.

Pour améliorer cette situation, il est crucial que les familles reçoivent un soutien adéquat, tant sur le plan psychologique que logistique. Cela peut inclure un accompagnement par des professionnels de la santé

mentale pour aider les membres de la famille à gérer leurs émotions et à développer des stratégies d'adaptation. De plus, un soutien logistique, comme l'accès à des ressources financières pour couvrir les frais de traitement et des aides pour l'organisation quotidienne, est essentiel.

En favorisant un environnement familial plus harmonieux et en offrant un réseau de soutien solide, il est possible d'atténuer les difficultés liées au traitement de l'enfant autiste. Une approche collaborative, impliquant les professionnels de santé, les éducateurs et les membres de la famille, permettra d'alléger la charge émotionnelle et de créer un cadre propice au développement de l'enfant. En somme, un soutien complet et intégré est indispensable pour améliorer non seulement la qualité de vie de l'enfant, mais également celle de toute la famille.

3) Les relations avec l'enfant avant et pendant la maladie

	MAMAN (Michelle)	ONCLE (Landry)	SŒUR (Clarisse)	COUSIN (Marius)
Relation antérieure	Très grande proximité relationnelle	Relation père-fils	Relation fraternelle	Très grande proximité relationnelle
Relation pendant maladie	- rupture relationnelle -isolement	-rupture relationnelle -isolement	-rupture relationnelle -rétablissement de la communication	Rupture relationnelle
Echanges familiaux autour de la maladie de l'enfant	Présence d'échanges familiaux	Présence d'échanges familiaux	Présence d'échanges familiaux	Présence d'échanges familiaux
Sentiments à l'égard de l'enfant	- inquiétude et angoisse -culpabilité	- inquiétude - culpabilité	-angoisse de mort -culpabilité	-tristesse et chagrin -culpabilité

Les réactions de la famille face à l'enfant autiste sont dynamiques et évoluent au fil du temps, oscillant entre une très grande proximité relationnelle et une distance émotionnelle croissante. Cette rupture peut résulter de la complexité des émotions impliquées, du stress accumulé, ainsi que des divergences dans les approches de gestion de la situation.

Pour prévenir ou atténuer cette rupture, il est essentiel d'offrir un soutien continu aux familles. Ce soutien peut prendre diverses formes, telles que des séances de thérapie familiale, des groupes de soutien, et des ressources éducatives. Ces initiatives permettent aux membres de la famille de mieux gérer les tensions et de favoriser une communication ouverte et empathique. En renforçant leurs compétences relationnelles et émotionnelles, les familles peuvent maintenir des relations saines et constructives, tant avec l'enfant qu'entre les différents membres de la famille.

En somme, un accompagnement adéquat peut non seulement aider à atténuer le stress et les conflits, mais aussi renforcer les liens familiaux, offrant ainsi un environnement plus favorable au développement de l'enfant.

3. Discussion

Cette étude visait à explorer le vécu et la perception de l'autisme au sein des familles confrontées à ce trouble, en mettant en lumière les dynamiques intrafamiliales, les perceptions individuelles des symptômes et l'impact de la maladie sur les relations familiales. À travers des entretiens semi-directifs réalisés avec quatre membres de la famille, nous avons pu recueillir des données significatives sur le vécu et la perception de l'enfant autiste.

Les résultats révèlent une complexité émotionnelle considérable, marquée par une gamme variée de sentiments allant de l'inquiétude et de la frustration à la culpabilité et à l'amour inconditionnel. Les membres de la famille expriment souvent des réactions contrastées face aux comportements de l'enfant, oscillant entre empathie et découragement. Ces émotions, combinées aux défis quotidiens liés à la gestion de l'autisme, engendrent des tensions relationnelles, notamment des conflits concernant les méthodes de prise en charge de l'enfant ainsi que des divergences sur les attentes et les responsabilités de chacun.

De plus, la maladie peut affecter les relations familiales de manière persistante, créant des fossés entre les membres de la famille qui peuvent se sentir isolés dans leur expérience. Les défis continus liés à l'autisme, tels

que la gestion des crises, les difficultés de communication et les besoins éducatifs particuliers, ajoutent une couche supplémentaire de stress qui complique la dynamique familiale. Les membres de la famille ont exprimé des perceptions diverses des symptômes de l'autisme, influencées par leur relation avec l'enfant et leur niveau d'implication dans sa vie quotidienne. Par exemple, Michelle, étant proche de l'enfant et attentive à son comportement, a rapidement perçu des anomalies telles que l'isolement, les troubles du langage et l'agressivité. Cette observation est en accord avec les travaux de Dunn et al. (2001), qui soulignent que les membres de la famille les plus impliqués sont souvent les premiers à détecter les symptômes du trouble.

Il est important de noter que l'autisme est un trouble neurodéveloppemental qui pose des défis complexes, non seulement pour l'individu concerné, mais aussi pour sa famille. Les différentes réactions familiales face à l'autisme, allant de la solidarité initiale à une rupture relationnelle progressive, peuvent être analysées à travers plusieurs cadres théoriques et recherches antérieures.

La réaction initiale de la famille, souvent caractérisée par une solidarité et des efforts collectifs pour améliorer l'état de l'enfant, s'inscrit dans le modèle de la résilience familiale. Pour F. Walsh (2003, p. 15), la résilience familiale est la capacité d'une famille à s'adapter de manière positive face à des situations stressantes ou traumatisantes, comme le diagnostic d'autisme et son évolution. Au cours de cette période, les membres de la famille se mobilisent souvent autour de l'enfant, cherchant activement des solutions et des moyens d'intervenir de manière constructive. Cette dynamique d'entraide et de coopération reflète une tentative de maintenir un équilibre familial malgré les difficultés de la situation.

Cependant, au fil du temps, la complexité des soins et les défis constants liés à l'autisme peuvent entraîner une fragmentation de cette solidarité initiale. Selon le modèle de stress et d'adaptation familiale de H. I. McCubbin et J. M. Patterson (1983, p. 22), les familles peuvent commencer à montrer des signes de stress cumulatif lorsque leurs

ressources émotionnelles et pratiques deviennent insuffisantes pour répondre aux exigences croissantes de la situation. Les perceptions divergentes des membres de la famille quant à la gestion de l'autisme, comme celles observées chez Michelle et Landry, illustrent ce processus. Alors que certains membres peuvent ressentir un épuisement, d'autres continuent de s'investir, ce qui peut générer des tensions au sein de la famille (P. Boss, 2002, p. 30).

La rupture relationnelle observée dans certaines familles, où certains membres commencent à se distancer de l'enfant autiste, peut être interprétée à travers le prisme de la théorie de la distance émotionnelle. Pour J. Bowlby (1988, p. 120), l'attachement et l'implication émotionnelle sont essentiels pour le maintien des relations familiales. Toutefois, face à des défis chroniques, certains membres peuvent choisir de se retirer émotionnellement ou physiquement, créant ainsi une rupture. Par exemple, Landry, qui n'a identifié les signes d'autisme que tardivement, pourrait ressentir un désengagement en réponse à son propre sentiment d'impuissance ou d'épuisement.

La perception de l'autisme varie considérablement parmi les membres de la famille, influençant ainsi leurs réactions et attitudes envers l'enfant. Certains, comme Michelle, interprètent la maladie à travers un prisme culturel, évoquant des croyances telles que le "sort", tandis que d'autres attribuent l'autisme à des facteurs biologiques ou environnementaux, tels que l'âge avancé des parents. Cette diversité de représentations est cohérente avec les théories de la construction sociale de la maladie. Pour P. Berger et T. Luckmann (1966, p. 77), la perception d'une condition médicale est profondément ancrée dans les contextes culturels et familiaux. L'impact de ces représentations sur les attitudes familiales est notable. Par exemple, la croyance que l'autisme est lié à des facteurs externes ou spirituels peut renforcer des sentiments de culpabilité ou de fatalisme chez certains membres de la famille, comme cela a été observé chez Michelle. Ces dynamiques sont en accord avec les recherches de D. Gray (2002, p. 50), qui montrent que les croyances familiales sur les

causes d'un trouble influencent la manière dont les familles gèrent la maladie et interagissent avec l'enfant affecté.

L'autisme a un impact profond sur les relations familiales, exacerbant souvent les tensions existantes et créant de nouvelles dynamiques relationnelles. L'étude a révélé que, malgré des efforts initiaux pour maintenir la solidarité familiale, des ruptures relationnelles se sont progressivement installées, certains membres choisissant de s'éloigner physiquement ou émotionnellement de l'enfant autiste. Ce phénomène est bien documenté dans la littérature, où il est souvent associé au stress chronique et au burnout parental (I. Roskam, M. E. Raes, et M. Mikolajczak, 2017, p. 304).

L'isolement émotionnel et physique de certains membres de la famille peut être interprété à travers le modèle du stress et de l'adaptation familiale proposé par H. I. McCubbin et J. M. Patterson (1983, p. 12). Ce modèle suggère que lorsque les ressources familiales sont insuffisantes pour faire face au stress imposé par une condition comme l'autisme, des ruptures relationnelles peuvent survenir, aggravant encore le fardeau émotionnel des membres de la famille les plus impliqués.

La prise en charge de l'enfant autiste a été perçue par tous les membres de la famille comme un défi complexe et difficile. Cette perception est en ligne avec les recherches de F. Walsh (2003, p. 5), qui souligne que les familles d'enfants atteints de troubles chroniques comme l'autisme doivent faire face à des défis multidimensionnels, incluant des soins quotidiens exigeants, une communication difficile et des comportements souvent imprévisibles.

Les résultats de cette étude suggèrent que la complexité de la prise en charge contribue non seulement à l'épuisement émotionnel des membres de la famille, mais aussi à l'érosion des relations familiales. Il est crucial que les interventions de soutien incluent non seulement des approches cliniques pour l'enfant, mais aussi des stratégies de gestion du stress pour les membres de la famille, afin de renforcer la résilience familiale et de prévenir les ruptures relationnelles.

Conclusion

Cette étude qualitative sur le vécu et la représentation de l'autisme au sein des familles a permis de mettre en lumière la complexité des dynamiques familiales lorsqu'un enfant est confronté à ce trouble. L'analyse des perceptions individuelles des membres de la famille révèle une diversité de réactions, influencées par leur relation avec l'enfant, leur niveau de connaissance sur l'autisme, ainsi que leurs croyances culturelles et personnelles.

Les premiers signes de l'autisme ont été perçus différemment par les membres de la famille : certains les ont détectés rapidement, tandis que d'autres ont tardé à reconnaître les symptômes. Cette divergence dans la perception souligne l'importance de sensibiliser et d'éduquer les familles sur les manifestations de l'autisme pour favoriser une détection précoce et une intervention adaptée.

L'étude a également révélé que l'autisme peut entraîner des ruptures relationnelles au sein de la famille, souvent en raison de la charge émotionnelle et des défis liés à la gestion des comportements de l'enfant. La prise en charge de l'autisme est perçue par tous les membres de la famille comme difficile et complexe, nécessitant un soutien multidimensionnel pour éviter l'épuisement émotionnel et maintenir des relations familiales solides.

Cette recherche souligne la nécessité d'adopter une approche holistique dans l'accompagnement des familles d'enfants autistes, en intégrant des interventions cliniques pour l'enfant, des stratégies de gestion du stress pour les membres de la famille, et une sensibilisation accrue sur l'autisme. Cela permettrait non seulement d'améliorer la qualité de vie de l'enfant, mais aussi de renforcer la résilience familiale face aux défis posés par cette condition.

Références bibliographiques

AKINDÈS, Firmin, 2014 : « La santé mentale en Afrique de l'Ouest : Approches traditionnelles et modernes », *Le Harmattan*, n°45, Paris, pp. 15-42.

- American Psychiatric Association, 2013: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*, APA Journal, n°5, Washington, DC, pp. 10-50.
- BARON-COHEN, Simon, 2000: « Is Asperger Syndrome/High-Functioning Autism Necessarily a Disability? », *Development and Psychopathology*, n°12, Cambridge, pp. 489-500.
- BARON-COHEN, Simon, 2008: *Autism and Asperger Syndrome: The Facts*, *Oxford Medical Journal*, n°67, Oxford, pp. 23-44.
- BERGER, Peter Ludwig, et LUCKMANN, Thomas, 1966: *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*, *Anchor Books Review*, n°7, New York, pp. 59-86.
- BOSS, Pauline, 2002: *Family Stress Management: A Contextual Approach*, *Sage Publications Review*, n°4, Londres, pp. 32-58.
- BONGAARTS, John, 2017: « Social Stigma and Autism in West Africa: An Ethnographic Perspective », *Journal of Autism and Developmental Disorders*, n°47, New York, pp. 1412-1421.
- BOWLBY, John, 1988: *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*, *Basic Books Review*, n°2, Londres, pp. 10-36.
- BRONFENBRENNER, Urie, 1979: *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*, *Harvard University Press*, n°9, Boston, pp. 55-80.
- COOPER, David, 1967: *The Death of a Family: A Study of Schizophrenia*, *Routledge Press*, n°3, Londres, pp. 100-128.
- DUNN, Michelle Elizabeth, BURBINE, Thomas, BOWERS, Cynthia Ann, et TANTLEFF-DUNN, Suzanne, 2001: « Moderators of Stress in Parents of Children with Autism », *Community Mental Health Journal*, n°37, New York, pp. 39-52.
- GOFFMAN, Erving, 1963: *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, *Prentice-Hall Review*, n°15, Londres, pp. 78-102.

- GORDON, Thomas, CORMIER, André, et SCHAEFFER, Richard, 2018: « Parental Reactions to Childhood Illness: Understanding Emotional Responses », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, n°59, Paris, pp. 675-684.
- GRAY, David Edward, 2002: « Ten Years On: A Longitudinal Study of Families of Children with Autism », *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, n°27, New York, pp. 215-222.
- HAPPÉ, Francesca, et FRITH, Uta, 2020: « The Beautiful Otherness of the Autistic Mind », *Frontiers in Psychology*, n°11, Londres, pp. 2341-2350.
- HASTINGS, Richard Paul, et TAUNT, Helen Margaret, 2002: « Positive Perceptions in Families of Children with Developmental Disabilities », *American Journal on Mental Retardation*, n°107, Washington, pp. 116-127.
- HOLLIS, Christine, 2015: « Family Responses to Autism Spectrum Disorders: Emotional Reactions and Coping Mechanisms », *Journal of Family Psychology*, n°29, Londres, pp. 654-662.
- KUMAR, Anil, PATEL, Vikram, et SMITH, Matthew, 2021: « Parental Depression and Its Effects on Children with Chronic Illnesses », *Journal of Clinical Psychology*, n°77, New York, pp. 1562-1574.
- LOVAAS, Ole Ivar, 1987: « Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n°55, Londres, pp. 3-9.
- MCCUBBIN, Hamilton I., et PATTERSON, Joan M., 1983: « The Family Stress Process: The Double ABCX Model of Adjustment and Adaptation », *Marriage & Family Review*, n°6, Paris, pp. 7-37.
- MCSTAY, Rachel Lynn, DISSANAYAKE, Cheryl, et BEBBINGTON, Amy, 2014: « The Impact of Parental Understanding of Autism on Family Functioning », *Journal of Autism and Developmental Disorders*, n°44, New York, pp. 1395-1406.

- MILLER, David, SMITH, Robert, et JOHNSON, Anna, 2019: « Impact of Serious Illness in Children on Parental Mental Health », *Pediatrics*, n°144, Londres, pp. e20193014.
- MINUCHIN, Salvador, 1974: *Families and Family Therapy*, Harvard University Press Review, n°11, Boston, pp. 85-114.
- MOUSSA, Bassirou, 2018 : « Autisme en Afrique de l'Ouest : Représentations sociales et impact sur les dynamiques familiales », *African Journal of Psychology*, n°12, Dakar, pp. 89-103.
- N'DIAYE, Mamadou, 2011 : « Santé mentale et pratiques traditionnelles en Afrique subsaharienne », *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, n°89, Genève, pp. 842-847.
- PARSONS, Talcott, 1955: *Family, Socialization and Interaction Process*, Free Press Journal, n°8, Chicago, pp. 24-60.
- PATTON, Michael Quinn, 2015: *Qualitative Research & Evaluation Methods (4th ed.)*, Sage Publications, n°22, Londres, pp. 45-78.
- RANGAR, Adama, 2012 : « Les troubles mentaux en Côte d'Ivoire », *Ministère de la Santé Publique Report*, Abidjan, pp. 120-145.
- ROSKAM, Isabelle, RAES, Marie-Émilie, et MIKOLAJCZAK, Moïra, 2017: « Sociodemographic, Child-Related, Parent-Related Correlates of Parental Burnout », *Journal of Child and Family Studies*, n°26, Genève, pp. 304-317.
- RUTTER, Michael, 2006: *Genes and Behavior: Nature-Nurture Interplay Explained*, Blackwell Publishing Review, n°13, Londres, pp. 65-90.
- SILVERMAN, David, 2019: *Interpreting Qualitative Data: A Guide to the Principles of Qualitative Research (6th ed.)*, Sage Publications, n°19, Londres, pp. 70-110.
- WALSH, Froma, 2003: « Family Resilience: A Framework for Clinical Practice », *Family Process*, n°42, New York, pp. 1-18.
- World Health Organization, 2021: « Autism », URL: <https://www.who.int/news-room/fact->

[sheets/detail/autism-spectrum-disorders](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders), consulté le 14 octobre 2024.

World Health Organization, 2022: « autism spectrum disorders », URL: <https://www.who.int>, consulté le 14 octobre 2024.

World Health Organization, 2022: « Mental Health: Strengthening Our Response », URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>, consulté le 14 octobre 2024.