

Université de Montréal

Trauma et autisme : que disent les personnes autistes sur les événements vécus comme
traumatiques ?

Par
Charlotte Moore

École de psychoéducation, Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise en sciences (M. Sc.) en
psychoéducation, option mémoire et stage

Juin 2024

© Charlotte Moore, 2024

Université de Montréal
École de psychoéducation, Faculté des arts et des sciences

Ce mémoire intitulé

**Trauma et autisme : que disent les personnes autistes sur les événements vécus comme
traumatiques ?**

Présenté par

Charlotte Moore

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Marc Lanovaz
Président-rapporteur

Marie-Michèle Dufour
Directrice de recherche

Anne-Marie Nader
Membre du jury externe

Résumé

La littérature montre que les personnes autistes sont plus à risque de vivre des événements potentiellement traumatiques. Toutefois, les études sur le trauma chez les personnes autistes portent majoritairement sur des aspects cliniques, tels que la symptomatologie et les outils d'évaluation. On en connaît peu sur les sources de traumas auxquelles elles sont confrontées, les mettant ainsi à risque d'y être exposées à répétition. Nous en savons encore moins sur la perception des personnes autistes elles-mêmes sur ce qu'elles considèrent comme traumatique. Certains événements pouvant être considérés traumatiques ne font pas partie des sources reconnues par le DSM-5-TR pour l'obtention du diagnostic de trouble de stress post-traumatique (TSPT). Ces événements sont nommés « *low magnitude* » et réfèrent à des événements de moindre sévérité, tels une rupture ou de la victimisation. Une récente étude qualitative s'est intéressée à la perception de personnes autistes sur les événements considérés traumatiques à l'enfance (Kerns et al. 2022). Les entrevues de cette étude ont fait émerger 16 sources, dont les expériences sensorielles et les transitions. Dans la même optique, la présente étude vise (1) à explorer les sources de traumas exprimées par des personnes s'identifiant comme étant autistes; (2) à déterminer la proportion des catégories soulevées entrant dans la définition du DSM-5-TR pour le TSPT ; puis (3) à déterminer dans quelle proportion la catégorisation des sources traumatiques de Kerns et al. (2022) est reproduite dans la présente étude. Les données du mémoire proviennent de deux forums permettant aux personnes autistes et leur famille de converser sur divers sujets. Une analyse thématique à l'aide du logiciel *QDA Miner* a permis l'émergence des sources de traumas, puis un codage manuel a permis le calcul de la proportion des sources définies par le DSM-5-TR et la proportion des sources reproduites par Kerns et al. (2022). Les messages extraits ont été composés par des personnes s'identifiant autistes et abordant le trauma. Les résultats suggèrent la présence de 64 sources traumatiques, soit 18 définies par le DSM-5-TR et 46 non définies par le DSM-5-TR pour le diagnostic de TSPT. Les sources recensées sont donc, pour 71,9% d'entre elles, absentes de la définition d'une situation traumatique par le DSM-5-TR. L'ensemble des sources rapportées sont présentes dans la catégorisation de Kerns et al. (2022) et huit s'y ajoutent. Cette étude vise à mettre l'accent sur le point de vue des personnes autistes concernant les éléments traumatiques qu'elles peuvent vivre, dans le but de faciliter la prévention et l'intervention.

Mots-clés : Autisme, trauma, événements traumatiques, DSM-5-TR, TSPT, analyses qualitatives

Abstract

Research shows that people with autism are at a greater risk of experiencing potentially traumatic events. Studies on trauma in autistic people focus mainly on clinical aspects, such as symptomatology and assessment tools. However, little is known about the sources of the trauma they face, putting them at risk of repeated exposure. Even less is known about autistic people's perceptions of what they consider traumatic. Some events that may be considered traumatic are not among the sources recognized by the DSM-5-TR for the diagnosis of post-traumatic stress disorder (PTSD). These events are termed “low magnitude” and refer to events of lesser severity, such as a break-up or victimization. A recent qualitative study focused on how people with autism perceive events considered traumatic in childhood (Kerns et al. 2022). Interviews in this study revealed 16 sources, including sensory experiences and transitions. Similarly, the present study aims to: (1) explore the sources of trauma expressed by people identifying themselves as autistic; (2) determine the proportion of categories raised falling within the DSM-5-TR’s definition of PTSD; and (3) determine the proportion of Kerns et al.'s (2022) categorization of traumatic sources replicated in the present study. The data in this report originates from two forums, where autistic people and their families can discuss a variety of subjects. A thematic analysis using QDA Miner software enabled the emergence of trauma sources, followed by manual coding to calculate the proportion of sources defined by the DSM-5-TR and the proportion of sources reproduced by Kerns et al. (2022). The extracted messages were composed by people identifying themselves as autistic and addressing trauma. The results suggest the presence of 64 traumatic sources, 18 defined by the DSM-5-TR and 46 not defined by the DSM-5-TR for the diagnosis of PTSD. Thus, 71.9% of the sources identified were not included in the DSM-5-TR’s definition of a traumatic situation. All but eight of the sources reported in the current study are present in the categorization of Kerns et al. (2022). The aim of this study is to focus autistic people’s point of view regarding traumatic experiences they may encounter, with an aim to facilitate prevention and intervention.

Keywords : Autism, trauma, traumatic events, DSM-5-TR, PTSD, qualitative analysis

Table des matières

Résumé	ii
Abstract	iii
Table des matières	iv
Liste des tableaux	vi
Liste des figures	vii
Liste des sigles et abréviations	viii
Remerciements	x
Problématique.....	11
Autisme	11
Terminologie	12
Évaluation.....	12
Autisme et comorbidités.....	13
Autisme et trauma	14
Trouble de stress post-traumatique	19
Évaluation du trouble de stress post-traumatique	19
Interventions axées sur le trouble de stress post-traumatique	20
État des connaissances sur le trauma et l'autisme	22
Questions de recherche.....	25
Méthode.....	25
Base de données	25
Procédure et déroulement de la recherche.....	26
Extraction	26
Analyses	28
Présentation des résultats	31
Les sources traumatiques rapportées par les personnes autistes	31
Abus	34
Abus psychologiques.....	35
Abus physiques	37
Abus sexuels.....	38
Abus non spécifiés	38
Décès	39
Accidents.....	40
Témoin de violence	41
Sources institutionnelles.....	41

École.....	41
Médical.....	46
Travail.	53
Processus judiciaires.	58
Protection de la jeunesse.	58
Relations sociales	59
Négativité.	60
Interactions sociales.	60
Relations avec la famille.	60
Ne pas être compris.	61
Incompréhension d’autrui.	61
Nouvelles personnes.....	62
Social autre.....	62
Sphère sensorielle émotionnelle.....	62
Stimuli sensoriels.	63
Exposition indirecte.....	64
Émotions fortes.	65
Ne pas se sentir à la hauteur.	65
Stress.	65
Événements de vie marquants	66
Parentalité.....	67
Adolescence.	68
Séparation.....	68
Autres	68
Les sources définies par le DSM-5-TR et non définies par le DSM-5-TR.....	69
Comparaison des sources traumatiques de Kerns et al. (2022).....	72
Discussion	74
Limites et forces	79
Implications.....	80
Liens avec la psychoéducation.....	81
Perspectives de recherches futures	82
Conclusion.....	84
Références	85
Annexe A Nombre de messages publiés par des utilisateurs semblables et nombre d’utilisateurs ayant publié plus d’une fois pour chacune des sources.....	95
Annexe B Définitions des sources recensées des forums	96

Liste des tableaux¹

Tableau 1. Les sources de traumas recensées des forums.....	32
Tableau 2. Catégorisation des sources traumatiques de Kerns et al. (2022), leur définition et les sources des forums associées	72

¹ L'usage du masculin dans les figures et tableaux est utilisé comme générique afin d'éviter d'alourdir le texte.

Liste des figures

Figure 1. Schéma du processus d'extraction des données.....	30
Figure 2. Proportion de types d'abus rapportés par les personnes autistes	34
Figure 3. Types d'abus et auteurs respectifs	36
Figure 4. Les causes de décès.....	40
Figure 5. Proportion des sources traumatiques institutionnelles	42
Figure 6. L'école : composantes traumatiques	43
Figure 7. La sphère médicale : composantes traumatiques	47
Figure 8. Le travail : composantes traumatiques.....	54
Figure 9. Les relations sociales : composantes traumatiques	59
Figure 10. La sphère sensorielle émotionnelle : composantes traumatiques	63
Figure 11. Les événements de vie marquants : composantes traumatiques	66
Figure 12. Proportion des sources définies par le DSM-5-TR et non définies par le DSM-5-TR	70
Figure 13. Proportion des sources rapportées définies par le DSM-5-TR	71
Figure 14. Proportion des sources rapportées non définies par le DSM-5-TR	71

Liste des sigles et abréviations

AAC : Analyse appliquée du comportement

ABA: Applied Behavior Analysis

ADI-R: Autism Diagnostic Interview – Revised

ADOS-2 : Échelle d’observation pour le diagnostic de l’autisme 2^e édition

APA: American Psychological Association

AS: Autism Spectrum

ASD: Autism Spectrum Disorder

AVC: Accident vasculaire cérébral

BPD: Borderline Personality Disorder

CBT: Cognitive Behavioral Therapy

C-PTSD: Complex Post-Traumatic Stress Disorder

DI : Déficience intellectuelle

DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision

DWP: Department for Work and Pensions

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

ÉPT: Événement potentiellement traumatique

FQA: Fédération québécoise de l’autisme

GP: General Practitioner

HPA: Axe hypothalamo-pituitaire-adrénalien

LECS-5: Life Events Checklist for DSM-5

NT: Neurotypical

PAD : Potentiel adaptatif

PCL-5: PTSD Checklist for DSM-5

PEX : Potentiel expérientiel

PTSD: Post-Traumatic Stress Disorder

QDA Miner: Qualitative Data Analysis

SCI-TALS: Structural Clinical Interview for Trauma and Loss Spectrum

TALS-SR: Trauma and Loss Spectrum-Self Report

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

TDAH : Trouble du déficit de l’attention avec hyperactivité

THQ: Trauma History Questionnaire
TOC: Trouble obsessionnel compulsif
TSA : Trouble du spectre de l'autisme
TSPT : Trouble de stress post-traumatique
VABS: Vineland Adaptative Behavior Scales

Remerciements

Voilà ce qui met fin à mes études universitaires, pour l'instant (oups). D'abord je tiens à remercier ma formidable directrice de recherche, Marie-Michèle Dufour. Tu es une source d'inspiration quotidienne, autant pour tes talents en recherche, en vulgarisation, qu'en pain au saumon. Merci de m'avoir accompagnée dans ce monde si intéressant de la recherche et d'avoir toujours été là pour m'offrir des expériences enrichissantes. Je prends le temps de te dire à quel point tu seras une incroyable maman pour la deuxième fois. Un merci particulier à ma collègue de recherche, mais surtout amie, Andrée-Anne, qui a su me rassurer et répondre à mes questions tout au long du processus, je t'admire pour ta rigueur et tu seras une excellente doctorante.

Merci aux meilleurs parents du monde qui ont été d'excellents contributeurs financiers pour toutes mes études (merci encore tellement, je suis chanceuse de vous avoir), mais surtout des parents dédiés, à l'écoute, résilients et patients à travers les années. Vous êtes deux merveilleuses inspirations qui m'ont poussée dans le meilleur des sens. Merci à vous d'avoir relu mon mémoire, vous êtes des correcteurs hors pair. Merci à mon frère Jules qui m'a soutenue par son humour, ses histoires pas toujours pertinentes et ses matchs d'impro qui m'ont permis de décrocher.

Un immense merci à ma blonde Cath. Sans toi je ne serais certainement pas en recherche, alors merci de m'avoir encouragée à dépasser mes limites, comme tu le fais tous les jours. Merci de m'avoir soutenue, écoutée, relue, encouragée et de m'avoir guidée en anglais. Tu es une source d'inspiration incroyable. Tu iras loin j'en suis certaine, la psychoéducation est choyée d'avoir une étudiante si extraordinaire, passionnée et assidue au doctorat. Je t'aime.

Merci à mes amis qui m'ont côtoyée les dernières années, Marianne, Laurence, Charlie, mon expérience de maîtrise n'aurait pas été la même sans vous trois à mes côtés. Vous êtes des psychoéducatrices dévouées et je suis vraiment fière de vous. Finalement, merci à Jeanne d'être la meilleure des amies, merci d'accepter de faire les activités les plus divertissantes et de m'écouter chialer.

Une dernière mention à mes deux chats, Fripp et Doug, qui m'ont accompagnée en se couchant sur mon ordinateur pendant mes nombreux moments de rédaction !

Problématique

Autisme

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est un trouble neurodéveloppemental se manifestant généralement vers l'âge préscolaire, plus précisément autour de 18 mois (American Psychological Association [APA], 2022). Il est identifiable par deux catégories de symptômes, regroupant des difficultés dans la communication sociale, ainsi que la présence de comportements répétitifs et d'intérêts restreints (APA, 2022). Les manifestations de ces symptômes regroupent, entre autres, des difficultés dans l'expression émotionnelle et dans la réciprocité émotionnelle, des difficultés dans l'initiation d'interactions sociales, la présence de comportements vocaux et moteurs répétitifs et stéréotypés, de l'hypersensibilité ou de l'hyposensibilité sensorielle, une intolérance au changement et une importance accrue à la routine (APA, 2022). Au Canada, l'autisme touche près de 2% de la population (Fédération québécoise de l'autisme [FQA], 2021). Au Québec, une prévalence de 1,7% a été recensée chez les jeunes âgés de 1 à 17 ans à l'aide de données épidémiologiques colligées entre 2014 et 2017 (Agence de santé publique du Canada, 2022). La prévalence serait de quatre à cinq fois plus élevée chez les garçons que chez les filles (Agence de santé publique du Canada, 2022). Selon les études, cette différence de ratio pourrait être expliquée par la non-reconnaissance de l'autisme au féminin et par les diagnostics tardifs chez les femmes (Loomes et al., 2017). Plusieurs hypothèses sont évoquées concernant ces explications. Bargiela et al. (2016) recensent, à la suite d'entrevues avec des femmes ayant obtenu un diagnostic tardif d'autisme, que le camouflage serait l'une des raisons expliquant cette tardiveté. En effet, les femmes mentionnent qu'elles fourniraient des efforts supplémentaires pour adopter des comportements vus comme « neurotypiques » et arriveraient à moduler les habiletés sociales selon leurs observations des personnes allistes, soit les personnes n'étant pas autistes (Bargiela et al., 2016). Les professionnels saisiraient donc moins bien les indices comportementaux visibles reliés à l'autisme chez les femmes, tardant ainsi les diagnostics (Bargiela et al., 2016). Les attentes sociales et le biais du genre sont également de potentielles explications au diagnostic tardif et à l'absence de diagnostic chez les filles (Giarelli et al., 2010). Giarelli et al. (2010) expliquent que les attentes comportementales des filles et des garçons ne sont pas les mêmes. En conséquence, il y aurait plus de difficultés comportementales chez les garçons, facilitant la demande d'aide et la mise en place de services (Giarelli et al., 2010). Les filles auraient davantage de difficultés intériorisées, les rendant plus difficiles à détecter (Bargiela et al., 2016).

Terminologie

Aucun consensus actuel n'existe quant aux termes à utiliser pour identifier les personnes autistes. Plusieurs études se sont penchées sur la question, mais les réponses demeurent mitigées (Bottema-Beutel et al., 2021; Kenny et al., 2016; Singer et al., 2023). L'approche considérée « médicale » suggère d'employer une terminologie faisant référence à la pathologie et aux difficultés spécifiquement recensées dans les domaines scientifiques (APA, 2022). Cette approche favoriserait notamment le terme « personne avec un trouble du spectre de l'autisme » pour faire référence aux personnes autistes; éviterait d'utiliser certains mots subjectifs comme « différence », favorisant ce qui est observable; puis éviterait la censure pour les biens de la recherche (Singer et al., 2023). Singer et al. (2023) affirment que les personnes autistes et leur famille préfèrent cette approche médicale, visant à mettre la personne de l'avant et non pas le diagnostic. À l'inverse, de nombreuses personnes affirment considérer l'approche médicale comme stigmatisante, mettant de l'avant que l'autisme est une identité et que rien ne devrait être considéré comme normal ou anormal (Bottema-Beutel et al., 2021). Cette perspective de la neurodiversité met l'autisme au centre de la terminologie, favorisant des termes comme « personne autiste » ou « autiste », l'autisme représentant une identité ou une condition plutôt qu'un diagnostic pathologique (Académie canadienne des sciences de la santé, 2022). Une récente étude s'est intéressée à la perspective de 198 personnes autistes concernant la terminologie à adopter (Bury et al., 2023). Les résultats démontrent que les termes les plus appréciés seraient « une personne sur le spectre de l'autisme », « autiste » et « personne autiste » (Bury et al., 2023). Les chercheur·euses suggèrent également que les personnes préférant la terminologie accordant de l'importance à l'identité perçoivent négativement la terminologie médicale et vice-versa (Bury et al., 2023; Poulin et al., 2023).

Étant donné l'absence de consensus et les vertus des deux approches, nous utiliserons « personne autiste » dans cette présente étude, suivant la perspective de la neurodiversité. Sélectionnant cette optique, nous éviterons l'usage du terme « neurotypique », favorisant le terme « alliste » afin d'identifier les personnes non autistes.

Évaluation

L'évaluation débute lorsqu'un·e professionnel·le habilité·e émet une hypothèse diagnostique de TSA en fonction d'indices comportementaux actuels ou d'indices provenant du développement de l'enfant (Brian et al., 2019). À la suite de ce dépistage, des outils et des

instruments peuvent être utilisés pour diagnostiquer la personne. L'outil le plus fréquemment utilisé est l'Échelle d'observation pour le diagnostic de l'autisme 2^e édition (ang. *Autism Diagnostic Observation Schedule 2nd Ed* [ADOS-2]; Lord et al., 2012). Des entrevues peuvent également être entreprises avec l'enfant et sa famille, telles que l'Entretien pour le diagnostic de l'autisme – Révisé (ang. *Autism Diagnostic Interview – Revised* [ADI-R]; Rutter et al., 2003). Le temps d'évaluation est variable, mais généralement plusieurs rencontres sont nécessaires pour effectuer l'ensemble des étapes du processus (Brian et al., 2019). L'approche préconisée est multidisciplinaire et multisource, permettant d'obtenir le point de vue de plusieurs professionnel·les de la santé et des services sociaux, puis de différents individus présents dans le quotidien de la personne évaluée (Nachshen et al., 2008; Zwaigenbaum et al., 2019)

Autisme et comorbidités

Plusieurs études relèvent la présence d'une proportion importante de conditions concomitantes chez les personnes autistes. La prévalence des comorbidités varie selon les études, allant de 65 % à 94 % des personnes autistes qui présenteraient une condition concomitante (DeFilippis, 2018; Matson et al., 2013; Shaltout et al., 2020). Les auteur·ices s'entendent pour dire que le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH), la déficience intellectuelle (DI), les comportements-défis, les troubles anxieux et les troubles dépressifs sont les plus fréquents (DeFilippis, 2018; Matson et al., 2013; Shaltout et al., 2020). Chez les personnes autistes, les diagnostics de troubles comorbides peuvent s'avérer moins évidents, notamment parce que certaines manifestations de ces conditions peuvent s'apparenter à celles de l'autisme. Un autre défi réside dans le fait que peu d'outils diagnostiques sont adaptés au diagnostic primaire d'autisme (Casanova et al., 2020; Mannion et Leader, 2013). Ainsi, les conditions concomitantes ne sont pas évaluées de façon à être adaptées à cette population spécifique, ce qui diminue les diagnostics émis (Casanova et al., 2020; Mannion et Leader, 2013). Considérer ces conditions concomitantes lors du choix des interventions à mettre en place est nécessaire, puisqu'elles ajoutent une complexité clinique non négligeable et, sans intervention spécifique, peuvent augmenter les risques de répercussions négatives ou de traitements inefficaces (Casanova et al., 2020). Également, les diagnostics concomitants chez les personnes autistes vont bien au-delà de ceux les plus fréquemment rencontrés. Il s'avère ainsi nécessaire d'apprécier l'ensemble des conditions concomitantes potentielles, afin de bien saisir la complexité des différents profils cliniques possibles.

Autisme et trauma

Les études démontrent que les enfants présentant des déficits cognitifs ou développementaux sont plus à risque de vivre des événements potentiellement traumatiques (ÉPT) que les enfants allistes (Haruvi-Lamdan et al., 2018; Kerns et al., 2015). Un sondage du *National Survey of Children Health* rapporte que les enfants autistes sont presque 2 fois plus à risque que les enfants allistes de vivre 4 ÉPT ou plus au cours de leur vie (Hoover et Kaufman, 2018). Les ÉPT sont définis comme des événements perçus de façon dangereuse ou menaçante et qui ont des impacts sur le fonctionnement de l'individu qui y est exposé (US Department of Health and Human Services, 2014). Bien qu'une définition objective des ÉPT existe, la perception subjective qu'a l'individu de la situation est centrale pour déterminer si l'événement est vécu ou non comme traumatique. L'exposition à un même événement peut être perçue traumatisante pour une personne, mais pas pour une autre. Il est donc primordial de considérer la perception des individus lorsque l'on s'intéresse aux ÉPT. Des facteurs tels que l'âge, le niveau de développement, la vulnérabilité antérieure ou l'environnement peuvent influencer les perceptions relatives aux ÉPT (Josse, 2019).

Dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision* (DSM-5-TR), l'exposition aux situations traumatiques requiert qu'il doit y avoir eu implication de mort, de menaces de mort, de blessures graves ou de violences sexuelles (APA, 2022). Ainsi, les événements stressants, mais sans menace de mort, par exemple une rupture relationnelle, n'entrent pas dans la définition d'une situation traumatique par le DSM (Pai et al., 2017). Il en est de même pour les situations qui n'impliquent pas immédiatement la mort ou des blessures graves, par exemple une maladie dégénérative (Pai et al., 2017). Ainsi, les situations considérées comme traumatiques par le DSM-5-TR incluent plutôt des événements comme des abus physiques et sexuels, des catastrophes naturelles et des accidents tragiques (Carmassi et al., 2020). Malgré cette définition, plusieurs auteur·ices élargissent cette notion d'ÉPT et considèrent des événements de faible ampleur (ang. *low magnitude*; Carmassi et al., 2020). Ces événements, exclus de la définition actuelle du DSM-5-TR, sont des situations qui pourraient engendrer des répercussions traumatiques, tout en étant de moindre sévérité, par exemple des échecs scolaires, des ruptures relationnelles ou de la victimisation par les pairs (Carmassi et al., 2020). Certains outils, tels que le *Structural Clinical Interview for Trauma and Loss Spectrum* (SCI-TALS; Dell'Osso et al., 2008), la section *Life Events and Posttraumatic Stress* du *Child and Adolescent Psychiatric Assessment* (Costello et al., 1998) et le *Trauma and Loss Spectrum-Self Report* (TALS-SR;

Dell'Osso et al., 2009) incluent maintenant ces événements de faible ampleur (Carmassi et al., 2020). Selon l'étude de Copeland et al. (2010) mesurant les ÉPT vécus sur trois mois à l'aide de la section *Life Events and Posttraumatic Stress* dans le *Child and Adolescent Psychiatric Assessment* (Costello et al., 1998), les ÉPT de faible ampleur se montreraient quatre fois plus présents que les événements reflétés dans le DSM-IV chez la population générale. Les études attestent que les personnes ayant vécu un ÉPT défini par le DSM-IV développent davantage de symptômes reliés au trouble de stress post-traumatique (TSPT) que ceux ayant fait face à un ÉPT de faible ampleur (Copeland et al., 2010). Néanmoins, la prévalence des ÉPT de faible ampleur étant plus importante, les répercussions sont statistiquement plus fréquentes (Copeland et al., 2010). Ces récentes avancées en recherche laissent sous-entendre que les types d'événements perçus comme potentiellement traumatiques vont bien au-delà de la définition donnée par le DSM et qu'il importe de dépasser cette définition objective des situations, en prenant en considération la perception des individus.

Chez les personnes autistes, plusieurs situations sont documentées comme ayant un potentiel traumatique. Par exemple, une étude démontre que sur 262 enfants autistes, 89 % ont rapporté avoir vécu de la victimisation au cours de leur vie (Pfeffer, 2016). De plus, une récente étude a analysé la proportion d'abus sexuels et d'abus physiques dans une population d'adultes autistes et 72 % des 687 participants rapportent avoir vécu soit un abus physique, un abus sexuel, une relation sexuelle non désirée ou une relation sexuelle non appréciée (Reuben et al., 2021). Certains articles scientifiques s'intéressent aux explications de cette haute prévalence aux traumatismes chez les personnes autistes. Plusieurs facteurs de risque à l'exposition d'ÉPT dans la population générale sont connus, incluant la dépendance aux autres, l'isolement, le stress familial, la difficulté de gestion des émotions ou la difficulté de communication (Howlin et Clements, 1995; Sullivan et Knutson, 2000). Un lien peut être fait entre ces facteurs de risque et les caractéristiques spécifiques à l'autisme, dont les difficultés sur le plan social, la présence de conditions concomitantes et la sensibilité sensorielle aux stimuli quotidiens (Kerns et al., 2015). Les déficits cognitifs, parfois présents en concomitance avec l'autisme, peuvent avoir un impact sur la compréhension sociale et émotionnelle, ce qui rend plus ardue la perception des limites sociales, notamment au niveau des comportements sexuels et du consentement (Roberts et al., 2015). En outre, le soutien social est considéré comme l'un des facteurs de protection les plus importants à la suite d'une exposition à un ÉPT (Dworkin et al., 2018). L'étude de Dworkin et al. (2018) précise que le soutien social

diminue à long terme les symptômes reliés au TSPT. Selon la littérature, le soutien social serait plus limité chez les personnes autistes et celles-ci ressentiraient un sentiment de solitude plus important que les personnes allistes (Bauminger et Kasari, 2000; Lasgaard et al., 2010). D'après une revue systématique, ce sentiment de solitude serait expliqué par les manifestations de l'autisme, la dépression, l'anxiété et les idéations suicidaires concomitantes à la condition primaire d'autisme, les expériences négatives incluant l'intimidation, le manque de compréhension des autres relatif à l'autisme, l'évitement sensoriel, le chômage et le camouflage imposant un manque d'authenticité dans la relation (Grace et al., 2022).

L'exposition à un ÉPT peut entraîner le développement d'un trouble de stress aigu ou d'un TSPT. Le trouble de stress aigu se compose des mêmes cinq critères diagnostiques que le TSPT, mais les symptômes doivent être présents de trois jours à un mois suivant l'ÉPT (APA, 2022). Après un mois, le trouble de stress aigu devient un TSPT. Cependant, ce ne sont pas toutes les personnes exposées à un ou des ÉPT qui développeront ces troubles. L'exposition à un ÉPT est assez fréquente, avec une prévalence à vie s'approchant de 70% de la population générale (Benjet et al., 2016; Van Ameringen et al., 2008). De cette proportion, une minorité développera un TSPT (5% au Canada; Statistique Canada, 2022). Les critères diagnostiques du TSPT selon le DSM-5-TR sont les suivants (APA, 2022) :

- A) L'exposition à la mort ou à une menace de mort, à des blessures graves ou à des violences sexuelles : exposition directe, témoin, apprendre qu'un proche a vécu un événement traumatique ou l'exposition répétée à l'un de ces événements traumatiques;
- B) La présence de reviviscences, telles que des souvenirs ou des rêves répétitifs et involontaires apportant un sentiment de détresse, des réactions de dissociation, des réactions de détresse lors d'exposition à des stimuli rappelant l'événement;
- C) L'évitement de souvenirs ou de rappels externes liés à l'événement;
- D) Des altérations négatives des cognitions et de l'humeur, entre autres par la présence de croyances négatives sur soi ou sur le monde, un état émotionnel négatif constant et le sentiment d'être détaché d'autrui;
- E) L'hyperéveil, notamment par la présence de réactions d'hypervigilance, de problèmes de concentration ou de sommeil et d'excès de colère.

Un autre point relevé est la similarité neurobiologique entre l'autisme et le TSPT. Lors d'un ÉPT, autant pour les personnes autistes que les personnes allistes, l'amygdale s'active et envoie un

signal de danger. De ce signal, des répercussions physiologiques se mettent en œuvre pour répondre au danger, telles que l'augmentation du rythme cardiaque, l'oxygène qui se dirige vers les muscles, puis la sécrétion d'hormones et de neurotransmetteurs, soit l'adrénaline, la noradrénaline et le cortisol (l'hormone du stress; Brewin et al., 1996). Les études démontrent que les répercussions du TSPT et les répercussions de l'autisme touchent toutes deux les connexions neuronales de l'amygdale, du cortex préfrontal, de l'hippocampe et de l'axe hypothalamo-pituitaire-adrénalien (HPA), ce qui peut partiellement expliquer la haute prévalence de traumatismes chez les personnes autistes. Ces distinctions neurobiologiques de l'autisme seraient reliées à une régulation émotionnelle plus faible et à une augmentation du taux cortisol sécrété (Corbett et al., 2009; Mazefsky et al., 2013). Ainsi, en comparaison avec les personnes non autistes, les personnes autistes seraient initialement plus sensibles au niveau biologique par la vulnérabilité préexistante de ces structures cérébrales aux traumatismes (Im, 2016; Kerns et al., 2015; Mazefsky et al., 2013). Le taux de cortisol étant déjà initialement élevé, l'amygdale est plus aisément impliquée dans le processus de mémoire chez les personnes autistes, évaluant la présence d'un danger plus fréquemment (Brewin et al., 1996; Im, 2016; Hoover et al., 2015; Mazefsky et al., 2013). Les similitudes biologiques entre le TSPT et l'autisme engendreraient également des ressemblances dans la symptomatologie des deux diagnostics, dont l'impact sur la régulation émotionnelle (Brenner et al., 2018; Kerns et al., 2015). Ainsi, considérer le trauma chez les personnes autistes peut être plus difficile, en raison d'un chevauchement avec les caractéristiques spécifiques de l'autisme, attribuant ces particularités au diagnostic primaire.

Une autre explication relevée est l'anxiété présente chez les personnes autistes, imposant de l'évitement et pouvant contribuer au trauma. Le modèle de Mowrer (1960) indique que le trauma provient d'un conditionnement de la peur. En effet, lors d'un ÉPT et de l'activation de l'amygdale, la personne déterminera si elle fuit ou si elle se bat (réaction de *fight or flight*). Advenant la fuite, un sentiment de satisfaction sera fortifié et il y a un fort risque que la personne évitera les situations similaires subséquentes qui suscitent un sentiment de peur. De ce fait, la personne n'affrontera plus ces stimuli et ceux-ci se conditionneront à être interprétés comme un danger. Par exemple, si une personne autiste craint les relations sociales et qu'elle vit de l'intimidation à l'école, il est probable que la personne évitera la cour de récréation pour échapper aux interactions sociales. La cour de récréation, initialement inoffensive, sera alors vue comme un stimulus dangereux et traumatique (Wood et Gadow, 2010). Certaines personnes autistes peuvent rapidement percevoir les stimuli

inoffensifs comme dangereux, comparativement aux personnes allistes (Kerns et al., 2015). Ainsi, le conditionnement traumatique se montre plus fréquent et est donc une explication potentielle de la prévalence importante de traumatismes chez les personnes autistes.

Les difficultés communicationnelles chez les personnes autistes rendent le partage des événements traumatiques plus complexe, particulièrement en ce qui concerne le vécu émotionnel (Hoover, 2015). En plus de cette difficulté, le chevauchement des symptômes du TSPT et de l'autisme complexifie la détection du trauma. Ainsi, sans la communication du vécu traumatique, les professionnels peuvent évaluer et intervenir uniquement sur le diagnostic primaire d'autisme, assumant que les manifestations présentes y sont reliées, sans tenir compte du trauma. Ce faisant, les risques de mauvais diagnostics, d'interventions ou de traitements non adaptés aux réels besoins cliniques, et de manque de services sont courants (Brenner et al., 2018; Kerns et al., 2015).

La littérature rapporte que les personnes autistes ne réagissent pas de la même manière que les personnes allistes aux événements traumatiques, développant davantage de symptômes de TSPT (Haruvi-Lamdan et al., 2018). Cela serait entre autres dû à des facteurs induits par les caractéristiques spécifiques à cette clientèle, notamment les difficultés sur le plan émotionnel et sur le plan de la communication, rendant la demande d'aide et la mise en place de stratégies d'adaptation plus difficiles (Hoover, 2015). Les études rapportent que l'exposition aux ÉPT est un facteur de risque au développement de troubles de santé mentale, tels que la dépression et la consommation excessive d'aliments, d'alcool et de drogues (Hoover, 2015). Ces impacts seraient sensiblement similaires chez les personnes autistes, avec le développement de troubles de santé mentale comme l'anxiété, la dépression et le trouble panique (Hoover, 2015). Notons que des différences sont observées dans la population générale concernant les répercussions des ÉPT selon le genre. Les hommes auraient davantage recours à des comportements extériorisés, alors que les comportements intériorisés seraient plus fréquents chez les femmes, avec une prévalence plus importante de diagnostics de TSPT (Tolin et Foa, 2008). Une étude a également identifié que la présence d'un TSPT, en comorbidité avec un diagnostic de dépression chez les personnes autistes, serait associée à une hausse des comportements suicidaires, soit les idéations et les passages à l'acte, tout comme dans la population générale (Storch et al., 2013). D'ailleurs, les idéations suicidaires seraient présentes chez 10,9% à 50,0% des personnes autistes, et cette population spécifique représenterait 7,3% à 15,0% de la population générale ayant des comportements suicidaires (Segers et Rawana, 2014). Une plus récente méta-analyse vient préciser cette

prévalence, avec une statistique de 25,2% des personnes autistes qui présenteraient des idéations suicidaires (O'Halloran et al., 2022). La présence d'un TSPT représente donc un facteur de risque supplémentaire aux comportements suicidaires chez les personnes autistes.

Plusieurs études se sont concentrées sur les impacts de la victimisation. Les résultats révèlent des conséquences plus importantes chez les personnes autistes que chez les personnes allistes, avec une colère plus importante et des impacts s'apparentant à la dépression, au trouble panique, à l'isolement et à l'anxiété sociale (Hoover, 2015; Rieffe et al., 2012; Storch et al., 2012). Bleil Walters et al. (2013) ont étudié les répercussions des abus et de la négligence chez les personnes autistes ayant commis des délits sexuels. Malgré le peu de différences entre les participant·es autistes et les participant·es allistes concernant la fréquence et l'intensité des abus et de la négligence, les personnes autistes développaient davantage de symptômes reliés à la dépression (Bleil Walters et al., 2013). Une étude par Valenti et al. (2012) s'est intéressée aux répercussions chez les personnes autistes à la suite d'un tremblement de terre. La passation du questionnaire *Vineland Adaptive Behavior Scales* (VABS; Sparrow et al., 1984) a été faite avant le tremblement de terre, puis six mois et un an après. Le VABS évalue le fonctionnement adaptatif chez les personnes autistes, soit la communication, la vie quotidienne, la socialisation et la motricité. Les résultats témoignent d'une diminution importante du fonctionnement adaptatif pour les quatre catégories, soit de 30% six mois après la catastrophe, et 15% un an après le tremblement (Valenti et al., 2012). Ainsi, les études démontrent la vulnérabilité des personnes autistes concernant les répercussions des événements traumatiques, discernant de nombreux impacts, tels que les idéations suicidaires, la diminution du fonctionnement adaptatif et la présence de comportements internalisés s'apparentant à certains troubles de santé mentale (Hoover, 2015; Peterson et al., 2019).

Trouble de stress post-traumatique

Évaluation du trouble de stress post-traumatique

La prise en considération de certaines particularités des personnes autistes lors de l'évaluation du TSPT est non négligeable (Hoover, 2015). Pour certaines personnes autistes présentant des enjeux de communication, il arrive que ce ne soit pas elles qui rapportent les faits vécus lors de l'évaluation du TSPT. Il est donc important de se questionner sur les biais potentiels lorsque la personne autiste ne rapporte pas son vécu elle-même, particulièrement lors de l'évaluation de symptômes émotionnels et psychologiques (Matson et Cervantes, 2014; Mazefsky

et al., 2013). Une étude de Renk et Phares (2004) a permis de constater que lorsqu'un·e proche répond à un questionnaire pour une autre personne, que ce soit un parent, un·e enseignant·e ou un pair, les résultats divergent entre ces répondant·es, puis divergent également des résultats de la personne touchée. Tenir compte du point de vue de plusieurs répondant·es est nécessaire pour assurer une validité de l'évaluation (Renk et Phares, 2004). Néanmoins, il est idéal de consulter la personne principale afin d'assurer l'obtention d'un portrait complet et non biaisé de la situation. De plus, les outils psychométriques validés pour évaluer le trauma ou le TSPT ne le sont pas toujours auprès des personnes autistes (Hoover, 2015; Hoover et Romero, 2019). Certains outils sont adaptés et validés pour les enfants ou auprès d'individus ayant des troubles neurodéveloppementaux, mais peu de ces outils évaluent le trauma. Hoover et Romero (2019) ont examiné l'*Interactive Trauma Scale*, un outil développé par ces même chercheur·euses pour évaluer le trauma chez les personnes autistes. Il s'avère que ce questionnaire est apprécié, compris et validé auprès des 20 participant·es. Toutefois, le nombre de participant·es demeure faible, la poursuite des évaluations d'adaptation d'outils auprès des personnes autistes apparaît alors nécessaire pour les conditions concomitantes.

Interventions axées sur le trouble de stress post-traumatique

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) axée sur le trauma est l'une des approches les plus étudiées et utilisées auprès de personnes avec un TSPT (McGuire et al., 2021). Ce traitement est composé de différentes sphères, incluant l'éducation psychologique, les habiletés parentales, la relaxation, la gestion de l'anxiété, la restructuration cognitive, puis l'exposition in vivo, en imagination ou par narration (Cohen et al., 2011; Foa et al., 1989). Certaines études se sont concentrées sur la TCC auprès des enfants, proposant diverses approches adaptées à cette phase développementale (Cohen et al., 2011; Cohen et al., 2012; McGuire et al., 2021; Romney et Garcia, 2021; Scheeringa et al., 2007). Cohen et al. (2011) évoquent l'importance de mettre en place un filet de sécurité dès le début du traitement, en évaluant si la source traumatique est toujours présente; engager les parents qui vivent aussi une situation traumatique; s'assurer de la présence et du support parental lors de l'exposition par narration; enseigner la différence entre un danger réel et les associations de danger initialement neutres; puis s'assurer de travailler les mécanismes de protection non adaptés. Bien que la TCC axée sur le trauma ait été adaptée pour les enfants, peu d'études se sont penchées sur son adaptation avec les personnes autistes. Kroese et Thomas (2006) se sont concentrés sur l'usage de la TCC avec deux victimes d'agressions sexuelles présentant une

déficience intellectuelle. Les résultats décèlent une diminution significative des cauchemars reliés à l'ÉPT. Plus spécifiquement aux personnes autistes, Peterson et al. (2019) soulignent que les modifications de la TCC pour les enfants pourraient être réutilisées avec les personnes autistes vu les ressemblances en termes de particularités langagières et cognitives.

Une deuxième intervention souvent employée avec les personnes ayant vécu un trauma est la désensibilisation et le retraitement de l'information par les mouvements oculaires (ang. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*; [EMDR]). Cette intervention se déroule en plusieurs rencontres et a comme objectif de remémorer l'événement traumatique pour mieux l'intégrer dans la mémoire (Shapiro, 2007). En effet, lors de l'exposition à un événement traumatique, les souvenirs sont enregistrés dans la mémoire traumatique sous une forme d'images, d'émotions, de pensées ou de sensations physiques, les rendant particulièrement sensibles à la reviviscence (Fisher et al., 2023; Van Der Kolk et Fisler, 1995). L'EMDR exige de repenser à l'événement traumatique, tout en faisant des mouvements bilatéraux avec les yeux. L'EMDR pourrait être adapté aux personnes autistes puisqu'il n'exige pas l'usage de mots pour bénéficier de la thérapie, misant sur la mémoire et la pensée (Fisher et al., 2023). Une étude par Lobregt-van Buuren et al. (2019) s'est intéressée à la faisabilité de l'EMDR chez des adultes autistes. Les résultats démontrent une réduction significative des symptômes de TSPT, de la détresse psychologique, mais également des traits autistiques (Lobregt-van Buuren et al., 2019). L'étude de Fisher et al. (2023) s'est penchée sur les limites pouvant diminuer la fiabilité de l'EMDR chez les personnes autistes, puis sur les adaptations qui pourraient être mises en place. Les barrières évoquées sont (1) les caractéristiques du·de la client·e, comme les difficultés dans la régulation émotionnelle ou dans la communication, ou encore l'anxiété lors de situations nouvelles; (2) les caractéristiques du·de la thérapeute, incluant le manque de confiance dans l'intervention avec les personnes autistes; (3) le développement de la relation thérapeutique, certains thérapeutes mentionnant qu'il peut être difficile d'évaluer si le lien de confiance est présent, limitant l'application de l'EMDR qui doit être fait lorsqu'une relation de confiance est établie pour éviter des effets iatrogènes; (4) puis finalement des enjeux systémiques, tels que le manque de connaissances et l'incompréhension de l'autisme (Fisher et al., 2023). En ce qui concerne les adaptations qui pourraient être mises en place, il est suggéré de modifier l'approche protocolaire de l'EMDR. Effectivement, l'EMDR suit sensiblement le même protocole, peu importe l'individu, mais les résultats de l'étude démontrent qu'un protocole est difficile à suivre avec des personnes autistes qui peuvent nécessiter des adaptations individualisées. L'étude

recommande la flexibilité, la prise en considération des différences relatives à l'autisme et une communication claire (Fisher et al., 2023).

État des connaissances sur le trauma et l'autisme

Quelques études effectuées dans le passé portent sur le trauma chez les personnes autistes, mais celles-ci s'intéressent majoritairement aux aspects cliniques, tels que la description de la symptomatologie et l'adaptation d'outils d'évaluation et de programmes d'intervention (Haruvi-Lamdam et al., 2018). On ne connaît que très peu de choses de la perception des personnes autistes elles-mêmes sur ce qu'elles considèrent comme traumatique (Haruvi-Lamdam et al., 2018). Comme abordé précédemment, la prise en compte des perceptions individuelles est centrale dans la compréhension du trauma chez les personnes autistes, considérant que les différences dans leurs perceptions pourraient expliquer la vulnérabilité et la haute prévalence du trauma et du TSPT dans cette population (Josse, 2019; Kerns et al., 2015). Plusieurs études soutiennent l'importance d'explorer les sources de traumas chez les personnes autistes afin d'orienter les évaluations et les interventions (Allely et Faccini, 2019; Cazalis et al., 2022; Hoch et Youssef, 2020; Kerns et al., 2015). S'abstenir d'évaluer la nature des événements perçus comme traumatiques par les personnes autistes met à risque la poursuite involontaire de l'exposition répétée à des ÉPT dans cette population. De ce fait, une récente étude qualitative s'est intéressée à la perception des personnes autistes à propos des événements de l'enfance susceptibles de causer des traumas, par le biais d'entrevues permettant d'élaborer une analyse thématique (Kerns et al., 2022). Cette étude, menée aux États-Unis, comprenait 29 participant·es, soit 14 personnes autistes et 15 donneur·euses de soin, âgé·es entre 5 et 64 ans. Ces participant·es devaient respecter certains critères d'inclusion, entre autres d'avoir été témoin d'au moins une expérience stressante ayant eu des impacts sur leur santé ou leur fonctionnement pendant minimalement un mois suivant l'exposition. Toutefois, l'âge auquel l'événement traumatique de l'enfance a eu lieu n'est pas spécifié. Kerns et al. (2022) divisent les sources recensées en six catégories : (1) la restriction, comprenant la restriction physique et la sédation, la perte d'autonomie et l'analyse par des professionnel·les à l'égard des participant·es, puis la perte d'opportunités et de détermination de soi; (2) l'exclusion sociale, incluant l'intimidation, l'isolement social et l'aliénation, la discrimination et la stigmatisation, puis la trahison; (3) l'incongruence, soit les expériences sensorielles, les transitions et le changement, puis la confusion sociale. Les trois dernières catégories sont identifiées comme des sources traditionnelles de traumas, incluant (4) la maltraitance, soit les abus physiques et sexuels; (5)

l'instabilité environnementale, comportant l'instabilité du domicile, l'exposition à la santé mentale importante et la perte d'êtres chers; puis (6) les blessures et les maladies. Ainsi, 16 événements de l'enfance sont recensés comme traumatiques par les personnes autistes selon cette étude qualitative.

(1) La restriction physique et la sédation nécessitent d'être physiquement stabilisé, tels qu'avec des arrêts d'agir ou avec une médication, incluant des antipsychotiques, des régulateurs de l'humeur ou des sédatifs. **(2) La perte d'autonomie et l'analyse par des professionnel·les** comprennent des placements en institutions, des thérapies intensives ou tous autres environnements contrôlés. **(3) La perte d'opportunités et de détermination de soi** implique de ne pas avoir l'occasion de développer des connaissances ou de développer son plein potentiel dans des milieux éducatifs, entre autres en raison des classes spécialisées. **(4) L'intimidation** inclut les agressions émotionnelles, physiques et interpersonnelles par les pairs. **(5) L'isolement social et l'aliénation** sont définis par un sentiment de déconnexion. **(6) La discrimination et la stigmatisation** impliquent les propos discriminatoires ciblant le diagnostic d'autisme, le genre, le sexe et/ou l'origine ethnique. **(7) La trahison** est vue comme ne pas être cru, être blâmé lors d'un dévoilement de maltraitance, ou par un manque de support par les adultes, la famille, les partenaires amoureux·ses ou les pairs. **(8) Les expériences sensorielles** comportent tous les stimuli causant une détresse physique et/ou psychologique. **(9) Les changements et les transitions** incluent les changements dans la routine quotidienne, l'imprévisibilité, les changements d'école et les changements de classe spécialisée à classe régulière. **(10) La confusion sociale** est comprise comme la difficulté à comprendre et à prédire les actions d'autrui. **(11) Les abus physiques** incluent l'intimidation composant de gestes physiques, la restriction dans des milieux thérapeutiques et le non-respect des résistances sensorielles au domicile. **(12) Les abus sexuels** sont l'ensemble des paroles et gestes agressifs à connotation sexuelle. **(13) L'instabilité du domicile** a été évoquée par les personnes ayant vécu dans des hébergements pour victimes de violence conjugale ou en situation d'itinérance, ne considérant pas les besoins liés à l'autisme. **(14) L'exposition à la santé mentale importante** évoque l'exposition à des tentatives de suicide, de l'automutilation, des pensées délirantes, des excès de violence, de la paranoïa, des abus de substances et de se faire suivre (*stalking*). **(15) La perte d'un être cher** inclut la perte d'une personne de confiance, par exemple lors d'un changement d'enseignant·e ou d'un changement d'emploi. **(16) Les blessures et les maladies** se composent de toutes situations exigeant un support

médical, aussi minimales soient-elles, en raison d'une sensibilité sensorielle aux stimuli de l'hôpital ou au matériel, tel que les aiguilles.

Une seconde étude par Rumball et al. (2020) s'est intéressée aux sources considérées comme traumatiques par les personnes autistes et les symptômes y étant reliés. Pour ce faire, les chercheur·euses ont fait passer un questionnaire quantitatif pour les sources définies dans le DSM-5 (*Life events checklist for DSM-5 [LECS-5]*; Weathers et al., 2013) et un questionnaire qualitatif interrogeant sur les autres événements traumatiques vécus. Les symptômes du TSPT ont été évalués avec le questionnaire *PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5)*; Weathers et al., 2013). Les résultats démontrent que sur 59 adultes autistes, 15 rapportent avoir vécu autant des événements du DSM-5 que des événements ne provenant pas du DSM-5; 18 rapportent des événements provenant uniquement du DSM-5; et 20 rapportent des événements non définis par le DSM-5. En ce qui concerne les événements rapportés, les abus sexuels et les abus physiques étaient les plus fréquents pour les événements définis dans le DSM-5. L'intimidation et les enjeux touchant la santé mentale étaient les plus fréquents des sources non considérées par le DSM-5. Les abandons et les difficultés sociales en faisaient également partie. Concernant la symptomatologie, la fréquence des symptômes de TSPT se situait à 43% pour les sources non définies par le DSM-5 et 45% pour les sources du DSM-5.

Ces deux études décèlent une fréquence importante de sources traumatiques n'étant pas définies dans le DSM-5. L'étude de Rumball et al. (2020) explicite une fréquence de répercussions relativement similaire entre les événements du DSM et ceux ne provenant pas du DSM. Toutefois, malgré les répercussions similaires, les victimes d'ÉPT ne respectant pas le critère A du diagnostic de TSPT n'obtiennent pas de diagnostic et donc pas de services reliés. Considérer la perception des individus de ce qu'ils considèrent traumatique est essentiel pour assurer des services adaptés à tous·tes.

Ce sont, à notre connaissance, les deux seules études s'étant intéressées à la nature des événements perçus comme potentiellement traumatiques par les personnes autistes elles-mêmes. Ces deux études comportent de petits échantillons ($n = 59$ et $n = 29$), il est donc nécessaire de reproduire ce même type de recherche et d'étendre les résultats, et ce auprès d'un plus grand nombre de participant·es, avec des méthodologies différentes et des types de données dissemblables aux études préalablement réalisées.

Questions de recherche

La présente étude vise à explorer les sources de traumatismes exprimées par des personnes s'identifiant comme étant autistes sur deux forums web. Trois questions de recherche ont été ciblées en vue de répondre à cet objectif : (1) quelles sont les sources traumatiques rapportées par des personnes autistes ? (2) quelle est la proportion des catégories soulevées entrant dans la définition du DSM-5-TR ? (3) dans quelle proportion la catégorisation des sources traumatiques de Kerns et al. (2022) est reproduite dans cette présente étude?

Méthode

L'objectif du présent mémoire étant de comprendre un phénomène particulier, une méthode qualitative a été choisie, sans objectif de généralisation des expériences vécues par les participant·es. L'étude actuelle se compose d'un devis transversal par l'unique saisie des données de deux forums, l'objectif n'étant pas de comprendre l'évolution du phénomène sur une période prolongée. Vu la visée de relever le point de vue des personnes autistes elles-mêmes, l'échantillonnage est de type dirigé. De cette manière, l'étudiante a consulté des conversations écrites par des personnes s'identifiant autistes en ayant pour mandat de recenser leurs perspectives, de schématiser le phénomène vécu, ainsi que de le comprendre.

Base de données

Les données du présent mémoire sont issues de deux forums, l'un français et l'autre anglais, sur lesquels des individus peuvent échanger sur divers sujets. Ces forums sont les mêmes que ceux utilisés dans l'article de Turgeon et Lanovaz (2021) et leur anonymat a été priorisé afin d'assurer du maintien de la confidentialité des participant·es. L'accès à ces forums se fait via un moteur de recherche régulier, les rendant accessibles à tous. De ces forums, un corpus de données a été créé en extrayant l'ensemble des messages publiés entre 2005 et 2020 pour le forum français, puis entre 2010 et 2020 pour le forum du Royaume-Uni (voir Turgeon et Lanovaz, 2021). Le forum français a été créé pour les personnes autistes, mais également pour leurs parents ou toute personne souhaitant obtenir de l'information sur divers sujets. Le site se compose de différents forums de conversations avec un sujet précis pour chacun. Les participant·es peuvent s'exprimer à propos de divers thèmes sur les différents canaux de discussions. Pour la création d'un profil sur le forum français, les administrateur·ices exigent une absence d'ambiguïté quant au diagnostic d'autisme. Ainsi, si un·e utilisateur·ice affiche son diagnostic (ce qui est facultatif), il est demandé que ce

dernier ait été posé par un·e médecin, excluant ainsi les autodiagnostic. Sur le second forum (anglais), des ressources, telles que des formations ou des événements pour les personnes autistes, les professionnel·les et les familles, sont offertes concernant plusieurs sujets, dont les transitions, la socialisation ou encore la santé mentale. Suivant le même principe que le forum français, il se compose de plusieurs canaux de discussions avec différents thèmes pour chacun. Pour publier sur ce forum, le seul critère exigé est l'âge minimal de 16 ans. Autrement, toute personne peut s'y connecter en se créant un profil d'utilisateur·ice.

Pour publier sur les deux sites, la création d'un compte y est exigée. Les participant·es de l'étude sont donc les utilisateur·ices, francophones et/ou anglophones, s'étant exprimé·es sur l'un des deux forums et ayant abordé les sources de traumatismes dans leur message. Ne rencontrant pas les utilisateur·ices, il est impossible d'obtenir une preuve formelle du diagnostic des participant·es. Les participant·es sont donc généralisé·es à des personnes s'identifiant autistes. Conformément à *l'Énoncé de politique des trois Conseils*, les recherches portant sur des données accessibles au public ne nécessitent ni consentement éclairé ni examen éthique (Gouvernement du Canada, 2018). L'accès au forum ne nécessite pas la création d'un compte privé et toute personne cherchant à l'aide d'un moteur de recherche peut y accéder. Les données sont alors considérées comme relevant du domaine public.

Le choix de l'usage des forums comme base de données est justifié par la présence d'un vaste corpus de données, permettant diverses expériences multiples. Ils permettent également d'inclure certain·es participant·es ne s'impliquant généralement pas dans les études qualitatives plus traditionnelles exigeant des entrevues, particulièrement vu le sujet sensible qu'est l'expérience traumatique. Toutefois, il faut spécifier que ce choix impose certains désavantages, tels que l'exclusion des personnes analphabètes ou de celles moins habiles dans les partages personnels sur le web. D'ailleurs, les forums peuvent faire engendrer des conversations sur des sujets plus généraux et populaires, limitant les personnes ayant vécu des expériences plus rares à les partager. Ces inconvénients peuvent limiter la vastitude de l'échantillon et le taux de partages sur les expériences uniques.

Procédure et déroulement de la recherche

Extraction

Initialement, plus de 150 000 messages ont été rédigés sur le forum français entre 2005 et 2020 et plus de 130 000 messages sur le forum anglais entre 2010 et 2020. Les messages ont été extraits

des forums vers *Microsoft Excel* avec le logiciel *Python* et le support d'une équipe spécialisée en extraction de données du web (Turgeon et Lanovaz, 2021). La première étape du mémoire a été de partir de cette base de données extraites des forums et d'y extraire l'ensemble des données abordant le trauma, incluant leur identifiant et leur description. Un total de 282 965 messages formait le corpus général. Étant donné l'aspect subjectif de ce que constitue un trauma, l'étudiante et la directrice de recherche ont déterminé que le recensement serait uniquement les messages comportant le mot trauma*, la troncature «*» permettant de rechercher l'ensemble des mots contenant l'indicatif « trauma » (ex : traumatisme, traumatique). De ce fait, les messages ne comportant pas le terme « trauma* », mais évoquant un événement qui pourrait être habituellement considéré comme traumatique, par exemple les abus, n'ont pas été pris en considération. Cette décision se montre cohérente avec les objectifs de recherche, tentant de relever les sources considérées comme traumatiques par la personne elle-même. Ainsi, la personne doit déclarer qu'il s'agit d'un trauma dans le message. L'ensemble des messages et des titres de conversations comportant le terme « trauma* » ont ainsi été extraits à l'aide de l'option « filtre » sur *Microsoft Excel*. Pour le forum français, 1052 messages ont été extraits et 1182 messages l'ont été pour le forum anglais.

À la suite de cette extraction, l'étudiante a procédé à une lecture de l'ensemble de ces messages pour assurer un tri selon leur pertinence. Par exemple, certains messages concernaient les traumatismes crâniens, alors que la présente étude s'intéresse aux traumatismes psychologiques. En réponse à cette extraction, 486 messages en français et 589 messages en anglais ont été recensés, pour un total de 1075 messages. L'étape subséquente a été de trier les messages selon l'auteur·ice et son lien avec l'autisme (ex : personne autiste, parent, proche, professionnel·le). En effet, l'objectif étant de recenser le point de vue des personnes se considérant autistes, il a été primordial d'exclure les messages rédigés par des parents, des professionnel·les ou toutes autres personnes ne se statuant pas comme autiste. Pour ce faire, l'étudiante a débuté par vérifier l'ensemble des contenus des messages. Dans certaines publications, la personne se nomme et identifie son statut quant à l'autisme, soit dans son texte ou dans sa signature. Les messages rédigés par des personnes s'identifiant autistes, en attente d'un diagnostic et en questionnement sur la présence d'autisme ont été conservés. Pour les messages qui ne composaient pas de signature ou de statut, l'étudiante a retracé l'ensemble des publications que les utilisateur·ices ont rédigées sur les forums, afin de vérifier si l'un d'entre eux comportait le statut. Finalement, si l'utilisateur·ice n'a jamais émis son

statut quant à l'autisme, la publication a été exclue. Pour les messages abordant le trauma sur le site français, 272 messages étaient composés de personnes s'identifiant autistes, 20 en attente de diagnostic et 20 personnes en questionnement. Pour les messages sur le trauma du forum anglais, 430 messages étaient composés par des personnes s'identifiant autistes, 30 en attente des résultats d'un diagnostic et 30 en questionnement. Vu le nombre satisfaisant de messages, la directrice de recherche et l'étudiante ont décidé de prendre uniquement les messages écrits par des personnes s'identifiant autistes, excluant les attentes de résultats et les questionnements. Tous les messages du forum anglais et du forum français ont été fusionnés, pour un total de 702 messages qui abordaient le trauma et qui étaient rédigés par des personnes s'identifiant autistes. Pour la dernière étape, ces messages ont été triés selon s'ils traitaient de la source de traumas. Ainsi, tous les messages abordant le trauma, mais ne spécifiant pas sa source, ont été exclus. Pour finir, 392 messages abordaient le trauma sans en spécifier la source, donnant accès à 310 messages évoquant les sources de traumas chez les personnes s'identifiant autistes sur les forums anglais et français. La figure 1 présente le processus d'extraction de l'ensemble des données du forum.

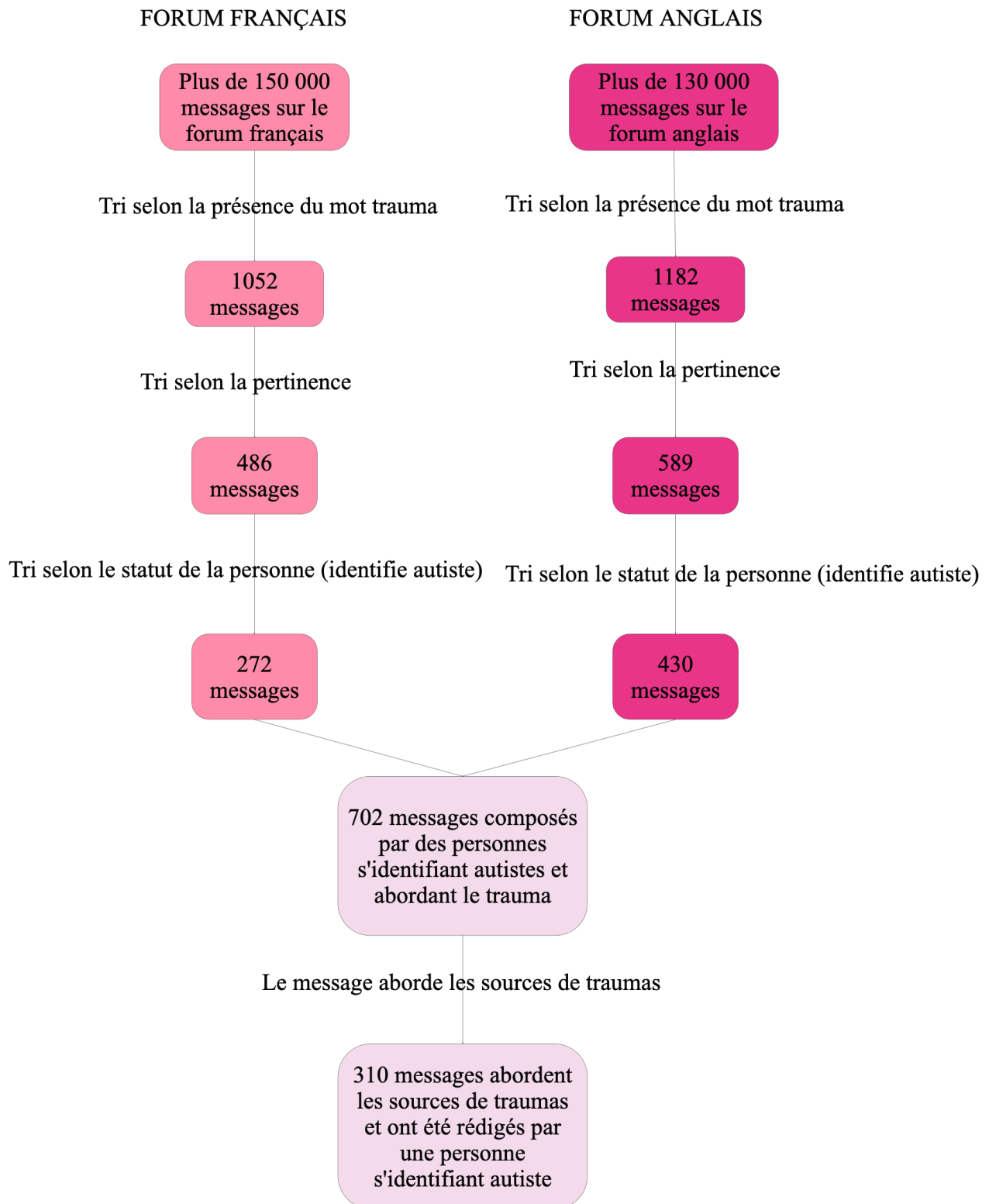
Analyses

Différentes analyses ont été appliquées pour répondre aux questions de recherche. La première est thématique et a permis de répondre à la première question, soit : quelles sont les sources traumatiques rapportées par des personnes autistes? Le choix de l'analyse thématique est cohérent avec cet objectif, puisque les thèmes, autant récurrents qu' uniques, émanant des échanges contenus sur les forums ont été ressortis. Notons que dans les analyses qualitatives, l'unicité et la récurrence sont d'importance égale vu la non-volonté de généralisation (Braun et Clark, 2006; Paillé et Muchielli, 2021). Ainsi, les thèmes et les vécus relevés des forums sont décrits dans l'analyse thématique peu importe la récurrence, l'objectif étant de prendre en considération le vécu de tous·tes les participant·es. L'analyse thématique était inductive, partant de peu de théories existantes et ayant comme volonté centrale de faire ressortir le vécu des participant·es sans idées théoriques préalables, suivant ainsi l'épistémologie constructiviste (Ponterotto, 2005). Cette première analyse s'est faite avec l'usage du logiciel *QDA Miner* (Qualitative data analysis). La première étape a consisté à la maîtrise du corpus de données. L'étudiante a lu à plusieurs reprises les échanges extraits lors du processus de triage des messages. Une fois le corpus maîtrisé et compris, le codage a été fait de manière inductive. Ainsi, lorsqu'un message impliquait une source de traumas, un thème était créé en fonction de ce dernier. Les codes n'étaient donc pas établis au

préalable, mais au fur et à mesure de l'analyse du corpus, créant par le fait même les thèmes et les sous-thèmes (Blais et Martineau, 2006). Une fois l'ensemble du corpus codé, il a fallu élaborer les définitions de l'ensemble des thèmes et des sous-thèmes. À la suite du codage et de la création du lexique, l'étudiante a complété cette première analyse par l'élaboration d'arbres thématiques, permettant de représenter visuellement les thèmes et les sous-thèmes relevés des forums et d'émettre un plan descriptif global du vécu des participant·es (Paillé et Muchielli, 2021). Cette première analyse est fréquemment déployée dans la théorisation qualitative, lorsque les sujets sont peu connus, pour décrire le phénomène de façon générale et de s'y familiariser avant de débiter les analyses explicatives. Lors de la conception des arbres thématiques, certains thèmes se recoupant ont été fusionnés, afin de créer des arbres concis regroupant l'ensemble des vécus recensés.

Une fois la première analyse complétée, l'étudiante a identifié si un·e utilisateur·ice avait publié plus d'un seul message pour une même source de traumatismes, ces données venant modifier la fréquence de l'exposition à cette source dans les résultats. Pour ce faire, elle a identifié les noms d'utilisateur·ices pour chacune des sources et a vérifié manuellement si un·e utilisateur·ice avait publié plus d'une fois sous une même source (voir annexe A). La directrice de recherche et l'étudiante ont décidé de garder tous les messages, bien que publiés par une même personne, afin de prendre en considération l'ensemble des vécus. Vu la fréquence importante de polyvictimisation chez les personnes autistes, il est plausible qu'un individu ait été exposé à une même source de traumatismes plusieurs fois, développant ainsi différentes répercussions traumatiques (Pfeffer, 2016). Il est arrivé à quelques reprises que des utilisateur·ices ayant effacé leur compte (*deleted username*) aient publié deux messages pour un même thème. Nous ne l'avons pas pris en considération lors de cette étape, étant donné la possibilité qu'il s'agisse de deux utilisateur·ices différents. Un total de 12 messages ont été publiés par un·e utilisateur·ice ayant effacé son compte. Dans l'ensemble, 180 utilisateur·ices différent·es ont publié des messages concernant leurs vécus traumatiques. Le nombre de messages publiés par chaque utilisateur·ice se situe entre 1 et 12, avec un chiffre médiant de 1 et une moyenne de 1,71. Pour finaliser la première analyse, un accord interjuge avec une autre chercheuse a été calculé par le PI de Scott, afin d'assurer la fidélité du codage (Scott, 1955). Un résultat satisfaisant de 97,99% fut calculé avec l'option disponible sur le logiciel *QDA Miner*.

Figure 1.
Schéma du processus d'extraction des données



La deuxième question est : quelle est la proportion des catégories soulevées entrant dans la définition du DSM-5-TR? Pour y répondre, les thèmes, ou les sous-thèmes s'il y a lieu, découlant de l'analyse thématique première, soit chacune des sources extraites, ont manuellement été codés afin de déterminer si la source traumatique répondait à la définition du DSM-5-TR. La codification a ainsi suivi ce principe : 0 = la source ne répond pas à la définition du DSM-5-TR (non), et 1 = la source répond à la définition du DSM-5-TR (oui). Des proportions ont pu alors être calculées afin d'établir la statistique relative aux sources de traumas partagées par les personnes autistes relevant de la définition du DSM-5-TR, et celle ne relevant pas de sa définition.

Finalement, le même principe a été appliqué pour répondre à la troisième question, soit dans quelle proportion la catégorisation des sources traumatiques de Kerns et al. (2022) est reproduite dans cette présente étude? Chaque source traumatique découlant de l'analyse thématique a été classée manuellement selon la catégorisation de Kerns et al. (2022), soit si elle n'appartenait à aucune source ou si elle se rattachait à l'une issue de la catégorisation de Kerns et al. (2022). Pour ce faire, les définitions de l'ensemble des sources de Kerns et al. (2022) ont été recensées de l'article. Par la suite, deux chercheuses ont évalué de façon indépendante quelle définition des sources des forums faisait référence à celles de Kerns et al. (2022), afin d'analyser les ressemblances entre ces définitions et les associer. Certaines sources issues des forums fusionnaient avec plus d'une source de la catégorisation de Kerns et al. (2022). Un accord interjuge à l'aide du coefficient de Kappa de Cohen a permis de valider la fidélité entre deux chercheuses, avec un accord de 0,76, soit un accord considéré bon ($\geq 0,61$; $\leq 0,80$) (Cohen, 1960).

Présentation des résultats

Les résultats sont présentés selon les trois objectifs de recherche soit : (1) quelles sont les sources traumatiques rapportées par des personnes autistes? (2) parmi ces sources rapportées, quelle est la proportion qui entre dans les catégories d'événements traumatiques définis par le DSM-5-TR? et (3) dans quelle proportion la catégorisation des sources traumatiques de Kerns et al. (2022) est reproduite dans cette présente étude?

Les sources traumatiques rapportées par les personnes autistes

Des 310 messages abordant le trauma sur les forums, 391 expériences traumatiques ont été recensées. De ces 391 expériences, 64 sources traumatiques distinctes ont été regroupées dans neuf

catégories distinctes, soit (1) les abus; (2) les décès; (3) les accidents; (4) le fait d’être témoin de violence; (5) les institutions; (6) les relations sociales; (7) les sens et les émotions; (8) les périodes de vie marquantes et (9) autres (Tableau 1). Les sources sont définies en annexe (voir annexe B).

Tableau 1.

Les sources de traumas recensées des forums

Thèmes	Sous-thèmes	Sous sous-thèmes		
Abus	Psychologiques	1-	Famille	
		2-	Partenaire	
		3-	Par autres	
		4-	Non indiqué	
	Physiques	5-	Famille	
		6-	Par autres	
		7-	Non indiqué	
	Sexuels	8-	Famille	
		9-	Par autres	
		10-	Non indiqué	
	Non spécifiés	11-	Famille	
		12-	Partenaire	
		13-	Par autres	
		14-	Non indiqué	
Décès	15-	Suicide		
	16-	Autres causes		
17-	Accidents			
18-	Témoin violence			
Sphère institutionnelle	École	19-	Intimidation	
		20-	Personnel scolaire	
		21-	Système scolaire général	
		22-	Dynamique de groupe	
	23-	Dîner		
	24-	École autre		
	Médical	Diagnostics	25-	Autisme
			26-	Diagnostics tardifs

			27- Narcissisme
			28- Dyspraxie
			29- Alexithymie
			30- Maladies physiques
		31- Examens médicaux	
		32- Personnel médical	
		33- Évaluations santé mentale	
		34- Services de santé mentale	
		35- Hospitalisations	
		36- Médication	
	Travail	Maltraitance	37- Employé
			38- Employeur
		39- Relationnel	
		40- Finances	
		41- Accusations non fondées	
		42- Cadre professionnel	
		43- Sans emploi	
		44- Travail autre	
	45- Processus judiciaires		
	46- Protection de la jeunesse		
Relations sociales	47- Négativité		
	48- Interactions sociales		
	49- Relations avec la famille		
	50- Ne pas être compris		
	51- Incompréhension d'autrui		
	52- Nouvelles personnes		
	53- Social autre		
Sphère sensorielle émotionnelle	54- Stimuli sensoriels		
	55- Exposition indirecte		
	56- Émotions fortes		
	57- Ne pas se sentir à la hauteur		
	58- Stress		

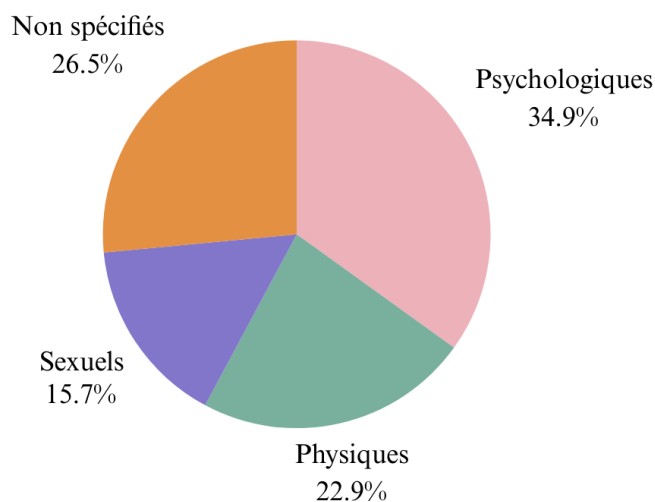
Événements de vie marquants	Parentalité	59- Difficultés enfants
		60- Garderie
		61- Transition d'âge
	62- Adolescence	
	63- Séparation	
64- Autres		

Abus

Le premier thème recensé dans les messages des forums est la sphère des abus (21,23% de toutes les sources; $n = 83$) qui se divise en quatre sous-thèmes, soit les abus psychologiques, les abus physiques, les abus sexuels et les abus non spécifiés. La figure 2 représente l'ensemble des sous-thèmes des abus. Les membres de la famille (36,14% des acteur·ices d'abus; $n = 30$), les partenaires amoureux ou intimes (9,64% des acteur·ices d'abus; $n = 8$) et certains autres auteur·ices (14,46% des acteur·ices d'abus; $n = 12$) sont rapportés comme étant les relations des auteur·ices avec les victimes. La figure 3 représente visuellement qui sont les acteur·ices de ces abus. Une proportion de 39,76% des messages ($n = 33$) traite des abus sans y préciser la relation entre la personne agressée et l'auteur·ice.

Figure 2.

Proportion de types d'abus rapportés par les personnes autistes



Abus psychologiques. Les abus psychologiques (34,94% des abus; 7,42% de toutes les sources; $n = 29$) sont les types d'abus les plus recensés. Ces abus sont rapportés comme étant soit causés par un membre de la famille (37,93% des abus psychologiques; $n = 11$); par un·e partenaire (10,34% des abus psychologiques; $n = 3$); par toutes autres personnes (20,69% des abus psychologiques; $n = 6$); ou par une personne non spécifiée (31,03% des abus psychologiques; $n = 9$). Les abus psychologiques rapportés regroupent les cris, le blâme, de se faire suivre, de ne pas se faire croire, de se faire imposer une façon de vivre, les moqueries et de tous les autres comportements qui blessent psychologiquement la personne. Les abus psychologiques par les membres de la famille sont rapportés comme étant commis majoritairement par la mère, puis par le père et la fratrie.

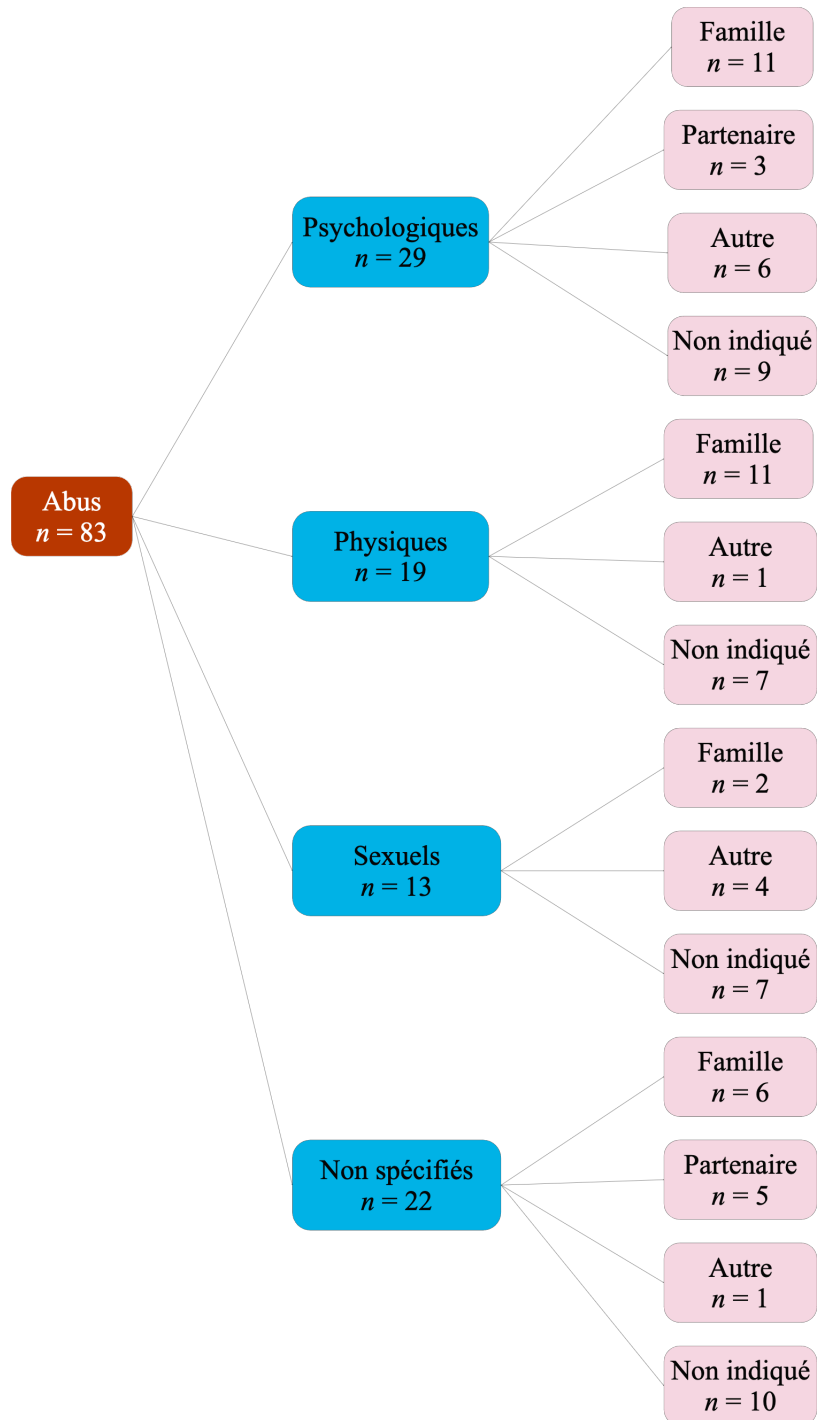
I have PTSD [Post-Traumatic Stress Disorder] from my mother's screaming and yelling fits in childhood [...] Mood swings, difficulties with empathy, meltdowns, yelling, blame shifting, really hurtful insensitive comments, raging if criticized or perceived to be being criticized, different masks or persons, etc etc

Les abus psychologiques sont rapportés par certain·es comme étant vécus dans des relations intimes. Dans quelques cas, les abus psychologiques étaient présents dans plus d'une relation avec un·e partenaire : « Many of my past boyfriends were verbally abusive, controlling, and manipulative. All this did was add further trauma to my life. I am thankful for the boyfriend I have now ». Pour les abus psychologiques commis par d'autres personnes, les ami·es, un·e voisin·e, les partenaires amoureux de la fratrie, puis les gens sur internet sont ceux rapportés.

I had to move to get rid of a neighbour. I'm left traumatized and cynical. Where I live now I has to talk to the police about a stalker, verbally abusive neighbour. Turns out he had a history of rape accusation so it wasn't just me being anxious!

Des personnes autistes rapportent avoir vécu des abus psychologiques dans leur vie, sans spécifier qui en fut la cause. Ces personnes rapportent avoir vécu du harcèlement, de la manipulation et de la dévalorisation, mais sans préciser par qui. Notons que dans la plupart des cas de messages statuant la présence d'abus psychologiques, des abus physiques et sexuels sont également rapportés. Des conséquences majeures sont d'ailleurs explicitées, telles qu'un manque de confiance en soi et en les autres, une perte de relations familiales ou un diagnostic de TSPT.

Figure 3.
Types d'abus et auteurs respectifs



Abus physiques. Les abus physiques ont émergé des analyses (22,89% des abus; 4,86% de toutes les sources; $n = 19$) et les membres de la famille sont les principaux auteur·ices rapporté·es (57,89% des abus physiques; $n = 11$). Autrement, l'auteur·ice n'est pas spécifié·e (36,84% des abus physiques; $n = 7$) ou est une autre personne (5,26% des abus physiques; $n = 1$). Aucun message n'abordait d'abus physiques par un partenaire.

Les auteur·ices d'abus physiques dans le contexte familial sont en majorité le père selon les messages recensés. Autrement, la mère, la fratrie et les beaux-parents sont rapportés. Dans un peu plus de 80% des cas d'abus physiques rapportés, des situations d'abus psychologiques sont aussi présentes. Les abus décrits sont soit des châtiments corporels en guise de punition avec un objectif d'apprentissage, ou des gestes violents sans objectif précis. « She [mère] did use to hit me a lot whenever I acted out-of-the-ordinary, called me a burden several times when I was young - could any of this cause PTSD-like symptoms ».

La fessée n'a jamais rien corrigé, en revanche elle ancre des peurs et des problèmes de confiance en soi. J'ai reçu des fessées très violentes étant enfant de la part de mes parents qui s'y mettaient parfois à deux. Plus que la douleur c'est la peur qui m'a traumatisée. Non seulement je ne comprenais pas pourquoi ils me la donnait mais j'étais persuadée qu'ils voulaient me tuer.

Un seul message nomme un·e autre auteur·ice qu'un membre de la famille. Dans ce cas-ci, il s'agit d'inconnu·es ayant abusé physiquement la personne autiste.

I have severe post traumatic stress disorder from having my home broken by 12 people as a teenager. I was left with my face swollen and split and my arm broken [...] I can't go out places because I get anxious and distressed [...] Every single day is a waking nightmare and I don't even have the freedom to kill myself.

Les répercussions sont nombreuses, entre autres exprimées dans le message ci-dessus. Pour les messages d'abus physiques par un auteur·ice non spécifié·e, certain·es évoquent la présence d'abus physiques durant l'enfance. Toutefois, il n'est pas spécifié qui en était l'auteur·ice. D'autres messages discutent des abus physiques vécus sans y mettre de détails. « I had a traumatic childhood involving physical abuse from the advent of my earliest memories ». « It's a common autistic trait, and account for the years of physical, psychological and sexual trauma I suffered ».

Abus sexuels. Les abus sexuels sont rapportés comme traumatiques (15,66% des abus; 3,32% de toutes les sources; $n = 13$) et deux ont été commis par un membre de la famille (15,38% des abus sexuels; $n = 2$). De ces membres de la famille, un·e participant·e nomme avoir été victime d'abus par un·e cousin·e, puis le·la deuxième par un frère.

J'ai connu moi aussi la réémergence de souvenirs traumatiques, la réactivation de la mémoire, des souvenirs que j'avais inconsciemment enfouis, mis de côté, isolés, en l'occurrence le harcèlement et les agressions sexuelles que j'ai subis de la part de mon frère aîné pendant ma pré-adolescence devant des parents qui ne "voulaient rien savoir" quand j'appelais à l'aide.

Les autres auteur·ices ayant commis des abus sexuels se résument à l'employeur·euse, un·e ami·e de la famille et par un groupe de garçons dont la relation avec la victime est inconnue (30,77% des abus sexuels; $n = 4$). Comme ces deux exemples ci-dessous le démontrent, la polyvictimisation sexuelle est fréquente selon les messages rapportés. « I was later seriously assaulted by my Saturday job, employer (Age 14) and then raped the following year by a family friend. (Age 15) ».

On Christmas Day 1958 I was raped by a family friend this went on for 5 years, several times a week, likewise get flashbacks with this and full-blown PTSD. I remember that he always said that no one would believe a cripple kid who lived in a fantasy world.

Les auteur·ices non spécifiées se présentent lorsque l'abus sexuel est nommé, mais le·la participant·e ne mentionne pas qui en était l'auteur·ice (53,85% des abus sexuels; $n = 7$). « It would have prevented a lot of hurt and sexual trauma as a result of going through the motions, trying to be like everyone else ». « I have recently started seeing an ASD [autism spectrum disorder] counsellor with regards to recent diagnosis (she is going through what my diagnosis means to me) also she's helping me with regards to the traumatic sexual abuse I suffered as a child... »

Abus non spécifiés. Les abus non spécifiés (26,51% des abus; 5,63% de toutes les sources; $n = 22$) se composent de tous les messages dans lesquels la personne nomme avoir vécu un abus, mais ne spécifie pas de quel type il s'agit. Ces abus non spécifiés proviennent d'un membre de la famille (27,27% des abus non spécifiés; $n = 6$), d'un·e partenaire (22,73% des abus non spécifiés;

$n = 5$), d'une autre personne (4,55% des abus non spécifiés; $n = 1$) ou d'une personne non indiquée (45,45% des abus non spécifiés; $n = 10$). Les auteur·ices d'abus provenant de la famille se résument au père, aux deux parents, au beau-père et à la famille complète. En ce qui concerne les partenaires, les abus rapportés ont été émis par un·e ex-copain·e, comme dans le cas ci-dessous. Pour les autres personnes, un seul message mentionne qu'il s'agit d'un·e inconnu·e.

I left a very violent and abusive relationship several years ago which caused me to suffer from what was believed to be Post Traumatic Stress Disorder, Depression & Anxiety. These 'illnesses' impacted my life to the extent that I became very reclusive, struggled greatly to communicate with anyone, becoming easily frustrated and angry with sales assistants/anyone approaching me/ getting in my way etc. amongst numerous other issues.

Les messages concernant les abus de type non spécifié évoquent que la personne a été abusée, mais n'indique pas de quel type d'abus il s'agit : « I suffer from depression and PTSD (live in abusive environment), so I am use to this problem ».

Décès

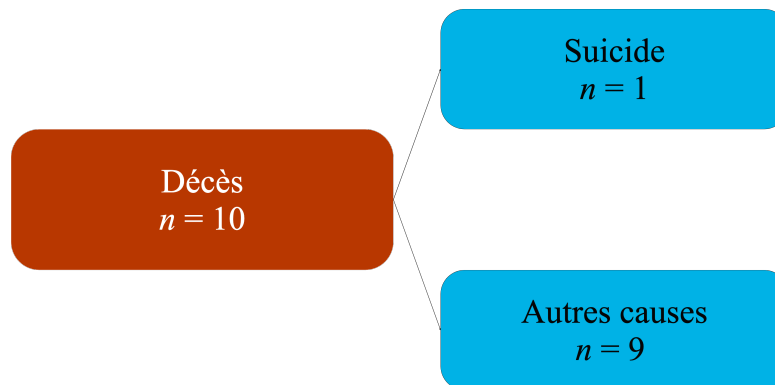
Les décès traumatiques (2,56% des sources; $n = 10$) rapportés sont les décès de proches, soit par suicide ($n = 1$), ou par une autre cause ($n = 9$), tels que représentés dans la figure 4. Le suicide rapporté a été commis par une amie et la personne autiste nomme être toujours traumatisée par l'événement, expliquant d'ailleurs certains comportements encore présents à ce jour, tels que l'anticipation d'un futur suicide.

Personnellement, je vis très très mal le fait que mes connaissances ne répondent pas à un mail ou un sms. Mais ça vient du traumatisme d'il y a dix ans. J'avais réussi à me faire trois amies à la fac (c'est énorme 3 amies). Un samedi, j'ai envoyé un message à l'une d'entre elle qui était en retard pour bosser et elle a jamais répondu. J'ai appris le lendemain qu'elle s'était suicidée.

Les autres causes de décès sont attribuées à la maladie, puis à des causes non explicitées. Ces autres causes représentent 90% des décès et 2,30% de l'ensemble des sources traumatiques ($n = 9$). Les personnes décédées dans ces cas-ci s'avèrent être des membres de la famille, soit le père, la mère, l'oncle, l'enfant, le grand-père et le frère. Les participant·es semblent d'ailleurs évoquer que le deuil serait plus long en raison de l'autisme.

When I was a child, my first grandfather died, and it traumatized me. I didn't understand what was going on and all I knew is that my grandfather had gone and would never be coming back because he died. [...] Going to bed, I wondered if I would wake up again. [...] It was painful and emotionally straining as a child yet because I didn't understand and because I didn't really express emotions as a child, nobody picked up on anything.

Figure 4.
Les causes de décès



Accidents

Une autre cause traumatique rapportée est les accidents (1,79% des sources de traumatismes; $n = 7$). De ces messages se trouvent deux accidents de voiture, un accident de vélo, une entrée par infraction au domicile, un feu, un accident vasculaire cérébral (AVC) et avoir failli mourir après avoir mangé du sable.

At age 4 was in car crash with my mother and we ended upside down in a canal and I drowned and I still remember drowning some 50 years later. We were lucky there was an ambulance behind us and they rescued us. I still get flashbacks from this (PTSD).

Témoign de violence

Être témoin de violence (0,77% de toutes les sources; $n = 3$) implique que les personnes ne sont pas directement victimes, mais voient un proche vivre de la violence et en restent traumatisées. C'est le cas dans cet extrait où il est question de traumatisme en raison d'une arrestation violente.

Actually a colleague of mine did get pulled over and got a b*m search but afterwards they just breezed him off with the proverbial 'have a nice day.' [...] I did not stand up to that woman as much as I should have done. It was a pretty dark time, got pretty traumatised by what happened really. I'd had a nightmare a few months before about being arrested and not knowing why.

Sources institutionnelles

Les sources institutionnelles (47,57% des sources; $n = 186$) sont des sources considérées comme traumatiques provenant d'organismes publics ayant pour objectif de répondre aux besoins de la communauté. Dans ces institutions se retrouvent cinq sources traumatiques, soit l'école, la sphère médicale, le travail, les processus judiciaires et la protection de la jeunesse. La figure 5 représente les proportions des sources traumatiques institutionnelles.

École. Plusieurs personnes autistes ayant partagé sur les forums rapportent des situations traumatiques s'étant déroulées dans le milieu scolaire (36,56% des sources institutionnelles; 17,39% de toutes les sources; $n = 68$). Les sources rapportées à l'école sont l'intimidation, le personnel scolaire, le système scolaire, les dynamiques de groupe, le dîner et les autres sources individuellement considérées comme traumatiques. La figure 6 se compose de l'ensemble des composantes traumatiques en milieu scolaire.

Intimidation. L'intimidation est la source la plus fréquemment nommée en ce qui concerne les traumas vécus en milieu scolaire (44,12% des traumas scolaires; 7,67% de toutes les sources; $n = 30$). L'intimidation semble avoir été vécue à tous les niveaux scolaires, allant de l'école primaire à l'université. Selon les participant-es, l'intimidation se vivait physiquement et psychologiquement. L'aspect psychologique est davantage explicité dans les messages, soit la discrimination, les moqueries, l'exclusion, l'exploitation, le harcèlement et l'humiliation, le tout majoritairement en raison de la différence et de l'absence d'habiletés sociales. « Exclusion,

exploitation, or mistreatment by peers, leading to social phobia and mistrust of others. Isolation, pressure, and criticism from parents unaware of child's underlying limitations ».

Les conséquences de l'intimidation nommées sont nombreuses, telles que des symptômes de TSPT ou une crainte encore active des contacts sociaux : « I was bullied so much at school, I didn't know what was going on, I thought everyone who ever approached me were only interacting with me because they wanted to tease or bully me ». « I still feel sad, angry and traumatized by my school experience ». L'intimidation semble avoir été faite par les pairs, mais parfois non dénoncée par les enseignant·es ou les membres de la direction.

Figure 5.
Proportion des sources traumatiques institutionnelles

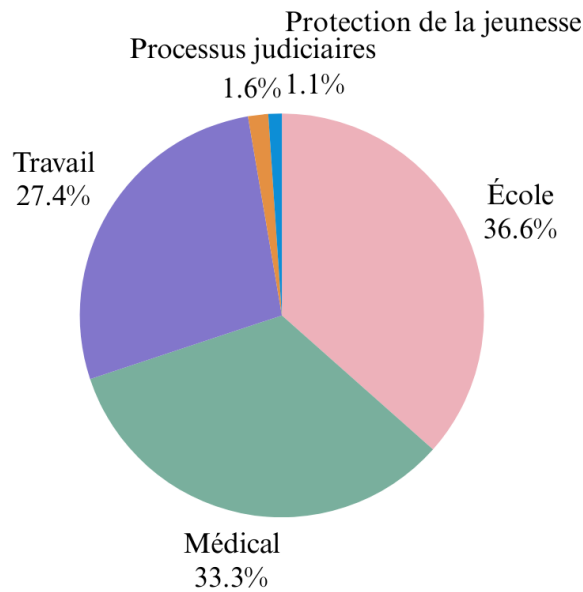
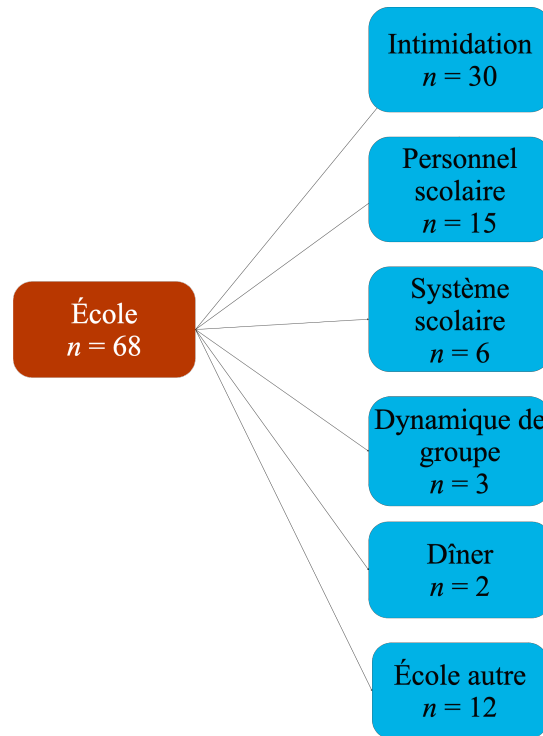


Figure 6.

L'école : composantes traumatiques



Personnel scolaire. Le personnel scolaire est recensé comme traumatique (22,06% des traumatismes scolaires; 3,84% de toutes les sources; $n = 15$). Un message aborde que c'est la direction qui fut source de traumatisme. Autrement, 14 messages nomment que l'enseignant·e en fut la source.

I have Autism and BPD [borderline personality disorder] combined, and I have been through a very, very abusive upbringing, and even as an adult, I am still being treated horribly by the people who caused my BPD and C-PTSD [complex post traumatic stress disorder] to flourish in the first place. Buying food for the inclusion program director to win her over, as I always felt she favored the bullies in the inclusion program over me, as when they bullied me they always got away with it, while for me, the tiniest infraction caused a detention and loss of privileges. Even though I had the best behavior out of everyone in the program, I was always getting in trouble.

Deux messages évoquent la présence d'abus physiques par les enseignant·es. Dans le premier cas, selon le·la participant·e, il s'agissait de violence sans objectif précis autre que de traumatiser et d'abuser : « I was also assaulted by a teacher and two healthcare professionals. They wanted to abuse me, be violent, traumatise me, so they did ». Le deuxième décrit qu'il s'agissait de gestes punitifs traumatisants : « I was physically beaten every school day by the teachers for not speaking, not paying attention, not following instructions or just for unknown reasons ». Le·la participant·e ne précise pas les blessures physiques infligées. Autrement, les gestes traumatiques provenant des professionnel·les scolaires sont d'ordre psychologique, tels que le manque de support, l'ignorance, la discrimination et l'humiliation. Une personne compare son expérience scolaire à un camp de concentration en raison de l'excès d'autorité de l'enseignant·e.

Teachers felt they had to establish their authority - and more often than not I experienced that an example was set on me and I was ridiculed in front of the whole class. It is just horrible. [...] you are straining to understand instructions and do things right (hopelessly untidy and clumsy, never have the right things with you, not knowing what you are supposed to be doing) and then when you do something wrong the teacher admonishes you in front of everyone for breaking an obvious rule. My life was made a misery and I mean no disrespect to people who have lived through atrocities, but I experienced school as if it were a concentration camp. Constantly scrutinizing what I should be doing, whilst constantly feeling sick, with a hyperactive bladder and unsettled intestines -in a cloud of constant invisible panic. And the horrible thing is no-one seemed to notice or care.

Système scolaire. Les messages recensant le système scolaire (8,82% des sources scolaires; 1,53% de toutes les sources; $n = 6$) explicitent que la classe régulière, les examens, les cours, les notes et l'école en général furent traumatiques. Les cours de sport sont également mentionnés par un·e participant·e, expliquant qu'iel reste traumatisé·e par l'obligation d'exercer un sport devant les autres.

I am also affected by Post Traumatic Stress Disorder as a result of effects the mainstream school system caused me. Eventually I was taught at home, by home and hospital tutors, as I've mentioned above, which only lasted until I was 19 years old.

Dynamique de groupe. Trois messages dénoncent la dynamique de groupe comme traumatique (4,41% des sources traumatiques scolaires; 0,77% de toutes les sources; $n = 3$). Les traumas créés par la dynamique de groupe sont vécus à l'école secondaire selon les trois participant·es. Les rumeurs, la popularité, parler des autres et les potins sont au centre de cette dynamique. L'anxiété, l'ennui et la confusion sont les principales répercussions de l'effet de groupe au secondaire.

You go from being able to play in juniors (even if you have no friends, you can still play) to having to behave like an adult: walking about, talking and gossiping with other people. That can be boring, confusing, stressful and when you add social grouping to it, it is like a whole new world of trauma to navigate.

School was a hellish time for me and there was a lot of stress and anxiety especially when you get to secondary school and there is more focus on the popular groups, acting tough and victimization of those not fitting in, etc.

Dîner à l'école. Deux personnes indiquent que le temps du dîner à l'école était traumatique (2,94% des sources traumatiques scolaires; 0,51% de toutes les sources; $n = 2$). Deux éléments des dîners à l'école ont émergé, soit la texture des repas, puis de se faire forcer à manger :

I used to hate the skin on custard too! It all reminds me of a superb trauma when I tried school dinners, everything was awful. The neat was tough, the mashed potatoes had lumps in it and the custard had a skin and the stewed apricots were hairy!

Without wanting to be too dramatic about it, I think I have a little PTSD from mealtime traumas. Makes me furious seeing people trying to force feed their kids in cafes - really want to go over and shove a plate in their face and ask them how they effing well like it.

École autre. Les autres enjeux traumatiques de l'école sont ceux ayant été mentionnés par qu'un seul individu (17,65% des sources scolaires; 3,07% de toutes les sources; $n = 12$). Il s'agit ainsi d'apprendre que son ami·e change d'école; d'entendre des histoires négatives concernant l'école avant l'intégration scolaire; de la transition du primaire au secondaire; et le fait de devoir parler devant la classe. « I think I clung to one boy in kindergarten. I got traumatised when he left

to go to another school than me ». Également, quelques messages impliquaient un traumatisme scolaire sans en spécifier la cause.

Uni was a very testing time for me, first time round I was so out of place all I tried to do was fit in with the "bridge" gang in the common room and failed my exams as a result. Second time round my professor recognised I was "struggling" and tried to help by asking me to be the chairman of a club. It terrified me having to stand up before a lecture theatre of my fellow students and I made a complete hash of the job. Had we both known I was on the spectrum I could have avoided that trauma and declined the job.

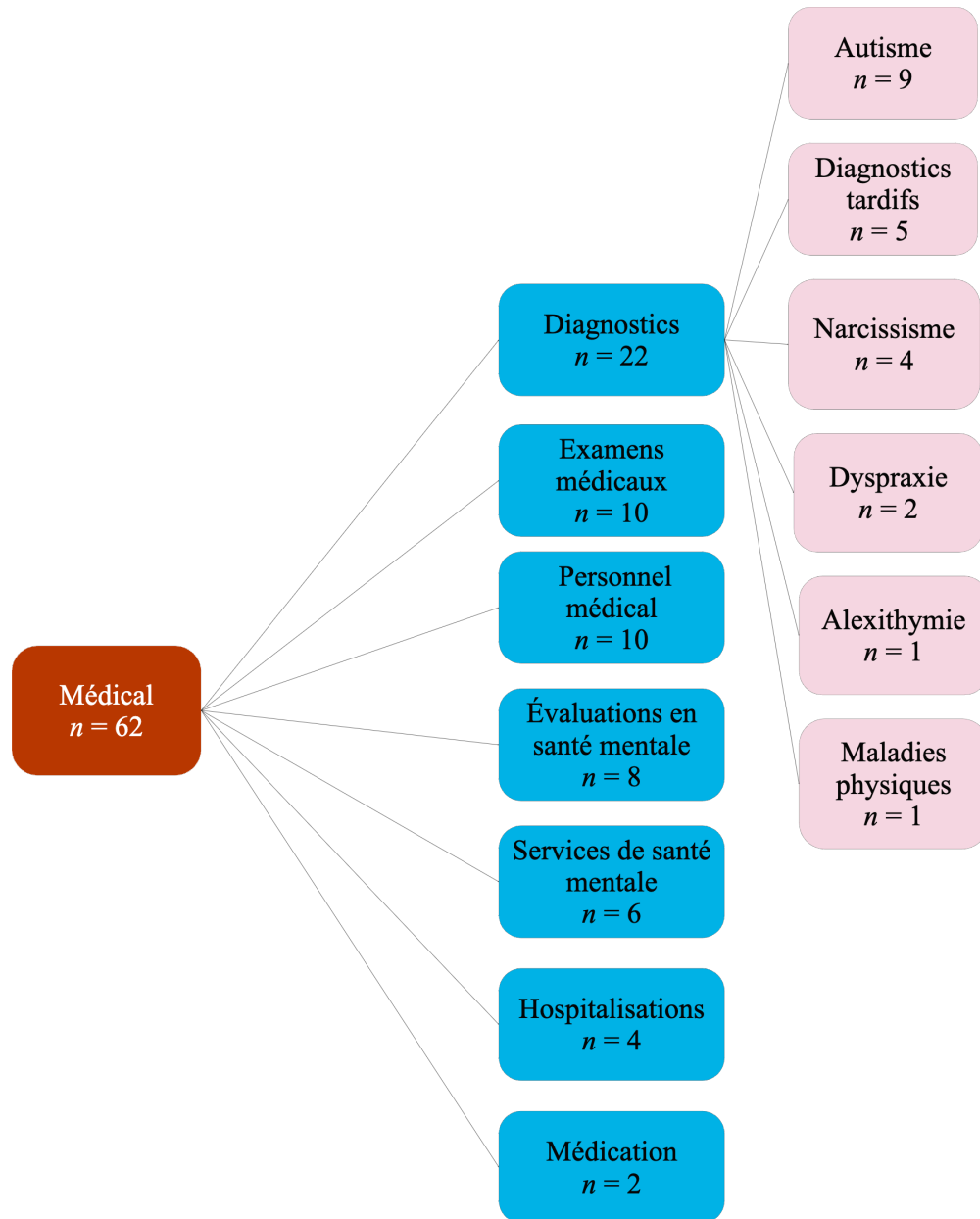
Médical. La sphère médicale (33,33% des sources institutionnelles; 15,86% de toutes les sources; $n = 62$) contient les diagnostics, les examens médicaux, le personnel médical, les évaluations en santé mentale, les services en santé mentale, les hospitalisations et la médication, comme représenté dans la figure 7.

Diagnostics. Le traumatisme lié aux diagnostics (35,48% des traumatismes médicaux; 5,63% de toutes les sources; $n = 22$) inclut des diagnostics personnels pour la plupart, puis le diagnostic d'un·e proche. Les diagnostics recensés comme traumatiques sont l'autisme, l'obtention d'un diagnostic tardif, le narcissisme, la dyspraxie, l'alexithymie et les maladies physiques.

Autisme. L'autisme est considéré comme traumatique pour les personnes ayant reçu le diagnostic (40,91% des diagnostics traumatiques; 2,30% de toutes les sources; $n = 9$). Certaines participant·es nomment d'abord que l'obtention du diagnostic peut s'avérer traumatique :

Et en même temps, j'ai la sensation d'avoir plus d'anxiété. Mais est-ce dû à l'arrêt de ce médicament, à la bipolarité qui serait réelle, ou au "trauma" d'avoir été diagnostiquée TSA [trouble du spectre de l'autisme] mi janvier. Parce que même si ce diagnostic m'explique parfaitement, depuis le diagnostic, j'ai l'impression de plus m'observer, pour tenter de faire un tri entre bipo potentielle et TSA avéré. [...] Est-ce que d'autres personnes ont eu un sentiment dépressif après leur diag ?

Figure 7.
La sphère médicale : composantes traumatiques



D'autres participant·es nomment, à l'inverse, que le fait d'être autiste les place dans des expériences traumatiques, mais que l'obtention du diagnostic aide à la reconstruction et à la compréhension de soi : « I think growing up, living autistic is experiencing continuous trauma without realising it, without any fuss and drama, getting on with it. The diagnosis for me as the beginning of reconstruction ». Pour la majorité des personnes manifestant l'autisme comme

traumatique, il s'agit des répercussions reliées aux différences et aux difficultés qui en sont la cause : « We often experience a lot of trauma in our lives because of our differences ». Un·e participant·e nomme que les personnes neurodivergentes vivent plus de traumatismes que les personnes allistées : « I do sincerely believe that life as a neurodiverse individual has exposed me to more traumas and difficulties than would be the case for an NT [neurotypical] ».

Diagnostics tardifs. Le fait de ne pas avoir obtenu son diagnostic pendant l'enfance (22,73% des diagnostics traumatiques; 1,28% de toutes les sources; $n = 5$) est rapporté comme traumatique en raison de l'isolement, de l'incompréhension de soi et des autres, puis du manque de support, imposant de mettre en place des moyens de protection par soi-même.

Having life with undiagnosed autism is like a battle where you don't know the rules and you can't make yourself understood. I think that we experience something like PTSD in the process and you have to deal with mental health injuries like that before you can reveal what the residual autism means in everyday life.

Un·e participant·e évoque que les huit années sans diagnostic furent huit années volées de sa vie : « I was diagnosed when I was 8, and I wish my parents had acted as soon as they started to suspect. They suffered from label phobia, and so I had 8 traumatic years stolen from my childhood ».

Narcissisme. Quatre participant·es recensent des traumatismes liés à leur relation avec une personne narcissique, particulièrement causés par les comportements résultant de ce type de personnalité (18,18% des diagnostics traumatiques; 1,02% de toutes sources confondues; $n = 4$). Les personnes narcissiques s'avèrent être les partenaires amoureux ($n = 2$), les parents ($n = 1$) et la belle-famille ($n = 1$). Les impacts émotionnels sont les répercussions les plus rapportées à la suite des mauvais traitements reçus par des personnes narcissiques : « I am left wondering if the sort of serious emotional trauma inevitably experienced by having a narcissistic parent especially in one's early years may be a cause or at least a trigger, though ».

Dyspraxie. La dyspraxie (9,09% des diagnostics traumatiques; 0,51% de toutes les sources; $n = 2$), aussi appelée trouble développemental de la coordination, est un trouble comorbide à l'autisme rapporté comme traumatique en raison de ses répercussions, rendant ardu de faire certaines actions, telles que de planifier ou d'exécuter un mouvement quotidien (APA, 2022),

comme le spécifie un·e participant·e se jugeant « clumsy ». Des traumatismes en raison des répercussions de ce trouble sont recensés, notamment d'être le· dernier·ère à être choisi·e dans les équipes de sport, le sentiment de non-performance ou encore un événement spécifique relatant la difficulté d'apporter un plateau de verres.

Alexithymie. L'alexithymie (4,55% des diagnostics traumatiques; 0,26% de toutes sources; $n = 1$) est un autre trouble comorbide à l'autisme. Ce trouble consiste en la difficulté à prendre conscience des émotions de soi et d'autrui (Hogeveen et Grafman, 2021), le·la participant·e le comparant à un « emotional blindness ». Il s'agit d'une caractéristique traumatique pour cette personne, puisqu'elle évoque avoir été intimidée, mais ne jamais y avoir réagi ou avoir demandé de l'aide. L'alexithymie l'empêchait de réaliser le problème, s'accumulant de l'humiliation quotidienne et des répercussions importantes.

Maladies physiques. Une personne rapporte être traumatisée par sa maladie physique, mais n'explique pas en détail ce qui est traumatique, ni de quelle maladie il s'agit (4,55% des diagnostics traumatiques; 0,26% de toutes sources; $n = 1$).

Examens médicaux. Les examens médicaux (16,13% des sources médicales; 2,56% de toutes les sources; $n = 10$) sont les évaluations physiques faites par divers·es professionnel·les de la santé, soit le·la médecin, le·la dentiste et l'orthodontiste dans le contexte des messages du forum. Les participant·es nomment avoir vécu des traumatismes en raison du stress; des anticipations; des évaluations faites par des hommes exigeant un rapport physique (le genre et le sexe des participant·es sont inconnus); de se dénuder; puis des examens considérés intensifs et invasifs, tels que la gastroscopie et les examens dentaires.

Examinations I found turn traumatic very quickly and I said to myself many time I'm not going back!! [...] I feel that they treat me like a deadbody no need for any humanity because I'm not there anymore just a cadaver that they need to do a job on.

I had loads of standard hospital tests, including a gastroscopy, which I found incredibly traumatic, before eventually going the alternative route and being diagnosed with milk and gluten intolerance.

Un·e participant·e nomme d'ailleurs qu'en raison de son traumatisme médical chez le·la dentiste, l'anesthésie est dorénavant exigée pour certains examens.

Donc pour les dents, étant enfant j'ai eu aussi une sorte de traumatisme du même genre, et effectivement il y a des choses qu'on n'a pas pu faire sans anesthésie générale (extraire les dents de sagesse, par exemple). Une sorte de blocage physique je vais dire.

Un·e deuxième participant·e nomme que les prises de sang sont traumatiques, en raison de la perte de sang. En effet, l'individu nomme craindre de perdre une partie de lui.

I did feel before and during it I was loosing a part of myself, 11 vials of blood isn't much, but it was mine and it was gone. I just think I shut down to deal with the trauma of losing part of me?

Personnel médical. Les participant·es nomment avoir vécu des traumatismes à la suite d'interactions avec le personnel médical (16,13% des sources médicales; 2,56% de toutes les sources; $n = 10$), plus précisément avec les médecins et les psychiatres. Certains nomment le manque de connaissances concernant le diagnostic d'autisme et les besoins particuliers, les changements de médecins et le manque d'empathie des professionnel·les. Trois participant·es nomment être plus à l'aise avec les professionnelles femmes. Il est impossible de connaître le genre et le sexe de ces participant·es. Cet extrait de verbatims évoque entre autres ces enjeux :

I was then negatively labeled as 'uncooperative' and 'not wanting to get better'. I've had every pill known to them as treatment for my condition, and while these pillocks were fiddling about, my life was poo to the point where the only reasonable option seemed to be suicide. [...] After a lot of trauma caused by yet another ignorant 'psychiatrist' I was finally referred to someone who actually knew what he was doing, and got my diagnosis [...] I think that the biggest suicide risk with ASD is the abuse, lack of understanding, difficulty getting a diagnosis, and generally not being listened to, that can make suicide an attractive option. It was so for me, I'd rather kill myself than go through that again.

Un·e autre participant·e nomme qu'en raison de traumatismes relatifs aux professionnel·les de la santé, il arrive que les personnes autistes n'obtiennent pas leur diagnostic, concourant alors à l'autodiagnostic :

Tu sembles oublier que tu tapes sur des gens qui vont mal et qui n'ont, pour la majorité, pas d'autre choix soit en attendant un diagnostic qui mettra longtemps être posé soit qui ne peuvent pas voir de médecin parce que hé, traumatisme. J'ai déjà été en état de choc post-traumatique à cause de médecins, donc non, ce n'est pas inconcevable.

Évaluations en santé mentale. Les évaluations en santé mentale (12,90% des sources de traumatismes médicaux; 2,05% de toutes les sources; $n = 8$) considérées comme traumatiques sont celles relatives au diagnostic d'autisme dans le contexte des messages des forums. Il s'agit du processus d'évaluation qui est décrit ici comme traumatique, et non pas l'obtention du diagnostic. Les participant·es mentionnent avoir trouvé l'évaluation de l'autisme traumatisante entre autres en raison du temps d'attente avant la passation des questionnaires et de la durée de l'évaluation (six heures selon deux participant·es). Un·e participant·e nomme qu'iel a eu l'impression de faire perdre du temps à son·sa médecin et un·e autre soutient qu'iel n'a pas obtenu d'aide à la suite de l'évaluation et de la réception du diagnostic. Finalement, un·e participant·e rapporte que les professionnel·les n'ont pas pris en considération les traits autistiques aux premiers abords, le·la diagnostiquant avec un trouble de l'attachement :

I also had an evaluation designed for children complete with children's story books and toys and a fairly clueless psychologist who kept dismissing my autistic characteristics and suggesting I had an affective disorder in spite of an entire lack of relevant symptoms. Eventually, they concluded that a full house of autistic characteristics combined with absolutely no symptoms of mental disorder meant they really couldn't avoid doling out an AS [autism spectrum] diagnosis . The whole process was absolutely traumatic.

Services de santé mentale. Les participant·es rapportent avoir été traumatisé·es par certains services et thérapies spécifiques (9,68% des sources de traumatismes médicaux; 1,53% de toutes les sources; $n = 6$), tels que l'EMDR, l'analyse appliquée du comportement (AAC) (ang. Applied Behavior Analysis [ABA]), une intervention comportementale pour les personnes autistes (Lanovaz, 2020), et la thérapie de groupe/pour la communication. « Please do not use ABA, short term results but intense trauma that cripples in later life. There is no way to train away the noise

sensitivity, ideally it would be the school that recognises adjustment is needed ». La personne stipulant avoir été traumatisée par le processus de l'EMDR mentionne toutefois sa pertinence et ses bienfaits : « CBT [cognitive behavioral therapy] useful for managing day to day stuff but not for trauma. EMDR worked very well for me. Process itself was pretty traumatic [...] but worth it because it worked. I had i think 4 sessions in total. You definately need to look after yourself afterwards and also find a therapist you really trust ». Certaines personnes nomment également avoir trouvé les services en santé mentale humiliants, négligents et insensibles aux caractéristiques de l'autisme.

Hospitalisations. Ce qui est décrit comme traumatique dans les hospitalisations (6,45% des sources de traumatismes médicaux; 1,02% de toutes les sources; $n = 4$) sont les opérations; les douleurs reliées aux hospitalisations; les isolements contre son gré en chambre à l'hôpital psychiatrique; et les hospitalisations de plusieurs jours:

Combien de cauchemars différents j'ai pu faire comme quoi je me retrouvais interné contre mon gré et parfois de manière drastique genre pour la vie voire même aller jusqu'en la case prison ! Et une fois réveillé, oh p'tain le soulagement immédiat qui s'opère et mon coeur qui bat à plus de 200 !!! Bref j'en reste traumatisé, et la peur que ça se reproduise est toujours là [...]

Je devais me déshabiller et me mettre en pyjama devant deux infirmières, seulement c'était quelque chose d'impossible pour moi (je suis très pudique). Le renfort infirmier est venu et ils m'ont déshabiller de force (quand ça c'est passé , j'ai revécu mentalement mes viols ...). Ils m'ont shooter au Tercian (que j'ai refusé après, ça me paniquait d'être shooter) et m'ont ramené dans la chambre d'isolement; j'y suis restée 4 jours. En tout cette hospitalisation a durée 40 jours et j'ai fait 3 services. Cette expérience m'a traumatisée (vraiment , j'en fait des cauchemars et des crises d'angoisse-tétanie).

Médication. Les enjeux reliés à la médication sont considérés traumatiques par certaines (3,23% des sources de traumatismes médicaux; 0,51% de toutes les sources; $n = 2$). La première personne rapporte que les effets lui furent traumatiques, la limitant dorénavant dans sa prise de médication :

Mon premier psy avait prescrit des anxiolytiques pour gérer mes TOCS [trouble obsessionnel compulsif] de pensées et pouvoir sortir de chez moi pour travailler, ça marchait pendant une semaine puis j'ai dû augmenter, encore et encore puis j'ai arrêté car vraiment ça ne me faisait plus rien et que je prenais des doses trop importantes. Mon autre psy, l'année dernière, m'avait prescrit un antidépresseur, mais c'était l'horreur, j'ai pris un cachet j'ai rien dormi de la nuit, les sons étaient encore plus envahissants, j'avais une espèce d'acouphène qui me chauffait la tête, j'ai sué des litres, je tremblais, j'avais une peur injustifiée de tout et ça a duré deux jours, j'avais l'impression de vivre à 1000 à l'heure. Elle m'a dit que je m'habituerai, j'ai refusé de continuer. [...] Puis je n'aime pas trop l'idée de prendre des cachets après cette expérience traumatisante...

La deuxième personne rapporte que, pour sa part, c'est l'arrêt de la médication qui fut traumatique.

Le·la participant·e ne spécifie pas le nom du médicament :

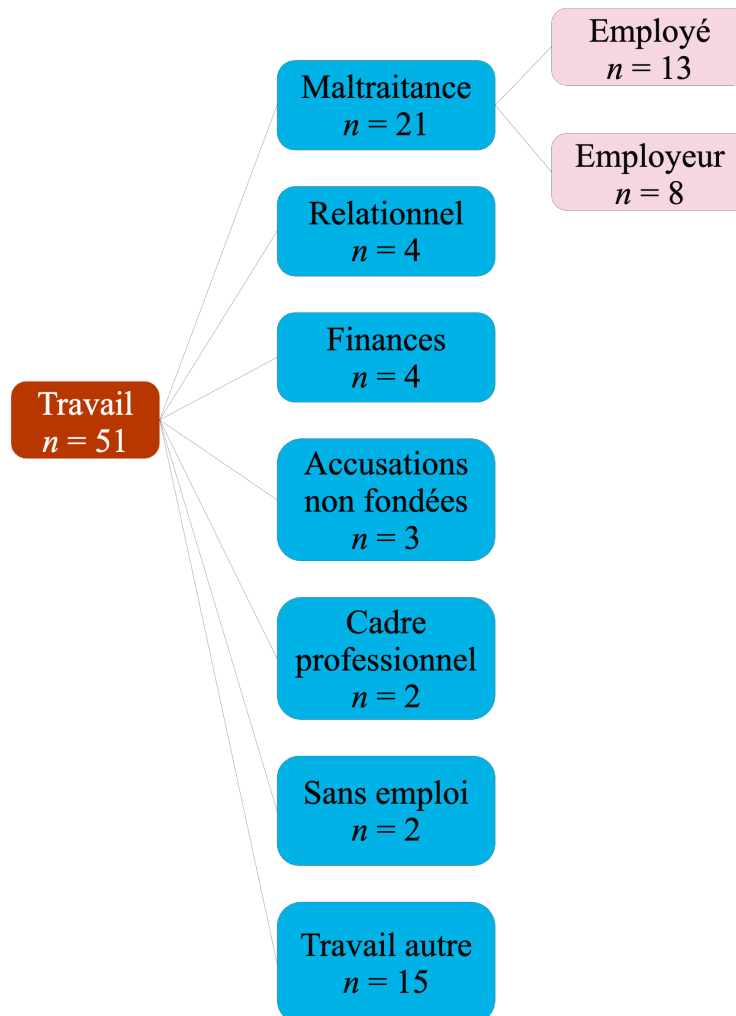
After the second time my girlfriend/carer woke me up pounding on my chest & crying her eyes out I decided to stop the medication, I couldn't stay upright whilst on it, & can't stand or barely move without it.... The withdrawal was like hell, The medication is reported to be 100x stronger than heroin, I had to feel the pain of my disabilities come back into full force whilst writhing around from the withdrawals for nearly 2 months until I couldn't feel the withdrawals in my bones any more..... Traumatic, Been stuck on a bed for the past 5 years unable to access any of the other rooms from my wheelchair, & definitely not going out in public to be victimised in my wheelchair now I can't stand up.....

Travail. Le travail (27,42% des sources traumatiques institutionnelles; 13,04% de toutes les sources; $n = 51$) inclut la maltraitance par les employé·es et par les employeur·euses; les relations au travail; les finances; les accusations non fondées; le cadre professionnel; d'être sans emploi; puis les autres composantes du travail mentionnées qu'une seule fois. La figure 8 représente visuellement ces composantes et le nombre de messages recensés pour chacune.

Maltraitance. La maltraitance au travail est la source traumatique la plus fréquemment rapportée (41,18% des sources de traumatismes au travail; 5,37% de toutes les sources; $n = 21$). La maltraitance recensée est causée par les employé·es et par les employeur·euses.

Figure 8.

Le travail : composantes traumatiques



Maltraitance par les employé·es. La maltraitance par les employé·es (61,90% de la maltraitance au travail; 3,32% de toutes les sources; $n = 13$) se résume à des conflits importants, de l'intimidation et du harcèlement. Les participant·es rapportent avoir perdu confiance en soi; développé des symptômes de TSPT; avoir dû quitter leur emploi; avoir craint les futurs emplois; et que les conséquences ont eu des impacts majeurs pendant une longue période :

Since the meltdown at work on Tuesday, things have gone from bad to worse. My manager has promised that I won't have to work around the two attack-dog colleagues for as long as necessary, and has arranged for me to see someone from the behavioural team once a fortnight. But I've lost over 3 lbs in weight, can't eat and can't sleep. My blood pressure has always been 'normal'. Now it's on the borderline between hypertension Stage 1 and Stage 2. My heart is pounding so hard that it's keeping me awake. My head is killing me. At work today, I was on edge the whole time. Just catching a glimpse of one of the culprits sent me running to hide. The last time I was like this was 20 years ago, when I was bullied badly at work and ended up being so sick that I wouldn't go out for weeks - and every time I saw a red car (the colour of the bully's car) I'd duck into shop doorways until it had passed. It's like PTSD. I can't live like this.

Un·e participant·e nomme d'ailleurs que l'entreprise était au courant du harcèlement, mais qu'aucune mesure n'a été prise pour renvoyer cet employé·e :

J'ai commencé un poste fin janvier, j'y ai subi du harcèlement de la part d'une personne de l'entreprise. A partir de mars, j'ai commencé à me sentir mal (avec symptômes physiques du type frissonnements, mais ma généraliste pense que c'est psychologique). [...] Même cas de figure, les gérants connaissaient le problème avec cette personne qui harcèle de longue date dans l'entreprise et a même été suspendue de travail une fois, mais ils la gardent et m'ont au final virée un mois plus tard pour différents motifs plus ou moins critiquables tout en me plaçant lors de la convocation pour le licenciement une remarque du style "on n'avait pas envie d'avoir à gérer ça" (le harcèlement)... sous-entendu : t'avais qu'à savoir te défendre. [...] Moi je ne me lance pas dans un procès car je n'en ai ni les moyens ni la force, mais sache qu'après tout ça je suis dans une très grosse dépression, j'ai perdu confiance dans le fait de chercher un autre emploi, je cherche, mais je suis détruite intérieurement (surtout que c'est ma deuxième expérience de harcèlement au travail d'affilée)... [...] Moi depuis ma vie est devenue un enfer : problèmes d'argent, problèmes relationnels, etc... alors que j'allais très bien à mon arrivée dans l'entreprise.

Maltraitance par l'employeur·euse. La maltraitance par l'employeur·euse (38,10% de la maltraitance au travail; 2,05% de toutes les sources; $n = 8$) se compose d'absence de formations lors de l'intégration à l'emploi et de la présence d'attentes surréalistes; de se faire utiliser, particulièrement vu la difficulté à mettre ses limites; de harcèlement; de discrimination en raison de l'autisme; d'un suivi intensif des statistiques de travail; de se faire crier dessus pour aller plus rapidement; des exigences sévères; d'une pression élevée par l'employeur·euse; de la surutilisation d'avis disciplinaires et de l'obligation de faire du temps supplémentaire parfois non payé.

She had created a tense situation and ill feeling because she promoted people who hadn't been in management roles before, and did not train them. She then expected them to do a lot of work in a very small amount of time, while having to serve customers as well [...] I was almost on the verge of a breakdown because of the pressure, and the fact that I hadn't worked so much for most of my life [...] I was waking up in tears most mornings, spending 10 hours a day away from home, standing for 8, five days a week, most weeks working more than 40 hours and not getting paid for it because I was "salaried". I would spend the evenings playing Minecraft and not communicating with anyone, sometimes not even my partner.

Relationnel au travail. La sphère relationnelle au travail se compose de l'ensemble des relations sociales entretenues dans le cadre professionnel (7,84% des sources de traumatismes au travail; 1,02% de toutes les sources; $n = 4$). Ces personnes rapportent que les mensonges; les conflits; les dynamiques de groupe; les différences de scolarité; le manque d'intérêts communs avec les autres employé·es; et la jalousie peuvent tendre à être traumatiques et à augmenter le sentiment d'imposteur. Une personne rapporte d'ailleurs que les autres employé·es allistés étaient jaloux des conditions adaptées pour la personne autiste, qui prenait davantage de pauses en raison d'une surstimulation sensorielle.

Finances. Les finances sont une source considérée comme traumatique par certaines personnes autistes (7,84% des sources de traumatismes au travail; 1,02% de toutes les sources; $n = 4$). Ce qui est recensé comme traumatique sont les conditions de vie lors de pauvreté ou d'un faible salaire venant avec du stress; de ne pas pouvoir répondre à ses besoins de base; des déménagements; et de l'intimidation sur le statut socio-économique.

I had to live with many children insulting and bullying me while insulting my family too for their poverty. My father didn't choose for those he worked with to do what they did but he had to live with the consequences. Combined with the moving from home to home and school to school with my parents struggling to afford things, it led to me feeling like life was insecure and unstable. [...] It also did give me trauma in a way, because as someone who was more prone to mental health issues, I saw myself as a burden and often thought that maybe if I hadn't been there then maybe that could have helped make a difference to their lives.

Accusations non fondées. Les accusations non fondées (5,88% des sources de traumatismes au travail; 0,77% de toutes les sources; $n = 3$) se composent de ces deux situations : l'accusation d'avoir volé des objets au bureau, puis l'accusation du département du travail et des retraites (ang. *Department for Work and Pensions*, [DWP]). Des conséquences à ces accusations sont recensées, telles qu'une mauvaise relation avec l'employeur.euse, de l'insomnie et une dépression.

[...] (I was wrongly accused of failing to notify the DWP of a change in circumstance.) the fallout devastated me to the point of contemplating suicide, even though I was innocent.[...] for me, I wouldn't be able to sleep at night, knowing I'd done something intentionally wrong or illegal. So I was mortified of being accused of something I hadn't done and suffered deep depression as a result. [...] A truly, traumatic time for me and my family.

Cadre professionnel. Le cadre professionnel (3,92% des sources de traumatismes au travail; 0,51% de toutes les sources; $n = 2$) est considéré traumatique en raison des politiques de travail et de la cadence de productivité, incluant les règles à suivre sur l'environnement de travail qui ne sont pas toujours adaptées aux personnes autistes, comme des heures de pause prédéterminées.

Sans emploi. Être sans emploi est considéré traumatique par deux participant.es (3,92% des sources de traumatismes au travail; 0,51% de toutes les sources; $n = 2$). Les éléments traumatiques du chômage recensés par les deux participant.es sont le processus de recherche d'emploi et l'anticipation d'intégrer un nouveau poste.

Travail autre. Les autres éléments traumatiques du travail (29,41% des sources de traumatismes au travail; 3,84% de toutes les sources; $n = 15$) sont ceux ayant été recensés qu'une seule fois, puis les messages évoquant un trauma au travail sans en spécifier la cause. Les tâches sont rapportées par une personne, nommant avoir un traumatisme du travail impliquant un « buzzer » : « And, don't get one of those buzzer jobs that wakes you up in the night and traumatises you for life. I'll never forget that ». Une entrevue spécifique demandant des détails sur la vie personnelle est également rapportée comme traumatique : « The second interview [...] was much shorter, but more traumatic. Having to trawl over my personal details ». Finalement, le renvoi est rapporté par un.e participant.e : « I experienced being 'discarded' 3 times and have a serious PTSD due to this ». Mis à part ces trois messages, 12 messages évoquent le travail comme traumatique de façon générale : « In the past i have simply left jobs because of the traumatic experiences i have endured ».

Processus judiciaires. Les processus judiciaires sont un autre sous-thème ressorti des sources institutionnelles (1,61% des sources institutionnelles; 0,77% de toutes les sources; $n = 3$). Les éléments recensés comme traumatiques sont les procès; l'insensibilité aux particularités de l'autisme au tribunal; la réception d'un.e huissier.ère au domicile; et l'obtention d'un casier criminel.

I went to the GP [general practitioner] a few times for anxiety and depression because I had a traumatising court case where I was ridiculed for 3 years and received a criminal record. I couldnt sleep until 5am many nights and got regular headaches and an extremely fast heart whenever I thought someone was going to find out about my criminal record such as job interviews.

Protection de la jeunesse. Finalement, le système de la protection de la jeunesse est considéré traumatique pour deux personnes (1,08% des sources institutionnelles; 0,51% de toutes les sources; $n = 2$). La première personne nomme que le système fut traumatique en raison de l'obtention d'une étiquette de trouble de comportement. Cette même personne déclare que l'obtention du diagnostic d'autisme fut un soulagement en ce sens, puisqu'il expliquait les comportements-défis, considérés comme problématiques par le système. La deuxième personne nomme que le système de la protection de la jeunesse fut traumatique en raison de l'anxiété relative

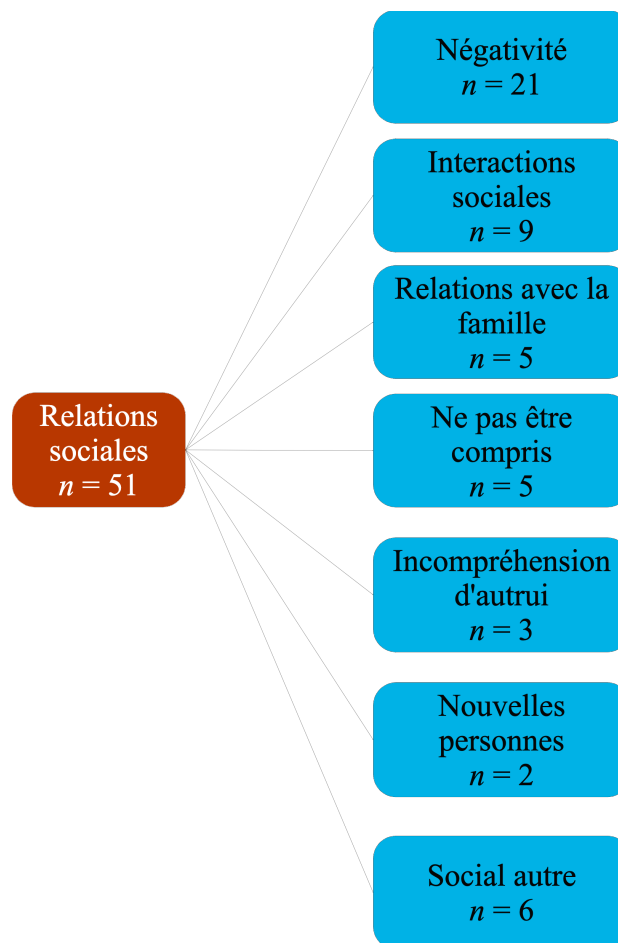
aux visites à domicile par un·e intervenant·e psychosocial·e; aux annulations de ces visites à la dernière minute; et du peu d'autonomie laissée vu le suivi étroit concernant les pratiques familiales.

Relations sociales

Les relations sociales sont les liens sociaux établis entre minimalement deux personnes et les caractéristiques y étant reliées (13,04% de toutes les sources; $n = 51$). Dans les relations sociales se retrouvent la négativité, les interactions sociales, les relations avec la famille, le fait de ne pas être compris, l'incompréhension d'autrui, les nouvelles personnes et toutes autres sources sociales. La figure 9 contient chacune de ces composantes traumatiques et le nombre de messages recensés.

Figure 9.

Les relations sociales : composantes traumatiques



Négativité. Les relations sociales comprenant des interactions négatives et/ou des comportements manipulateurs ou humiliants sont regroupées dans le sous-thème de la négativité (41,18% des sources de traumatismes sociaux; 5,37% de toutes les sources; $n = 21$). Ces comportements recensés incluent le rejet; les mensonges; les personnes toxiques; de décevoir les autres; la trahison; l'exclusion sociale; la méfiance; la moquerie; la manipulation; le rejet; l'invalidation; les commentaires négatifs sur des caractéristiques personnelles comme le poids ou la lenteur; les pertes d'amitié; et la dévalorisation. Plusieurs impacts sont rapportés comme découlant de ces situations sociales négatives selon les participant·es, tels que la phobie sociale, la perte de confiance en soi, des symptômes de TSPT et des difficultés d'attachement.

I have experienced what would likely be more harmful and traumatic things from people who were close to me but still lies, deception and betrayal [...] where still far more harmful, disturbing, unsettling, damaging, world cracking than any of those things and I wonder if that is an Aspergers trait.

Interactions sociales. Les interactions sociales sont considérées traumatiques par les participant·es (17,65% des sources de traumatismes sociaux; 2,30% de toutes les sources; $n = 9$). Ces dernier·ères nomment entre autres que d'initier la conversation et d'attendre la réponse sont des moments provoquant une anxiété importante et qui demeurent traumatiques. La perception qu'ont les autres de soi; les conversations forcées; l'impression d'être un enfant avec des adultes; et les interactions sur des sujets considérés inintéressants sont les éléments rapportés comme traumatiques concernant les relations sociales. Certaines personnes mentionnent remémorer et ruminer les interactions sociales pour longtemps.

It hadn't even occurred to him that this might be a challenging conversation, a difficult interaction, a minefield that has to be negotiated and source of trauma with attendant post-traumatic stress, replaying the response, the following conversation, the impact that's had on the person and how they perceive me.

Relations avec la famille. Les cinq messages abordant les traumatismes familiaux stipulent que l'incompréhension de l'autisme par les membres de la famille est le fardeau créant l'aspect traumatique (9,80% des sources de traumatismes sociaux; 1,28% de toutes les sources; $n = 5$). Dans les messages recensés, la famille ne comprend pas la personne autiste et ses particularités, puis juge

ou évite de développer un lien. Un·e participant·e nomme d'ailleurs qu'iel n'entretient plus de relation avec sa mère, puisque cette dernière l'a bloqué·e sur les réseaux sociaux et refuse dorénavant d'avoir un lien quelconque avec son enfant. Plusieurs participant·es expliquent que le temps des fêtes est un moment extrêmement difficile en raison des nombreux soupers de famille.

Ne pas être compris. Les personnes autistes nomment qu'il est traumatique de ne pas se faire comprendre par les personnes allistes, certaines mentionnant d'ailleurs que le camouflage les a aidées en ce sens (9,80% des traumas sociaux; 1,28% de toutes les sources; $n = 5$). D'autres expliquent que les diagnostics tardifs ont rendu l'incompréhension d'autrui encore plus difficile à vivre. En effet, les personnes autistes sans diagnostic pendant l'enfance ne saisissaient pas pourquoi leurs pairs ne les comprenaient pas. Pour d'autres, il est difficile de se faire entendre, particulièrement lorsque les codes sociaux ne sont pas naturels et acquis : « Your trauma is that you have lived your whole life not easily understanding or being understood by the world around you; and it's the terrible strain of trying to navigate a world that bewilders you ». « It's my belief that Asperger's people appear to NTs [neurotypical] as unempathetic because we learn how to mask, through years of being misunderstood and from protecting ourselves to a degree from trauma ».

Incompréhension d'autrui. Le fait de ne pas comprendre les autres a été signalé comme traumatique par trois personnes (5,88% des sources de traumas sociaux; 0,77% de toutes les sources; $n = 3$). Les participant·es décrètent ne pas comprendre le monde dans lequel iels vivent. Un·e participant·e évoque plus en détail ses difficultés à comprendre les émotions des autres, le ton et les expressions faciales, impactant son sentiment personnel d'empathie :

My experience matches your description, we process and express emotion differently and (to varied extents that are different in each case) can have trouble identifying or interpreting signals. Also when we do pick up on other's emotions this can also trigger something akin to sensory overload since we are highly empathic by nature, though this is disguised by the difficulty picking up on signals to start with. Unless I'm mentally prepared and clear headed, I still miss tones and some of the more subtle facial expressions. However when I know someone is struggling the compulsion to help is so strong that not doing so causes long term trauma and guilt.

Nouvelles personnes. Ces participant·es nomment que les interactions avec de nouvelles personnes sont inconfortables et imposent une confusion (3,92% des traumas sociaux; 0,51% de toutes les sources; $n = 2$). « And the confusion of it all, not knowing who I should speak to, or what to say to these strangers, made me terrified. That traumatised me and made me more cautious about meeting new people ».

Social autre. Les autres éléments sociaux n'ont été indiqués qu'une seule fois, ou alors aucun détail sur le trauma social n'est explicité (11,76% des sources de traumas sociaux; 1,53% de toutes les sources; $n = 6$). « Je crois que mon obsession de la comparaison, des similitudes et de ma sensation d'imposture vient de traumatisme social de la petite enfance ». Un·e participant·e évoque le trauma de la honte, un·e deuxième le trauma du regard de l'autre et le·la dernier·ère aborde le trauma provenant des punitions collectives, soit d'être puni·e lorsqu'une autre personne est dans l'erreur : « Parfois je me dis que j'ai été traumatisée par les punitions collectives étant enfant... Un camarade fait une connerie : tout le monde trinque ». Pour l'un de ses participant·es, la crainte du regard de l'autre a eu des impacts importants sur son quotidien, le·la limitant à sortir de chez lui·elle. Cette personne craint que la société la démasque du camouflage effectué pour « sembler normal ».

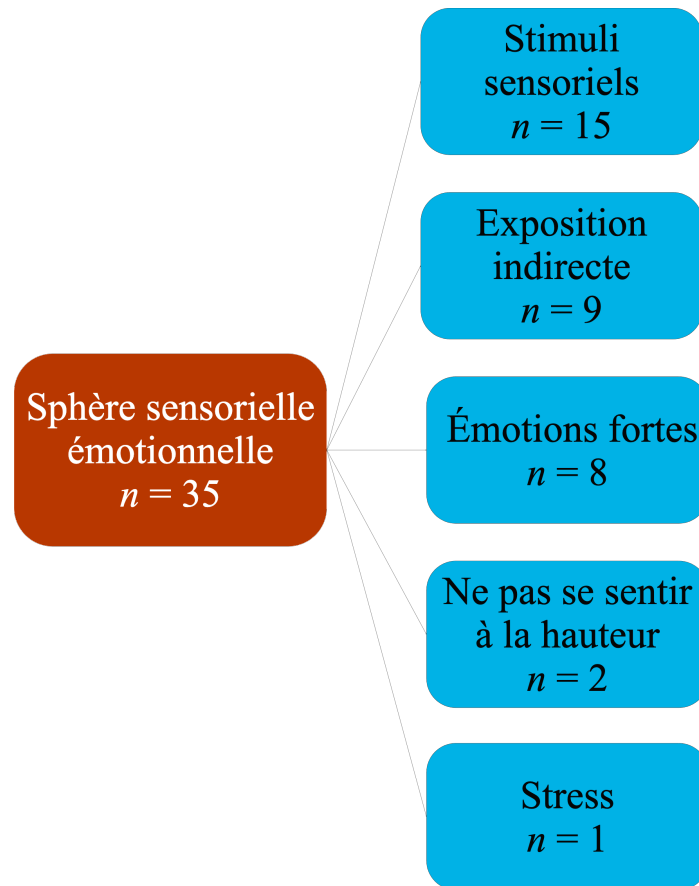
Cette peur du regard de l'autre me parle totalement, de mon côté je commence à comprendre pourquoi j'en suis arrivée au point d'éviter au maximum de quitter mon appartement à cause de cette angoisse permanente que me provoque la simple projection d'un regard croisé dans la rue. C'est comme si j'avais peur que leur regard me scan et découvrir la mascarade que je joue pour paraître le plus normale possible, ce qui les mènerait à me rejeter voir à m'attaquer pour annihiler l'erreur du système que je suis.

Sphère sensorielle émotionnelle

La sphère sensorielle émotionnelle se compose de l'ensemble des aspects traumatiques reliés aux émotions et aux cinq sens (8,95% de toutes les sources; $n = 35$). Elle inclut les stimuli sensoriels, l'exposition indirecte, les émotions fortes, le fait de ne pas se sentir à la hauteur et le stress. La figure 10 contient les composantes traumatiques de la sphère émotionnelle sensorielle et le nombre de messages recensés.

Figure 10.

La sphère sensorielle émotionnelle : composantes traumatiques



Stimuli sensoriels. Les stimuli sensoriels ont été recensés comme traumatiques (42,86% des sources sensorielles émotionnelles; 3,84% de toutes les sources; $n = 15$). Certain·es nomment qu’iels ont de l’hypersensibilité odorante, ainsi une simple odeur peut être traumatique, incluant les parfums. Un·e participant·e soumet d’ailleurs qu’iel ne va pas dans les transports en commun en raison des odeurs intenses. En ce qui concerne l’ouïe, un·e participant·e évoque la phobie des alarmes d’incendie, un·e autre aborde le trauma de la musique le·la limitant dans ses sorties. Certains traumas sonores répétés sont également mentionnés comme traumatiques, comme les aboiements, les éternuements ou les reniflements. Pour le goût, il s’agit surtout de la texture des aliments qui est mentionnée comme traumatique. Un·e participant·e mentionne qu’au plan visuel iel a de la difficulté avec les lumières phosphorescentes des transports en commun. Finalement, le

toucher est ce qui est majoritairement rapporté. Trois participant·es mentionnent avoir un traumatisme du coiffeur en raison de la sensation des ciseaux et des peignes. Une personne rapporte être traumatisée par les toilettes de l'école, en raison de la sensation désagréable des éviers et de la température trop froide. Un·e participant·e évoque que les vêtements moulants et les étiquettes sont traumatiques en raison d'une hypersensibilité sensorielle.

Je dirais que l'hypersensibilité au son se place en 1ère place. Je suis faite pour vivre dans un monde dépourvu de sons. Le moindre son m'agresse, m'angoisse. Ensuite, l'hypersensibilité tactile. On parle souvent d'étiquettes, mais ça ne s'arrête pas là pour moi. Tout me gratte, me chatouille, m'opresse. Je ne supporte pas les vêtements trop près du corps, ils amplifient cette sensation d'oppression tactile. Ça chatouille, ça m'embête. [...] Le visuel, comme beaucoup ici je constate. [...] Olfactif, je sens des odeurs que les autres ne sentent pas. Je suis très gênée par le parfum essentiellement. [...] Gustatif. Je suis gênée bien souvent par les textures. Même si le goût est bon, la texture est déterminante dans l'acceptation d'un quelconque aliment. [...] Mais je mange toujours la même chose. Pas de fruits, pas de légumes et toujours la même viande de temps à autres. [...] Le sucre par exemple, je n'ai jamais pu en manger, le goût est trop intense. Je n'ai jamais voulu de bonbons étant enfant, traumatisée par la fois où j'avais accepté d'y goûter. Proprioperceptif : Je suis gauche avec mon corps. C'est un boulet que je traîne au quotidien. Je me cogne partout, et parfois ça fait mal, je me blesse [...] Et niveau tactile, j'ai horreur des boutons en plastique, par exemple, depuis que je suis toute petite, même visuellement, j'ai beaucoup de mal, et je ne sais pas pourquoi...

Exposition indirecte. L'exposition indirecte se définit comme toute expérience vue indirectement, soit par le biais d'un média ou de son imagination (25,71% des sources sensorielles émotionnelles; 2,30% de toutes les sources; $n = 9$). Un·e participant·e raconte avoir été traumatisé·e par un vidéo d'un accouchement; deux participant·es nomment avoir été traumatisé·es d'un cauchemar; un·e participant·e évoque que le fait de penser à des gens torturés l'a traumatisé·e; deux personnes mentionnent que l'actualité les traumatise, comme l'événement du *World Trade Center* en 2001 ou toutes autres histoires tristes se déroulant dans les nouvelles mondiales;

finalement trois personnes nomment avoir été traumatisées par des films, soit des films érotiques, le film *Le Tombeau des Lucioles*, puis le film *Watership Down*.

Émotions fortes. Les émotions fortes sont considérées traumatiques par certain·es participant·es (22,86% des sources sensorielles émotionnelles; 2,05% de toutes les sources; $n = 8$). Sept messages abordent les émotions fortes vécues personnellement. En effet, un·e participant·e mentionne que les émotions fortes sont douloureuses physiquement en plus d'être traumatiques, un·e autre aborde les conséquences émotionnelles des émotions fortes, puis une personne nomme que c'est la colère qui est l'émotion la plus forte et traumatique. Un·e participant·e aborde les émotions fortes chez les autres :

Comment supportez vous que les gens qui vous entourent s'emportent, s'agacent, s'énervent ? Moi ça me détruit intérieurement à chaque fois... Je crois que le changement de voix qui accompagne ces émotions négatives y contribue beaucoup (sans compter que leurs raisons me paraissent souvent absurdes, dérisoires, etc. Et je dois faire un gros effort pour ne pas le leur faire savoir). Même si je sais que ce n'est pas tourné contre moi c'est à chaque fois comme une sorte de traumatisme pour moi.

Ne pas se sentir à la hauteur. Deux participant·es nomment que le fait de ne pas se sentir à la hauteur est traumatique (5,71% des sources émotionnelles sensorielles; 0,51% de toutes les sources; $n = 2$). Les difficultés et les échecs combinés sont traumatiques pour la première personne, alors que pour la deuxième ce sont les tâches difficiles à faire, mais qui sont faciles pour les autres, qui créées ce sentiment de ne pas être à la hauteur. Ce·tte même participant·e souligne toutefois l'importance d'accepter l'aide d'autrui pour apprendre, bien que ça puisse être embarrassant et que les commentaires reçus puissent sonner « odieux » et « insupportables ».

Stress. La réaction physiologique du stress est caractérisée comme traumatique selon une personne (2,86% des sources sensorielles émotionnelles; 0,26% de toutes les sources; $n = 1$). Le stress n'a pas été fusionné avec les émotions fortes, puisque le·la participant·e ne mentionne pas l'aspect émotionnel, mais plutôt que le trauma concerne le stress dans des situations quotidiennes.

I get so frustrated and beat myself up as in stressful situations I used to sleep straight away or be so tired I couldnt stay awake. [...] So for example, Friday I was

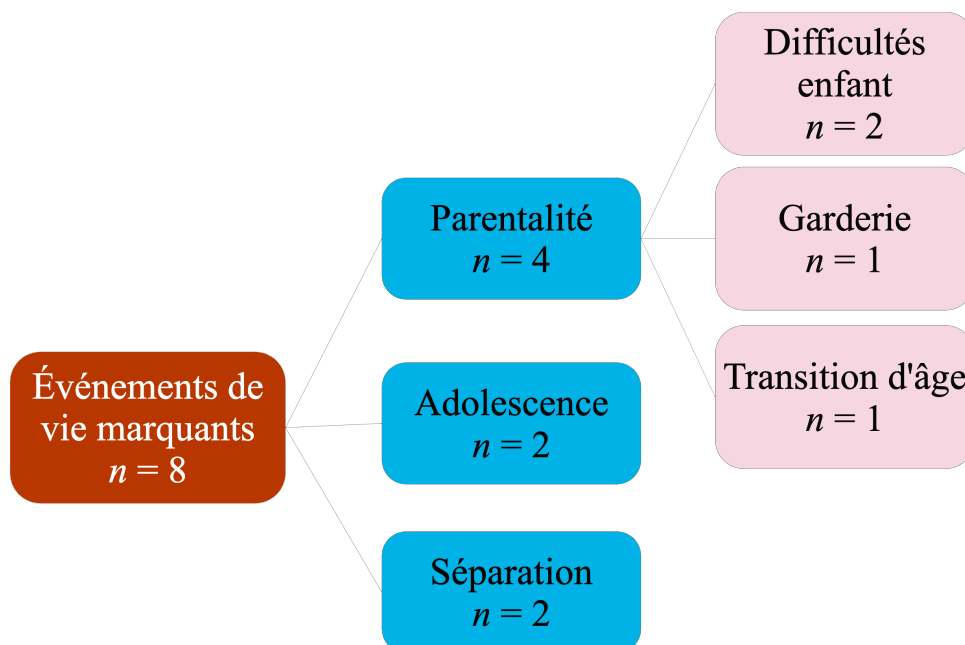
experiencing extreme stress in a situation, I was uncomfortable, started thinking I dont like this right what can I do, then I felt the room going weird like I wasnt there, my brain stopped, I couldnt move, my husband got me outside but I barely remember walking out and I collapsed in a heap followed by a meltdown then extremely tired. As I was still traumatised I was stimming like mad, another shut down episode (if thats what it is) followed by stimming alot and meltdown. I spent the next day exhausted and I hate myself for not being able to do what I want to do and I cant control my body.

Événements de vie marquants

Les événements de vie marquants (2,05% de toutes les sources; $n = 8$) impliquent la parentalité, l'adolescence et les séparations, qui semblent être des changements importants dans la vie des participant·es. La figure 11 démontre visuellement ces composantes traumatiques.

Figure 11.

Les événements de vie marquants : composantes traumatiques



Parentalité. La parentalité (50% des sources traumatiques reliées aux événements de vie marquants; 1,02% de toutes les sources; $n = 4$) s'avère être traumatique lorsque son enfant présente des difficultés, lorsque son enfant est déposé à la garderie et lors des transitions d'âge de son enfant.

Difficultés de son enfant. Les difficultés de son enfant font partie des traumatismes rapportés de la parentalité (50% des sources traumatiques de la parentalité; 0,51% de toutes les sources; $n = 2$). Une personne nomme que les indices de trouble de santé mentale de son fils, se rapprochant des troubles psychotiques, des troubles de l'humeur et de l'autisme, l'ont traumatisée. Elle indique que son fils présentait des difficultés importantes impactant la vie familiale et la vie sociale de l'enfant, lui imposant de mettre en place des mesures pour permettre à son fils de vivre du mieux possible. Le deuxième parent mentionne que l'hospitalisation de sa fille pour présence d'anorexie fut traumatique, en raison de la distance pendant l'hospitalisation et du sentiment de culpabilité ressenti en tant que parent.

Garderie. Un·e participant·e nomme que de déposer son enfant à la garderie lui fut traumatique (25% des sources traumatiques de parentalité; 0,26% de toutes les sources; $n = 1$).

Looking back, I can remember incidents like that when my daughter was about 4 - trying to get her to nursery. Often I had to give up because it just became so traumatic for both of us some mornings, but at the time I put it down to difficulties with her coming to terms with the new baby.

Transition d'âge. La transition d'âge est rapportée comme traumatique par une personne (25% des sources traumatiques de parentalité; 0,26% de toutes les sources; $n = 1$). Les 16 ans de son enfant furent ardues et le parent nomme avoir eu le sentiment de recommencer l'éducation.

Yes, plus I also believe there's a need to train or coach the coaches (parents, carers, significant others) and, in cases like ours, tailor it individually and take account of the ways in which autism is affecting major life transitions. In our case we did start at the earliest age [...] but the transitions from age 16 onwards were so difficult and ultimately traumatic that it feels as though we're back to square one and reparenting young adults in their early twenties.

Adolescence. La confusion des participant·es lors de leur propre adolescence et les changements accompagnant la puberté sont les deux éléments centraux traumatiques de cette période (25% des sources traumatiques reliées aux événements de vie marquants; 0,51% de toutes les sources; $n = 2$).

J'ai une phobie des poils depuis toujours. Je trouve ça crade. C'est pas une histoire de culture ou d'influence j'ai ce rejet depuis l'enfance. Pour moi la puberté a été un vrai traumatisme ! Après j'ai bcp [beaucoup] de chance que je rase ou épile ça met du temps à repousser.

Séparation. La séparation est nommée comme traumatique par deux personnes (25% des sources traumatiques reliées aux événements de vie marquants; 0,51% de toutes les sources; $n = 2$). Une personne mentionne que c'est la séparation de ses parents qui lui fut traumatique. Ce trauma fut d'ailleurs critique sur son diagnostic d'autisme. Le·la participant·e évoque que les traits d'autisme ont augmenté à la suite du divorce de ses parents, mais qu'iel n'a pas obtenu de diagnostic pendant cette période, puisque les professionnel·les mentionnaient que les caractéristiques provenaient du trauma du divorce. L'autre participant·e mentionne que c'est sa séparation personnelle qui fut traumatique après cinq ans de mariage. Ce·tte participant·e n'explique pas en détail ce qui fut traumatique dans la séparation.

Autres

Les autres sources sont celles ayant été abordées que par un·e seul·e participant·e (2,05% de toutes les sources; $n = 8$). Une première personne nomme que le yoga peut être traumatique en raison des difficultés de balance et de proprioception des personnes autistes. Une seconde personne évoque que les discussions sur les forums sont traumatiques en raison des questionnements sur l'autisme que celles-ci lui apportent, et les émotions difficiles vécues dans le cadre des discussions de forums : « We have gone through some traumatic discussions recently and extremely emotive subjects have been raised ». Un·e participant·e nomme qu'une inondation au domicile fut traumatique, puisqu'iel était seul·e et anticipait de se faire électrocuter, le·la menant à appeler les pompiers et les policiers. Pour un·e participant·e, il s'agit des changements dans son quotidien dont iel est traumatisé·e. Un·e participant·e nomme avoir un potentiel TSPT en raison d'une photo ayant été prise pendant un comportement stéréotypé.

But I also rediscovered a photo from about 5 years earlier that showed me engaging in some behaviour which was just a bit more overt. And it helps that I can still remember quite a lot of my own thoughts at that time. I can remember basically thinking, "Why am I acting like this?" I was obviously conscious that my actions at that time might have been 'fun', but they were hardly likely to endear me to either the other in-laws present or to anyone subsequently browsing the photo album. I still find that photo hugely embarrassing; even though I wasn't doing anything remotely anti-social. So I suppose that was the point at which I started to suppress my stims; or at least hide them under somewhat more conventional nervous habits. And if I look at more recent photos (or a mirror), there is still something in my face that I still associate with the stim photo, and brings it all back. It seems almost like a mild chronic form of PTSD.

Un·e participant·e nomme avoir été traumatisé·e par la gastroentérite, l'impactant encore aujourd'hui avec une peur d'être malade. Cette source n'est pas entrée dans la sphère médicale vu l'absence de traitement ou d'hospitalisation, les symptômes de la maladie étant la cause du trauma.

Since I started this post I've realised that some of the sickness fear is probably related a bit to PTSD, possibly, because I remember having gastroenteritis when I was about 8 years old and I could not stop being sick. I remember crying to my Mum asking her, when will it stop.

Une expérience de magasinage semble avoir été traumatique pour un·e participant·e qui nomme être revenu·e traumatisé·e de sa journée. La personne nomme qu'il s'agissait de la première fois qu'elle allait magasiner seule, qu'elle a dû attendre en file, qu'elle a oublié ses lunettes et qu'elle était stressée toute la journée. La dernière personne nomme avoir été traumatisée des camps de vacances et qu'elle a de la difficulté dorénavant avec la collectivité, mais ne spécifie pas pour quelles raisons.

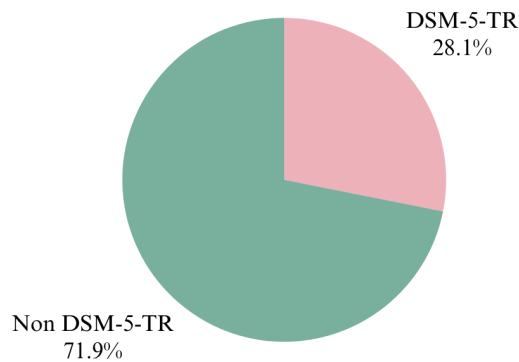
Les sources définies par le DSM-5-TR et non définies par le DSM-5-TR

Le deuxième objectif de l'étude est de déterminer la proportion des sources recensées cadrant dans la définition du DSM-5-TR par rapport aux sources non cadrées dans la définition du DSM-5-TR. Les sources considérées comme traumatiques recensées sur les deux forums ont été fusionnées en deux groupes, soit celles s'appliquant au critère A du diagnostic de TSPT dans le

DSM-5-TR, puis celles ne s'y appliquant pas. Le critère A comprend l'exposition à la mort ou à une menace de mort, à des blessures graves ou à des violences sexuelles : exposition directe; témoin; apprendre qu'un proche a vécu un événement traumatique ou l'exposition répétée à l'un de ces événements traumatiques (APA, 2022). Un total de 64 sources a été recensé. De cet ensemble de sources, 18 sont définies par le DSM-5-TR et 46 ne sont pas définies par le DSM-5-TR. La figure 12 s'avère être le graphique circulaire de ces proportions.

Figure 12.

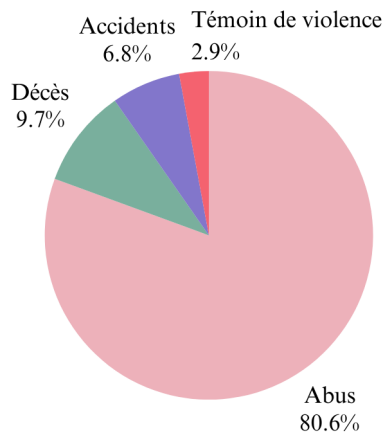
Proportion des sources définies par le DSM-5-TR et non définies par le DSM-5-TR



En ce qui concerne le nombre de messages sur le vécu traumatique, 391 expériences traumatiques sur les deux forums ont été recensées. De ces 391 expériences traumatiques, 103 messages touchent des sources issues des critères du DSM-5-TR pour le TSPT. En ce qui concerne les sources n'étant pas issues du DSM-5-TR, 288 messages ont été recensés. De ce fait même, les sources du DSM-5-TR représentent 26,34% des partages sur les forums, alors que celles n'étant pas incluses dans le DSM-5-TR représentent 73,66% des sources recensées. Les sources considérées comme traumatiques n'étant pas catégorisées dans le DSM-5-TR représentent plus du double de celles présentes dans le DSM-5-TR. Plus précisément, les sources définies par le DSM-5-TR s'avèrent être les abus, soit psychologiques, physiques, sexuels et non spécifiés; les décès; les accidents et d'être témoin de violence. La proportion des sources du DSM-5-TR rapportées est présentée dans la figure 13.

Figure 13.

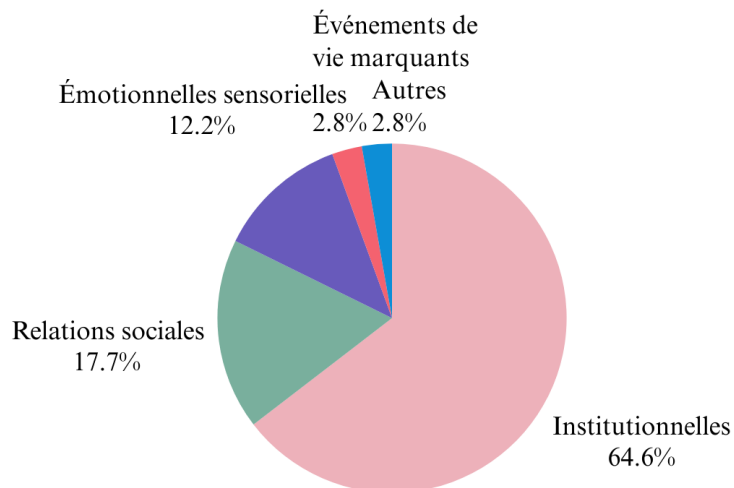
Proportion des sources rapportées définies par le DSM-5-TR



Pour les sources non définies par le DSM-5-TR, cinq catégories de sources ont été recensées, soit les sources institutionnelles, comportant l'école, la sphère médicale, le travail, les processus judiciaires et la protection de la jeunesse; les relations sociales; les sources sensorielles émotionnelles; les périodes de vie marquantes; et les autres sources. La proportion des sources traumatiques rapportées non définies dans le DSM-5-TR est présentée dans la figure 14.

Figure 14.

Proportion des sources rapportées non définies par le DSM-5-TR



Comparaison des sources traumatiques de Kerns et al. (2022)

Le troisième objectif de cette présente étude visait l'analyse des sources traumatiques recensées sur les forums en fonction des résultats de l'article de Kerns et al. (2022). Cet objectif permet ainsi d'évaluer dans quelle proportion la catégorisation des sources traumatiques de Kerns et al. (2022) est reproduite dans le présent mémoire. Cette étude avait pour objectif de recenser les sources traumatiques à l'enfance présentes chez les personnes autistes, à l'aide d'entrevues auprès de 14 personnes autistes et 15 preneur·euses de soin. Le *Trauma History Questionnaire* (THQ; Berkowitz et al., 2011; Stover et al., 2010) et des entrevues qualitatives ont permis de recenser l'ensemble des expériences traumatiques vécues. L'article de Kerns et al. (2022) catégorise un total de 16 sources traumatiques de l'enfance par les personnes autistes (Tableau 2).

Sur un total de 64 sources recensées sur les forums, huit ne font pas partie de la catégorisation de Kerns et al. (2022), puis 56 en font partie. L'ensemble des sources de Kerns et al. (2022) sont recensées dans les deux forums. Les accusations non fondées; être sans emploi; les autres sources de travail; les processus judiciaires; les autres sources sociales; ne pas se sentir à la hauteur; le stress; et le fait de laisser son enfant à la garderie sont les sources recensées des forums n'étant pas présentes dans la catégorisation de Kerns et al. (2022). Par conséquent, 87,5% des sources recensées dans le mémoire sont présentes dans la catégorisation de Kerns et al. (2022). L'ensemble des sources de Kerns et al. (2022) sont reproduites dans la présente étude.

Tableau 2.

Catégorisation des sources traumatiques de Kerns et al. (2022), leur définition et les sources des forums associées

Sources de Kerns et al. (2022)	Définitions	Sources associées recensées sur les forums (Voir tableau 1 pour les sources détaillées)
1- Restriction physique et sédation	Emprise physique ou avec médication.	(35) (36)
2- Perte d'autonomie et analyses de professionnels à l'égard du participant	Placement en institutions, environnements restrictifs ou thérapies restrictives.	(31) (35) (46)
3- Perte d'opportunités et de détermination de soi	Perte d'opportunités pour développer son autonomie ou des apprentissages.	(26) (28) (29) (46)

4- Intimidation	Agression émotionnelle, physique ou interpersonnelle.	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (11) (12) (13) (14) (19) (20) (27) (29) (32) (37) (38) (40)
5- Isolement social et aliénation	Sentiment de déconnexion, d'isolement et de différence.	(19) (22) (25) (26) (28) (37) (39) (47) (48) (49) (50)
6- Discrimination et stigmatisation	Discrimination en raison de l'autisme, du genre ou de l'origine ethnique.	(1) (2) (3) (4) (11) (12) (13) (14) (19) (20) (25) (32) (34) (37) (38) (46) (47) (49)
7- Trahison	Ne pas être cru relativement aux abus, manquer de support.	(20) (26) (29) (32) (33) (38) (47) (49)
8- Expérience sensorielle	Stimuli environnementaux créant une détresse, de l'anxiété ou des douleurs physiques, interprétation de phénomènes comme étant dangereux.	(23) (31) (35) (54) (55) (56) (64)
9- Transitions et changements	Transitions exigeant des habiletés de coping pour affronter les changements, changements dans la routine quotidienne, changements de milieux avec de nouvelles règles, tâches et procédures.	(21) (24) (32) (42) (61) (62) (63) (64)
10- Confusion sociale	Difficultés à comprendre les intentions des autres.	(22) (26) (39) (48) (51) (52)
11- Abus physiques	Intimidation physique, contentions, ou résistances sensorielles ignorées.	(5) (6) (7) (11) (12) (13) (14) (19) (20)
12- Abus sexuels	Abus touchant la sexualité de la personne, son intimité.	(8) (9) (10) (11) (12) (13) (14)
13- Instabilité du domicile	Changements de domiciles, vivre dans des hébergements pour victimes de violence ou pour personnes en situation d'itinérance.	(40)
14- Exposition à des troubles de santé mentale importants	Tentatives de suicide, violence, automutilation, pensées délirantes, paranoïa, <i>stalking</i> , abus de substances, chez un proche.	(15) (18) (27) (59)
15- Perte d'êtres chers	Décès ou perte d'un proche, incluant la séparation d'un enseignant à la fin de l'année scolaire ou toutes autres séparations.	(15) (16) (24) (47) (63)

16- Blessures et maladies	Blessures ou maladies nécessitant des soins médicaux, incluant lorsqu'elles ne sont pas une menace à la vie; obtention de soins médicaux.	(17) (30) (31) (35)
<i>Aucune source</i>	La source rapportée sur les forums n'est pas reproduite dans l'article de Kerns et al. (2022).	(41) (43) (44) (45) (53) (57) (58) (60)

Note. Cette catégorisation des sources est recensée de l'article de Kerns et al. (2022). Les numéros des sources provenant des forums se retrouvent à l'annexe B.

Discussion

La présente étude vise l'exploration des sources considérées comme traumatiques par des personnes s'identifiant autistes, exprimées sur des forums. Trois questions y ont été répondues, soit : (1) quelles sont les sources traumatiques rapportées par des personnes autistes ? (2) quelle est la proportion des catégories soulevées entrant dans la définition du DSM-5-TR ? (3) dans quelle proportion la catégorisation des sources traumatiques de Kerns et al. (2022) est reproduite dans cette présente étude? Afin de répondre à ces questions de recherche, une analyse thématique de l'ensemble des messages de deux forums a d'abord été effectuée, permettant de faire émerger l'ensemble des sources traumatiques. Par la suite, un codage manuel a permis de calculer la proportion de sources cadrant dans le DSM-5-TR et celles non cadrées dans le DSM-5-TR. Ce même calcul a été effectué afin de déterminer dans quelle proportion les sources de Kerns et al. (2022) ont été reproduites dans le présent mémoire.

Dans l'ensemble, 64 sources traumatiques ont émergé, l'intimidation, les abus psychologiques, la maltraitance au travail et la négativité dans les relations sociales étant les plus recensées. Certaines des sources rapportées ne sont pas que traumatiques pour les personnes autistes. Les abus, les décès, les accidents et le fait d'être témoin de violence sont potentiellement traumatiques pour la population générale. Ces sources sont d'ailleurs celles qui permettent d'apposer un diagnostic de TSPT selon le DSM-5-TR (APA, 2022). Toutefois, il est plausible que certaines particularités de l'autisme accentuent les répercussions de ces sources, comme il en est le cas avec le suicide. Un·e participant·e évoque le trauma du suicide de son amie, mais mentionne également qu'il a été initialement un défi de se faire des ami·es. Dans ce cas-ci, les difficultés

sociales peuvent être une difficulté supplémentaire, amplifiant les répercussions du trauma relatif au suicide. Concernant les deuils de façon générale, un·e participant·e évoque l'hypothèse que le processus de deuil serait plus long chez les personnes autistes. Plusieurs études suggèrent que le deuil serait en effet plus difficile chez les individus avec un trouble développemental ou une déficience intellectuelle, en raison des difficultés sociales et de compréhension du concept abstrait qu'est la mort (Bonin et al., 2024; Hume et al., 2016). Toutefois, peu d'études portent spécifiquement sur les personnes autistes, la majorité généralisant les résultats aux troubles développementaux. Hume et al. (2016) sont d'avis qu'il est possible que les répercussions soient similaires entre les personnes autistes et celles ayant des troubles développementaux, en raison des difficultés sociales et de compréhension qui peuvent être similaires. Ainsi, il est plausible que les répercussions des sources traumatiques, bien que généralisables à la population, puissent être accentuées en raison de certaines particularités de l'autisme.

À l'inverse, de ces sources, quelques-unes se montrent spécifiques à la population autiste, telles que certaines thérapies, les diagnostics tardifs, les stimuli sensoriels ou encore les relations sociales. Il est rapporté que l'obtention du diagnostic apporte une meilleure compréhension de soi. De ce fait, les participant·es nomment que l'absence du diagnostic pendant l'enfance est traumatique en raison de l'isolement, de l'incompréhension et du manque de support. Une étude s'est intéressée aux expériences de femmes ayant obtenu leur diagnostic d'autisme à l'âge adulte (Leedham et al., 2020). Les résultats de cette étude démontrent que le camouflage (*ang.* masking) des caractéristiques de l'autisme était mis de l'avant préalablement au diagnostic, afin d'assurer une intégration sociale et le sentiment d'être comme autrui. Ce camouflage impose à la personne de mettre en place des comportements considérés « neurotypiques » selon la population générale, ce qui créerait des enjeux de santé mentale en raison des efforts importants et de l'incompréhension de soi (Leedham et al., 2020). Les résultats de la présente étude se montrent alors cohérents avec la littérature existante, vu les enjeux de santé mentale et les efforts importants qui peuvent être traumatiques pour les participant·es. En ce qui concerne la sphère sensorielle, l'hypersensibilité, parfois présente chez les personnes autistes, pourrait expliquer l'aspect traumatique des stimuli sensoriels chez cette population spécifique (APA, 2022).

La définition d'un événement traumatique par le DSM-5-TR est développée de façon précise et concise, comme attendu dans la recherche. Cependant, certaines sources recensées ne cadrent pas dans le DSM-5-TR et ne sont pas nécessairement spécifiques à la clientèle autiste. Ces

sources démontrent d'autant plus l'aspect restrictif de la définition, ce qui limite la population générale à l'obtention du diagnostic. Toutefois, il est difficile d'évaluer si ces sources sont généralisables sans l'obtention de données concernant les personnes autistes. L'école, le personnel médical, le travail, les processus judiciaires, la protection de la jeunesse, les émotions fortes et les événements de vie marquants en sont le cas. Certaines caractéristiques de l'autisme pourraient néanmoins expliquer l'exposition significative de cette population spécifique à ces sources. L'intimidation à l'école a été hautement recensée, tout comme la maltraitance au travail. Plusieurs études soutiennent que la victimisation par les pairs est corrélée aux difficultés sociales et de communication (Cappadocia et al., 2012; Ung et al., 2016). Concernant la maltraitance par les employeur·euses, il est plausible de penser que les caractéristiques spécifiques aux personnes autistes, entre autres les difficultés sociales et de communication, puissent exacerber cette maltraitance par les supérieur·es, mais également rendre le cadre professionnel traumatique, notamment en raison de la difficulté à exprimer ses émotions et ses limites. Autrement, le personnel médical et scolaire est rapporté comme traumatique, ce qui pourrait être expliqué par le manque de formations et de sensibilisation. Les messages des forums explicitent cependant des situations rétrospectives, l'autisme étant donc potentiellement moins connu et les formations sensibilisées à l'époque des événements recensés. Une étude a été élaborée concernant la vision des étudiant·es autistes sur les caractéristiques d'un·e bon·ne enseignant·e (Hummerstone et Parsons, 2021). Les participant·es s'entendent pour dire que les adaptations devraient viser une meilleure intégration; une modification dans la communication; une intégration des intérêts des étudiant·es dans les discussions; un aménagement de l'environnement en fonction des sensibilités sensorielles, et une prévention des frustrations et des situations stressantes pour les étudiant·es (Hummerstone et Parsons, 2021). Il est d'ailleurs important que les enseignant·es s'adaptent non seulement au diagnostic d'autisme, mais aussi au trauma de ces élèves, particulièrement vu la vulnérabilité des personnes autistes aux traumas. Une revue narrative s'est intéressée à l'importance d'intégrer l'approche centrée sur le trauma avec les personnes autistes dans les écoles (*ang.* Trauma-informed care; Berger et al., 2021). Les résultats démontrent que l'attachement entre l'enseignant·e et l'élève autiste; l'enseignement de stratégies pour réguler les émotions et les comportements-défis; et l'autonomie permettent de réduire les symptômes de traumas et d'autisme, puis d'améliorer le fonctionnement scolaire (Berger et al., 2021).

Au même titre, la sphère médicale a été recensée comme traumatique et, tout comme les enseignant·es, le manque d'empathie et de connaissances sont des caractéristiques rapportées décrivant certains membres du personnel médical. Une revue systématique s'est intéressée à cette réalité médicale et évoque effectivement le manque de connaissances et le manque de flexibilité des employé·es, mais ajoute d'autres barrières à la qualité des services, telles que le manque de temps et de ressources (Walsh et al., 2023). Autrement, le manque de sensibilisation à l'autisme pourrait également expliquer les traumatismes des processus judiciaires. Les stimuli sensoriels des salles de cours, combinés avec le stress des procédures judiciaires, peuvent se montrer traumatiques. Peu d'études existent sur les adaptations à mettre en place lors de la réception d'une personne autiste dans les salles de procès. Une étude a toutefois été rédigée afin d'outiller les juges en présence d'une personne autiste au tribunal. Cette étude stipule entre autres que le langage doit être adapté; que l'assistance d'un·e expert·e peut être utile; et qu'il importe de prendre conscience des stimuli de l'environnement (Berryessa, 2020).

Ensuite, les émotions ont été rapportées comme traumatiques en raison des répercussions physiologiques de celles-ci et, selon la littérature, les personnes autistes peuvent présenter des difficultés de régulation émotionnelle (APA, 2022). Une étude par Conner et al. (2020) est d'ailleurs venue à la conclusion qu'il y aurait présence d'une association entre l'anxiété et les difficultés de régulation émotionnelle chez la population autiste. Pour le stress, pareillement rapporté, il pourrait être expliqué par les difficultés à mettre en place des stratégies de coping. En effet, une étude par Hirvikoski et Blomqvist (2015) stipule que les personnes autistes rapporteraient un stress subjectif significativement plus élevé que la population alliste, et ce avec une présence moindre d'habiletés pour gérer ce stress. Ainsi, bien que des traumatismes d'école, du personnel médical, du travail, des processus judiciaires, de la protection de la jeunesse, des émotions fortes et des événements de vie marquants soient potentiellement aussi présents chez la population générale, certaines particularités de l'autisme, notamment la difficulté de régulation des émotions et les difficultés sociales, ainsi que le manque de sensibilisation, pourraient accentuer les traumatismes à la suite de l'exposition à l'une de ces sources.

En ce qui a trait aux conséquences partagées sur les forums, celles-ci sont relativement similaires selon les différentes sources traumatiques. Bien que l'extraction des conséquences n'était pas l'un des objectifs initiaux de l'étude, il était intéressant de recenser, lors des analyses, certains points de vue des participant·es concernant les répercussions des événements traumatiques

thématisés. Une étude spécifique aux conséquences des traumatismes chez les personnes autistes serait essentielle pour valider ces résultats. Les participant·es décrivent entre autres une perte de confiance en soi; une perte de relations familiales; de l'isolement; une crainte d'aller à l'extérieur; de la reviviscence et de l'irritabilité pour les impacts des événements cadrés dans le DSM-5-TR. Pour les répercussions des événements qui ne sont pas définis dans le DSM-5-TR, les participant·es partagent la présence d'une phobie sociale; de l'isolement; un manque de confiance en autrui; des impacts physiques tels que l'envie fréquente d'uriner, des maux de tête et une perte de poids; de l'anxiété; des idéations suicidaires; des reviviscences; des cauchemars; des crises de panique; de l'insomnie; et une perte de confiance en soi. Ces conséquences ne sont qu'une infime partie de ce qui est partagé sur les forums. Il est notable que ces répercussions sont similaires avec les événements définis par le DSM-5-TR. Certaines des conséquences recensées, qu'elles soient du DSM-5-TR ou non, sont d'ailleurs présentes dans les critères diagnostiques du TSPT, telles que l'insomnie, la reviviscence; les cauchemars; ou encore les croyances négatives sur soi et sur autrui (APA, 2022). Ainsi, les répercussions d'un événement traumatique sont similaires, peu importe si cet ÉPT cadre dans la définition du DSM-5-TR ou non. Les événements qui ne sont pas inclus dans le critère A du TSPT peuvent d'ailleurs mener à des manifestations qui font partie des symptômes du TSPT. Ces résultats s'alignent avec ceux de Rumball et al. (2020), décrétant que certains participant·es ayant vécu des événements ne cadrant pas dans la définition du DSM-5 présentent des manifestations de TSPT. De plus, selon les résultats, la prévalence des événements traumatiques ne cadrant pas dans le DSM-5-TR est plus importante que celle des événements du DSM-5-TR, comme l'indiquent Copeland et al. (2010). En revanche, sans le diagnostic de TSPT, il peut être difficile d'obtenir un support ou des services, d'où l'importance de prendre en considération les événements de faible ampleur et la subjectivité de la perception de la personne lors de l'évaluation du TSPT.

Les résultats du mémoire s'alignent également avec l'étude de Kerns et al. (2022) comme le démontre le troisième objectif. La présente étude a recensé l'ensemble des sources de la catégorisation de Kerns et al. (2022) et a permis d'en relater huit supplémentaires, soit les accusations non fondées; le fait d'être sans emploi; les autres sources de travail; les processus judiciaires; les autres sources sociales; le fait de ne pas se sentir à la hauteur; le stress; et le fait de laisser son enfant à la garderie. Spécifions cependant que le mémoire ne se centrerait pas uniquement sur les sources traumatiques à l'enfance, contrairement à l'étude de Kerns et al. (2022), pouvant

partiellement expliquer ces résultats. Notamment, la sphère du travail et celle de la parentalité sont des sources qui se vivent plutôt à l'âge adulte. Plusieurs définitions des catégories de l'étude de Kerns et al. (2022) pouvaient toutefois être attribuées à des événements présents à l'âge adulte, comme la maltraitance au travail qui entre dans la définition de l'intimidation. De ce fait, certaines sources du présent mémoire, bien que davantage spécifiques aux adultes, s'associaient à la catégorisation.

Limites et forces

L'une des limites du mémoire s'avère être l'absence du critère d'inclusion d'un diagnostic professionnel sur les forums, nous obligeant à généraliser les participant·es à des personnes qui s'identifient comme étant autistes. Cette généralisation nous restreint à venir nuancer les conclusions faites en fonction de la présence du trouble neurodéveloppemental. Il est également plausible que la décision de l'usage d'une approche inductive ait pu impacter l'organisation des sources et leur structure. En effet, un cadre théorique aurait pu être pertinent dans l'étude pour supporter l'analyse thématique et la recension des thèmes traumatiques. Toutefois, comme souvent proposé dans l'approche épistémologique des études qualitatives, l'aspect inductif permet d'éviter des biais dans la recension des vécus et uniquement permettre une focalisation sur les points de vue des participant·es, sans la prise en considération de ce qui existe déjà dans la littérature. Ce choix a d'autant plus été justifié par le peu d'études sur le trauma chez les personnes autistes. Similairement, la structure des sources recensées n'est pas optimale pour évaluer la fréquence d'exposition aux différentes sources de traumas. Effectivement, certains événements auraient pu être regroupés selon leurs caractéristiques semblables, augmentant de ce fait même le nombre de personnes ayant vécu l'ÉPT, par exemple l'intimidation qui aurait pu être regroupée avec la maltraitance au travail. Cependant, ayant un objectif qualitatif de recension des différents vécus, chacun des thèmes a été divisé de façon singulière et détaillée pour reprendre textuellement le vécu des participant·es et éviter des biais d'inférence. Les sources sont alors nombreuses et détaillées, permettant de réellement recenser le point de vue de l'ensemble des participant·es, qu'il soit unique ou récurrent. Ensuite, les forums exigent le partage par écrits, excluant alors les personnes analphabètes ou les personnes non verbales, ce qui tend à diminuer la transférabilité des résultats. Il est toutefois important de spécifier qu'étant donné le paradigme qualitatif du projet, l'objectif n'est pas de généraliser les résultats dans la population. Également, puisqu'uniquement les messages comportant le terme « trauma* » ont été recensés, il est plausible que certains messages

décrivant une expérience traumatique aient été exclus si ce mot précis n'était pas indiqué. De plus, l'absence d'informations supplémentaires sur les participant·es, telles que le statut socio-économique, l'âge, le sexe, le genre ou l'origine ethnique, rend impossible d'émettre un portrait global. L'ensemble des données sont autorapportées et traitent d'événements du passé. De cette façon, certains messages peuvent être sujets à des biais de rappel. De plus, il est possible que les sources de traumatismes aient évolué, entre autres en ce qui concerne les formations des professionnel·les sur l'autisme. Un autre point pouvant limiter les résultats est la surutilisation des termes « trauma » et « traumatisé » pour décrire des situations désagréables, sans pour autant avoir réellement vécu un traumatisme. Le manque de définition consensuelle du terme « trauma » pourrait expliquer cette limite actuelle dans la littérature. D'un autre côté, il est plausible que certaines personnes soient incommodées à partager des événements traumatiques publiquement, limitant d'autant plus de résultats potentiels, entre autres en ce qui concerne les abus sexuels. Finalement, il est impossible d'obtenir plus d'informations ou de détails auprès des participant·es concernant les sources traumatiques, vu les données sur des forums.

Plusieurs forces sont présentes dans cette étude, entre autres par l'usage des forums comme base de données. En effet, les forums permettent l'inclusion de participant·es qui ne se seraient pas nécessairement impliqués dans des études plus traditionnelles puis, permettent des échanges du milieu naturel, contribuant à une liberté et une spontanéité qui n'auraient pas été analogues dans un contexte artificiel. De ce fait même, il y a possibilité d'anonymat qui n'aurait pas été l'occurrence dans un contexte d'entrevues. L'étude démontre aussi d'une bonne validité descriptive, en raison des descripteurs à faible inférence que sont les forums, empêchant ainsi la subjectivité. Les citations des participant·es ont permis une description juste des paroles. Par le même facteur diminuant les potentiels biais, soit la présence de descripteurs à faible inférence, le mémoire fait preuve d'une bonne validité interprétative, ne laissant pas la place à l'interprétation des chercheur·euses. Également, la validité et la fidélité du codage ont été vérifiées à l'aide du PI de Scott (Scott, 1955), qui a été satisfaisant, démontrant alors d'une validité de codage significative.

Implications

Afin de développer des mesures préventives et des interventions ciblées, il importe de développer les connaissances quant aux sources de traumas chez les personnes autistes (Allely et Faccini, 2019; Cazalis et al., 2022; Hoch et Youssef, 2020; Kerns et al., 2015). Avant de s'intéresser à l'efficacité des interventions ou à l'évaluation des symptômes, il est primordial de

mettre en lumière le vécu des personnes concernées et de réellement comprendre quelles situations et quels événements sont vécus comme traumatiques. Ces connaissances auront un impact direct en permettant d'éviter l'exposition répétée des personnes autistes à des situations traumatisantes et permettront de guider les recherches futures. Pour éviter une polyvictimisation, la connaissance poussée des sources de traumatismes est nécessaire. Il est également indispensable d'impliquer les personnes autistes et de s'intéresser à leur vécu, en intégrant la notion du « par et pour » dans les études; en donnant une voix aux personnes autistes; et en priorisant un paradigme qualitatif pour assurer une implication soutenue et une authenticité dans les résultats. La présente étude s'inscrit dans l'approche du *Trauma-Informed Care* (2021), soutenant l'importance que les professionnel·les de la santé prennent connaissance de l'ensemble du vécu des personnes rencontrées dans le cadre de leur pratique. Le *Trauma-Informed Care* (2021) implique de considérer ce vécu, de reconnaître les signes susceptibles d'être reliés aux traumatismes et d'éviter une revictimisation inconsciente. Cette approche permet entre autres d'augmenter l'engagement des client·es, leur adhérence aux interventions et leur compréhension de soi (*Trauma-Informed Care*, 2021). Le présent projet vise une première étape à l'approche du *Trauma-Informed Care*, par la mise en lumière des sources pouvant être traumatiques pour les personnes autistes, permettant aux professionnel·les de se questionner sur la présence de ces sources dans le vécu de leurs usager·ères. Le mémoire démontre également les répercussions possibles des sources n'étant pas considérées dans les diagnostics de TSPT, invitant d'emblée les professionnel·les à rester ouvert sur les indices de TSPT malgré l'absence d'un événement relié aux critères diagnostiques. Il alimentera certainement les réflexions concernant le développement d'outils d'évaluation et d'intervention adaptés aux personnes autistes et plus inclusifs aux groupes marginalisés. Ainsi, les retombées cliniques contribueront au bien-être des personnes autistes et à la qualité des soins offerts.

Liens avec la psychoéducation

Les résultats du mémoire se rattachent au domaine de la psychoéducation, qui a pour mandat d'assurer l'équilibre entre l'individu et son environnement (Gendreau, 2001). Cette approche a pour objectif la réadaptation et l'atténuation de comportements-défis auprès de plusieurs types de clientèles, entre autres les personnes autistes. Par la recension des sources traumatiques, le·la psychoéducateur·ice pourra prendre en considération ces spécificités de l'environnement afin d'assurer une prévention et une intervention propice et efficace. La psychoéducation présente huit opérations professionnelles permettant d'émettre une intervention

appropriée et valide, soit l'observation, l'évaluation pré-intervention, la planification, l'organisation, l'animation, l'utilisation, l'évaluation post-situationnelle et la communication. Les résultats du mémoire contribuent à l'efficacité de la mise en place de ces opérations. Considérer la réalité des personnes autistes et ce qui peut contribuer à des répercussions traumatiques permet non seulement une observation rigoureuse, mais également une évaluation du potentiel adaptatif (PAD) et du potentiel expérientiel (PEX) complète, afin de mettre en place des interventions appropriées et qui prennent en considération la réalité complète de l'utilisateur. L'évaluation est prédéterminante au bon déroulement de l'intervention et elle impose de considérer l'ensemble des sphères présentes dans la vie de l'individu. De cette façon, les résultats du mémoire permettront de guider les intervenant·es dans l'évaluation de potentiels traumatismes, contribuant à une intervention adéquate. Les résultats du mémoire démontrent également les répercussions que peuvent avoir certains événements dans le quotidien des personnes autistes, notamment sur la santé mentale et sur les comportements-défis. La prévention de ces événements permettrait l'atténuation de certains impacts, entre autres à l'aide d'interventions psychoéducatives. Les six schèmes relationnels sont une seconde notion essentielle de la psychoéducation. Ces schèmes incluent notamment la considération, l'empathie et la sécurité. La présente étude peut être reliée à l'application de ces schèmes, soit incontestablement par la considération de la réalité complète de l'individu et des sources pouvant être traumatiques, bien que non considérées dans l'approche médicale statuéée dans le DSM-5-TR. Elle permet d'être empathique à la réalité des personnes autistes et d'assurer une sécurité en évitant la victimisation inconsciente de cette population initialement à risque d'exposition à des ÉPT. Somme toute, la recension du vécu traumatique des personnes autistes permettra de guider les psychoéducateur·ices pour assurer des évaluations psychoéducatives propices et valides, contribuant de ce fait même à des interventions efficaces, puis à la mise en place et au respect des schèmes relationnels pour promouvoir à une relation de confiance avec l'utilisateur.

Perspectives de recherches futures

Vu les résultats de la présente étude, il demeure important de poursuivre les recherches sur le trauma chez les personnes autistes. Il s'avère que plusieurs sources de traumatismes sont spécifiques à la clientèle autiste et que peu d'études se sont centrées sur le sujet. Des interventions et des outils adaptés à cette réalité seront nécessaires dans le futur pour accompagner cette clientèle. Il serait pertinent de prendre en considération dans les prochaines études le genre et le sexe, le

statut socio-économique, puis l'origine ethnique. Certaines sources de traumatismes pourraient potentiellement être associées à ces variables, notamment les examens médicaux faits par les hommes; les diagnostics tardifs qui sont statistiquement plus fréquents chez les femmes (Agence de santé publique du Canada, 2022; Loomes et al., 2017); ou encore les finances qui peuvent être plus traumatiques chez les personnes avec un faible statut économique. Ainsi, il serait intéressant d'analyser les différences dans les perceptions de ces événements en tenant compte de l'intersectionnalité entre le diagnostic d'autisme, puis le sexe, le genre, le statut socio-économique ou encore l'origine ethnique. Dans un même ordre d'idées, il pourrait être intéressant d'élaborer une étude similaire avec d'autres groupes marginalisés, tels que les personnes en situation d'itinérance, les personnes avec un handicap physique ou les personnes avec une identité de genre minoritaire, afin de comparer les sources traumatiques entre ces groupes, celles de la population générale et celles de la population autiste. Il pourrait être pertinent d'élaborer une étude comparative sur les sources considérées traumatiques chez les personnes autistes et celles chez les personnes allistes. Une comparaison permettrait de mettre en perspective les sources traumatiques généralisées à la population, et celles spécifiques aux personnes autistes, puis de fournir une définition du trauma représentative de l'ensemble des expériences individuelles. De façon analogue, une étude comparative avec les mêmes bases de données pourrait être pertinente afin d'évaluer les différentes sources de traumatismes selon le forum français et le forum anglais. Dans le cadre de ce mémoire, l'objectif était de faire un portrait général des sources traumatiques chez la population autiste étant donnée la nouveauté du sujet. Les bases de données ont ainsi été fusionnées pour en faire qu'une seule. Toutefois, il pourrait être pertinent dans le futur d'élaborer une étude permettant de comparer ces sources en fonction des deux forums. Finalement, il pourrait être important d'élaborer une étude collaborative qualitative afin d'évaluer la perception des personnes autistes concernant les sources de traumatismes présentes dans les outils actuels évaluant le trauma. Selon les résultats de cette dernière étude, un outil d'évaluation du trauma adapté aux personnes autistes pourrait être développé en incluant les résultats du présent projet de recherche. À la suite de l'élaboration d'un questionnaire adapté, il pourrait être intéressant de faire une étude quantitative afin d'obtenir un portrait généralisable à un nombre de participant·es significatif.

Conclusion

L'objectif de ce mémoire était d'explorer les sources considérées comme traumatiques par des personnes s'identifiant autistes, ayant exprimé leurs expériences sur des forums. L'étude répondait à ces trois questions de recherche : (1) quelles sont les sources traumatiques rapportées par des personnes autistes ? (2) quelle est la proportion des catégories soulevées entrant dans la définition du DSM-5-TR ? (3) dans quelle proportion la catégorisation des sources traumatiques de Kerns et al. (2022) est reproduite dans cette présente étude? Les analyses ont permis de recenser une soixantaine de sources, dont la majorité n'étant pas considérée lors de l'établissement d'un diagnostic de TSPT par le DSM-5-TR. De ce fait même, le mémoire permet de mettre en lumière l'importance de l'appréciation de la subjectivité lors de l'exposition à une situation potentiellement traumatique. Une expérience qui peut sembler de moindre sévérité peut s'avérer traumatique pour certain·es et imposer des conséquences importantes. Le présent mémoire a également permis de corroborer les résultats de Kerns et al. (2022), ainsi que d'y ajouter huit sources traumatiques. Une entrée en matière a pu être faite concernant les conséquences plausibles lors de l'exposition à des événements traumatiques chez les personnes autistes. Il serait pertinent de poursuivre les études portant sur le trauma chez les personnes autistes, ainsi que sur les conséquences potentielles des événements considérés traumatiques chez cette population à risque. Les études permettront de sensibiliser les professionnel·les sur les expériences subjectives et les répercussions possibles de ces événements chez les personnes autistes, afin de les considérer dans les interventions, puis de rester sensible sur des indices pouvant être reliés à un potentiel trauma, particulièrement vu la difficulté de communication parfois présente chez cette clientèle.

Références

- Académie canadienne des sciences de la santé (2022). *L'autisme au Canada : réflexions pour l'élaboration de futures politiques publiques. Croisements entre les données probantes et les savoirs expérientiels*. Ottawa (Ont.) : comité de direction de l'évaluation sur l'autisme, ACSS. <https://cahs-acss.ca/evaluation-sur-lautisme/?lang=fr>
- Agence de santé publique du Canada (2022, mars). *Trouble du spectre de l'autisme : faits saillants de l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes de 2019*. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.3.06f>
- Allely, C. S. et Faccini, L. (2019). The importance of considering trauma in individuals with autism spectrum disorder: Considerations and clinical recommendations. *Journal of Forensic Practice*, 22(1), 23-28. <https://doi.org/10.1108/JFP-11-2019-0049>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- American Psychological Association. (2022). *Autism Spectrum Disorder*. APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/>
- Bargiela, S., Steward, R., et Mandy, W. (2016). The experiences of late-diagnosed women with autism spectrum conditions: An investigation of the female autism phenotype. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(10), 3281–3294. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2872-8>
- Bauminger, N., et Kasari, C. (2000). Loneliness and friendship in high-functioning children with autism. *Child Development*, 71(2), 447-456.
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., Shahly, V., Stein, D. J., Petukhova, M., Hill, E., Alonso, J., Atwoli, L., Bunting, B., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Huang, Y., ... Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the world mental health survey consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327-343. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>
- Berger, E., D'Souza, L., et Miko, A. (2021). School-based interventions for childhood trauma and autism spectrum disorder: A narrative review. *Educational and Developmental Psychologist*, 38(2), 186-193.
- Berkowitz, S. J., Stover, C. S., et Marans, S. R. (2011). The child and family traumatic stress intervention: Secondary prevention for youth at risk of developing PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(6), 676–685. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02321.x>
- Berryessa, C. M. (2020). Defendants with Autism Spectrum Disorder in Criminal Court: A Judges' Toolkit. *Drexel L. Rev.*, 13, 841.

- Blais, M. et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1–18. <https://doi.org/10.7202/1085369ar>
- Bleil Walters, J., Hughes, T. L., Sutton, L. R., Marshall, S. N., Crothers, L. M., Lehman, C., Paserva, D., Talkington, V., Taormina, R. et Huang, A. (2013). Maltreatment and depression in adolescent sexual offenders with an autism spectrum disorder. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22(1), 72-89.
- Bonin, M., Augustine, L., et Meng, Q. (2024). Beyond Silence: A scoping review of provided support for grieving children with intellectual disabilities or autism spectrum disorder. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 0(0).
- Bottema-Beutel, K., Kapp, S. K., Lester, J. N., Sasson, N. J., et Hand, B. N. (2021). Avoiding ableist language: Suggestions for autism researchers. *Autism in Adulthood: Challenges and Management*, 3(1), 18–29. <https://doi.org/10.1089/aut.2020.0014>
- Braun, V., et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Brenner, J., Pan, Z., Mazefsky, C., Smith, K. A., Gabriels, R. et Autism and Developmental Disorders Inpatient Research Collaborative (ADDIRC). (2018). Behavioral symptoms of reported abuse in children and adolescents with autism spectrum disorder in inpatient settings. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(11), 3727-3735. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3183-4>
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., et Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103(4), 670–686. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.103.4.670>
- Brian, J. A., Zwaigenbaum, L., et Ip, A. (2019). Les normes de l'évaluation diagnostique du trouble du spectre de l'autisme. *Paediatrics & Child Health*, 24(7), 452-460.
- Bury, S. M., Jellett, R., Spoor, J. R., et Hedley, D. (2023). "It defines who I am" or "It's something I have": What language do [autistic] Australian adults [on the autism spectrum] prefer?. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(2), 677–687. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04425-3>
- Cappadocia, M. C., Weiss, J. A., et Pepler, D. (2012). Bullying experiences among children and youth with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 266-277.
- Carmassi, C., Barberi, FM., Cordone, A., Maglio, A., Dell'Oste, V. et Dell'Osso, L. (2020). Trauma, PTSD and post-traumatic stress spectrum: 15 years' experience on a multidimensional approach to trauma related psychopathology. *Journal of Psychopathology*, 26, 4-11. <https://doi.org/10.36148/2284-0249-376>
- Casanova, M. F., Frye, R. E., Gillberg, C. et Casanova, E. L. (2020). Editorial: Comorbidity and autism spectrum disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 617395. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.617395>

- Cazalis, F., Reyes, E., Leduc, S. et Gourion, D. (2022). Evidence that nine autistic women out of ten have been victims of sexual violence. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *16*, 852203. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.852203>
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, *20*(1), 37-46.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Kliethermes, M., et Murray, L. A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse & Neglect*, *36*(6), 528-541.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., et Murray, L. K. (2011). Trauma-focused CBT for youth who experience ongoing traumas. *Child Abuse & Neglect*, *35*(8), 637-646.
- Conner, C. M., White, S. W., Scahill, L., et Mazefsky, C. A. (2020). The role of emotion regulation and core autism symptoms in the experience of anxiety in autism. *Autism*, *24*(4), 931-940.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., et Costello, E. J. (2010). Posttraumatic stress without trauma in children. *The American Journal of Psychiatry*, *167*(9), 1059–1065. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09020178>
- Corbett, B. A., Schupp, C. W., Levine, S. et Mendoza, S. (2009). Comparing cortisol, stress, and sensory sensitivity in children with autism. *Autism Research: Official Journal of the International Society for Autism Research*, *2*(1), 39–49. <https://doi.org/10.1002/aur.64>
- Costello EJ, Angold A, March J et Fairbank J. (1998). Life events and post-traumatic stress: The development of a new measure for children and adolescents. *Psychol Med*, *28*, 1275–1288.
- DeFilippis M. (2018). Depression in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Children (Basel, Switzerland)*, *5*(9), 112. <https://doi.org/10.3390/children5090112>
- Dell'Osso, L., Carmassi, C., Rucci, P., Conversano, C., Shear, M. K., Calugi, S., Maser, J. D., Endicott, J., Fagiolini, A. et Cassano, G. B. (2009). A multidimensional spectrum approach to post-traumatic stress disorder: Comparison between the Structured Clinical Interview for Trauma and Loss Spectrum (SCI-TALS) and the Self-Report instrument (TALS-SR). *Comprehensive Psychiatry*, *50*(5), 485-490.
- Dell'Osso, L., Shear, M. K., Carmassi, C., Rucci, P., Maser, J. D., Frank, E., Endicott, J., Loretto, L., Altamura, A. C., Caripiniello, B., Perris, F., Conversano, C., Ciapparelli, A., Carlini, M., Sarno, N. et Cassano, G. B. (2008). Validity and reliability of the Structured Clinical Interview for the Trauma and Loss Spectrum (SCI-TALS). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, *4*, 1-8.
- Dworkin, E. R., Ojalehto, H., Bedard-Gilligan, M. A., Cadigan, J. M. et Kaysen, D. (2018). Social support predicts reductions in PTSD symptoms when substances are not used to cope: A longitudinal study of sexual assault survivors. *Journal of Affective Disorders*, *229*, 135–140. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.042>

- Fédération québécoise de l'autisme. (2021). L'autisme en chiffres. <https://www.autisme.qc.ca/comprendre/lautisme-en-chiffres.html>
- Fisher, N., van Diest, C., Leoni, M., et Spain, D. (2023). Using EMDR with autistic individuals: A Delphi survey with EMDR therapists. *Autism*, 27(1), 43-53.
- Foa, E. B., Steketee, G., et Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20(2), 155-176.
- Gendreau, G. (2001). *Intervention psychoéducative et jeunes en difficulté*. Montréal, Québec : Éditions Sciences et Culture.
- Giarelli, E., Wiggins, L. D., Rice, C. E., Levy, S. E., Kirby, R. S., Pinto-Martin, J., et Mandell, D. (2010). Sex differences in the evaluation and diagnosis of autism spectrum disorders among children. *Disability and Health Journal*, 3(2), 107–116. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2009.07.001>
- Gouvernement du Canada, G. consultatif interagences en éthique de la recherche. (2018). *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains – EPTC 2* (2018). https://ethics.gc.ca/fra/policy-politique_tcps2-eptc2_2018.html
- Gouvernement du Québec. (2018). *Motifs de signalement au DPJ*. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/services-jeunes-difficulte-famille/protection-de-la-jeunesse/faire-un-signalement-au-dpj/motifs-de-signalement>
- Grace, K., Remington, A., Lloyd-Evans, B., Davies, J., et Crane, L. (2022). Loneliness in autistic adults: A systematic review. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 26(8), 2117–2135. <https://doi.org/10.1177/13623613221077721>
- Haruvi-Lamdan, N., Horesh, D. et Golan, O. (2018). PTSD and autism spectrum disorder: Comorbidity, gaps in research, and potential shared mechanisms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(3), 290. <https://doi.org/10.1037/tra0000298>
- Hirvikoski, T., et Blomqvist, M. (2015). High self-perceived stress and poor coping in intellectually able adults with autism spectrum disorder. *Autism*, 19(6), 752-757.
- Hoch, J. D. et Youssef, A. M. (2020). Predictors of trauma exposure and trauma diagnoses for children with autism and developmental disorders served in a community mental health clinic. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(2), 634-649. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04331-3>
- Hogeveen, J., et Grafman, J. (2021). Alexithymia. *Handbook of Clinical Neurology*, 183, 47-62.
- Hoover, D. W. (2015). The effects of psychological trauma on children with autism spectrum disorders: A Research Review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2(3), 287-299. <https://doi.org/10.1007/s40489-015-0052-y>

- Hoover, D. W. et Kaufman, J. (2018). Adverse childhood experiences in children with autism spectrum disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(2), 128-132.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000390>
- Hoover, D. W., et Romero, E. M. (2019). The interactive trauma scale: A web-based measure for children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 1686-1692.
- Howlin, P., et Clements, J. (1995). Is it possible to assess the impact of abuse on children with pervasive developmental disorders?. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25(4), 337–354. <https://doi.org/10.1007/BF02179372>
- Hume, K., Regan, T., Megronigle, L., et Rhinehalt, C. (2016). Supporting students with autism spectrum disorder through grief and loss. *Teaching Exceptional Children*, 48(3), 128-136.
- Hummerstone, H., et Parsons, S. (2021). What makes a good teacher? Comparing the perspectives of students on the autism spectrum and staff. *European Journal of Special Needs Education*, 36(4), 610–624. <https://doi.org/10.1080/08856257.2020.1783800>
- Im D. S. (2016). Trauma as a contributor to violence in autism spectrum disorder. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 44(2), 184–192.
- Josse, É. (2019). *Le traumatisme psychique chez l'enfant : chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent*. De Boeck Supérieur.
- Kenny, L., Hattersley, C., Molins, B., Buckley, C., Povey, C., et Pellicano, E. (2016). Which terms should be used to describe autism? Perspectives from the UK autism community. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 20(4), 442–462.
<https://doi.org/10.1177/1362361315588200>
- Kerns, C. M., Lankenau, S., Shattuck, P. T., Robins, D. L., Newschaffer, C. J. et Berkowitz, S. J. (2022). Exploring potential sources of childhood trauma: A qualitative study with autistic adults and caregivers. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 26(8), 1987–1998.
<https://doi.org/10.1177/13623613211070637>
- Kerns, C. M., Newschaffer, C. J. et Berkowitz, S. J. (2015). Traumatic childhood events and autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(11), 3475-3486.
<https://doi.org/10.1007/s10803-015-2392-y>
- Kroese, B. S., et Thomas, G. (2006). Treating chronic nightmares of sexual assault survivors with an intellectual disability—Two descriptive case studies. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(1), 75-80.
- Lanovaz, M. (2020). L’approche comportementale en psychoéducation. *L'ABC de la psychoéducation*, 209-228.

- Lasgaard, M., Nielsen, A., Eriksen, M. E., et Goossens, L. (2010). Loneliness and social support in adolescent boys with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(2), 218–226. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0851-z>
- Leedham, A., Thompson, A. R., Smith, R., et Freeth, M. (2020). ‘I was exhausted trying to figure it out’: The experiences of females receiving an autism diagnosis in middle to late adulthood. *Autism*, 24(1), 135-146.
- Lobregt-van Buuren, E., Sizoo, B., Mevissen, L., et de Jongh, A. (2019). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy as a feasible and potential effective treatment for adults with autism spectrum disorder (ASD) and a history of adverse events. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 151-164.
- Loomes, R., Hull, L., et Mandy, W. P. L. (2017). What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(6), 466–474. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.013>
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K. et Bishops. S. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule, 2nd Edition (ADOS-2)*. Western Psychological Services.
- Mannion, A. et Leader, G. (2013). Comorbidity in autism spectrum disorder: A literature review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(12), 1595-1616. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.09.006>
- Matson, J. L., et Cervantes, P. E. (2014). Commonly studied comorbid psychopathologies among persons with autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 35(5), 952-962.
- Matson, J. L., Rieske, R. D. et Williams, L. W. (2013). The relationship between autism spectrum disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview. *Research in Developmental Disabilities*, 34(9), 2475-2484. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.05.021>
- Mazefsky, C. A., Herrington, J., Siegel, M., Scarpa, A., Maddox, B. B., Scahill, L. et White, S. W. (2013). The role of emotion regulation in autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(7), 679-688. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.006>
- McGuire, A., Steele, R. G., et Singh, M. N. (2021). Systematic review on the application of trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) for preschool-aged children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24, 20-37.
- Mowrer, O. (1960). Learning theory and behavior. *John Wiley & Sons Inc.* <https://doi.org/10.1037/10802-000>
- Nachshen, J., Garcin, N., Moxness, K., Tremblay, Y., Hutchinson, P., Lachance, A., Beaurivage, M., Breitenbach, M., Bryson, S., Burack, J., Caron, C., Condillac, R. A., Cornick, A., Ouellette-Kuntz, H., Joseph, S., Rishikof, E., Sladeczek, I. E., Steiman, M., Tidmarsh, L., Zwaigenbaum, L., Fombonne, E., Szatmari, E., Martin-Storey, A., et Ruttle, P.L. (2008). *Guide des pratiques*

exemplaires canadiennes en matière de dépistage, d'évaluation et de diagnostic des troubles du spectre de l'autisme chez les enfants en bas âge. Miriam Foundation, Montreal, Quebec.

- O'Halloran, L., Coey, P. et Wilson, C. (2022). Suicidality in autistic youth: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 93, 102144.
- Pai, A., Suris, A. M. et North, C. S. (2017). Posttraumatic stress disorder in the DSM-5: Controversy, change, and conceptual considerations. *Behavioral Sciences*, 7(1), 7.
<https://doi.org/10.3390/bs7010007>
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5^e éd.). Armand Colin.
- Peterson, J. L., Earl, R. K., Fox, E. A., Ma, R., Haidar, G., Pepper, M., Berliner, L., Wallace, A.S. et Bernier, R. A. (2019). Trauma and autism spectrum disorder: Review, proposed treatment adaptations and future directions. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 12, 529-547.
- Pfeffer, R. D. (2016). Childhood victimization in a national sample of youth with autism spectrum disorders. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 13(4), 311-319.
<https://doi.org/10.1111/jppi.12203>
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 126–136. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.126>
- Poulin, M-H., Désormeaux-Moreau, M., et Grandisson, M. (2023). *Guide de pratiques inclusives en recherche participative* (1^{ère} éd.). Les Collections Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme.
- Renk, K., et Phares, V. (2004). Cross-informant ratings of social competence in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 24(2), 239-254.
- Reuben, K. E., Stanzione, C. M. et Singleton, J. L. (2021). Interpersonal trauma and posttraumatic stress in autistic adults. *Autism in Adulthood*, 3(3), 247-256.
<https://doi.org/10.1089/aut.2020.0073>
- Rieffe, C., Camodeca, M., Pouw, L. B., Lange, A. M., et Stockmann, L. (2012). Don't anger me! Bullying, victimization, and emotion dysregulation in young adolescents with ASD. *European Journal of Developmental Psychology*, 9(3), 351-370.
- Roberts, A. L., Koenen, K. C., Lyall, K., Robinson, E. et Weisskopf, M. G. (2015). Association of autistic traits in adulthood with childhood abuse, interpersonal victimization, and posttraumatic stress. *Child Abuse & Neglect*, 45, 135-142. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.04.010>
- Romney, J. S., et Garcia, M. (2021). TF-CBT informed teletherapy for children with autism and their families. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 14, 415-424.

- Rumball, F., Happé, F., et Grey, N. (2020). Experience of trauma and PTSD symptoms in autistic adults: Risk of PTSD development following DSM-5 and non-DSM-5 traumatic life events. *Autism Research*, 13(12), 2122-2132.
- Rutter, M., Le Couteur, A., et Lord, C. (2003). *Autism diagnostic interview-revised*. Western Psychological Services.
- Scheeringa, M. S., Salloum, A., Arnberger, R. A., Weems, C. F., Amaya-Jackson, L., et Cohen, J. A. (2007). Feasibility and effectiveness of cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in preschool children: Two case reports. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 20(4), 631-636.
- Scott, W. A. (1955). Reliability of content analysis: The case of nominal scale coding. *Public Opinion Quarterly*, 321-325.
- Segers, M. et Rawana, J. (2014). What do we know about suicidality in autism spectrum disorders? A systematic review. *Autism Research*, 7(4), 507-521. <https://doi.org/10.1002/aur.1375>
- Shaltout, E., Al-Dewik, N., Samara, M., Morsi, H. et Khattab, A. (2020). Psychological comorbidities in autism spectrum disorder. *Advances in Neurobiology*, 24, 163–191. https://doi.org/10.1007/978-3-030-30402-7_6
- Shapiro, F. (2007). EMDR, adaptive information processing, and case conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(2), 68-87.
- Singer, A., Lutz, A., Escher, J., et Halladay, A. (2023). A full semantic toolbox is essential for autism research and practice to thrive. *Autism Research: Official Journal of the International Society for Autism Research*, 16(3), 497–501. <https://doi.org/10.1002/aur.2876>
- Sparrow, S. S., Balla, D. A., et Cicchetti, D. V. (1984). *Vineland: Adaptive behavior scales: Interview edition, expanded form*. American Guidance Service.
- Statistique Canada. (2022, 20 mai). *Enquête sur la santé mentale et les événements stressants, août à décembre 2021*. (Publication no 11-001-X). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220520/dq220520b-fra.htm>
- Storch, E. A., Larson, M. J., Ehrenreich-May, J., Arnold, E. B., Jones, A. M., Renno, P., Fujii, C., Lewin, A.B., Mutch, P.J., Murphy, T.K. et Wood, J. J. (2012). Peer victimization in youth with autism spectrum disorders and co-occurring anxiety: Relations with psychopathology and loneliness. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 24, 575-590.
- Storch, E. A., Sulkowski, M. L., Nadeau, J., Lewin, A. B., Arnold, E. B., Mutch, P. J., Jones, A. M. et Murphy, T. K. (2013). The phenomenology and clinical correlates of suicidal thoughts and behaviors in youth with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(10), 2450-2459. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1795-x>

- Stover, C. S., Hahn, H., Im, J. J., et Berkowitz, S. (2010). Agreement of parent and child reports of trauma exposure and symptoms in the early aftermath of a traumatic event. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2(3), 159–168a. <https://doi.org/10.1037/a0019156>
- Sullivan, P. M., et Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1257–1273. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(00\)00190-3](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(00)00190-3)
- Tolin, D. F., et Foa, E. B. (2008). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1, 37–85. <https://doi.org/10.1037/1942-9681.S.1.37>
- Trauma-Informed Care Implementation Resource Center. (2021). *What is Trauma-Informed Care ?*. <https://www.traumainformedcare.chcs.org/what-is-trauma-informed-care/>
- Turgeon, S. et Lanovaz, M. J. (2021). Perceptions of behavior analysis in France: Accuracy and tone of posts in an internet forum on autism. *Behavior and Social Issues*, 1-15. <https://doi.org/10.1007/s42822-021-00057-z>
- Ung, A., Salamonson, Y., Hu, W., et Gallego, G. (2016). Assessing knowledge, perceptions and attitudes to pain management among medical and nursing students: A review of the literature. *British Journal of Pain*, 10(1), 8–21. <https://doi.org/10.1177/2049463715583142>
- US Department of Health and Human Services. (2014). SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf
- Valenti, M., Ciprietti, T., Egidio, C. D., Gabrielli, M., Masedu, F., Tomassini, A. R., et Sorge, G. (2012). Adaptive response of children and adolescents with autism to the 2009 earthquake in L'Aquila, Italy. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 954-960.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B. et Boyle, M. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 14, 171-181. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2008.00049.x>
- Van Der Kolk, B.A. et Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *J Trauma Stress* 8, 505–525. <https://doi.org/10.1007/BF02102887>
- Walsh, C., O'Connor, P., Walsh, E., et Lydon, S. (2023). A systematic review of interventions to improve healthcare experiences and access in autism. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 10(2), 185-202.
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., et Keane, T. M. (2013). The life events checklist for DSM-5 (LEC-5). National Center for PTSD. <https://www.ptsd.va.gov/>

Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B. P., et Schnurr, P.P. (2013). The PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5). National Center for PTSD. <https://www.ptsd.va.gov/>

Wood, J. J., et Gadow, K. D. (2010). Exploring the nature and function of anxiety in youth with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(4), 281.

Zwaigenbaum, L., Brian, J. A., et Ip, A. (2019). Le dépistage précoce du trouble du spectre de l'autisme chez les jeunes enfants. *Paediatrics & Child Health*, 24(7), 433–443. <https://doi.org/10.1093/pch/pxz120>

Annexe A

Nombre de messages publiés par des utilisateurs semblables et nombre d'utilisateurs ayant publié plus d'une fois pour chacune des sources

Sources ayant été abordées plus d'une fois par un même utilisateur	Nombre de messages publiés par des utilisateurs semblables	Nombre d'utilisateurs ayant publié plus d'une fois
Abus psychologiques par un membre de la famille	2	1
Abus psychologiques par un auteur non indiqué	2	1
Abus physiques par un membre de la famille	4	2
Abus physiques par une personne non indiquée	2	1
Abus sexuels par un auteur non spécifié	3	1
Intimidation à l'école	10	5
Personnel scolaire	2	1
Autres sources traumatiques scolaires	2	1
Obtention d'un diagnostic tardif	2	1
Examens médicaux	2	1
Maltraitance par les employés	6	2
Maltraitance par l'employeur	2	1
Accusations non fondées au travail	2	1
Autres causes traumatiques au travail	4	2
Interactions sociales	2	1
Relations avec la famille	4	2
Autres causes traumatiques sociales	2	1
Stimuli sensoriels	2	1

Annexe B

Définitions des sources recensées des forums

<p>DSM-5-TR : la source est prise en considération par le critère A du DSM-5-TR dans l'évaluation du TSPT. Il s'agit ainsi de l'exposition à la mort ou à une menace de mort; à des blessures graves ou à des violences sexuelles; à l'exposition directe; témoin; apprendre qu'un proche a vécu un événement traumatique ou à l'exposition répétée à l'un de ces événements traumatiques.</p>	<p>Abus : actes violents et mauvais traitements.</p>	<p>Psychologiques : actes violents sans contacts physiques ni connotation sexuelle. Les abus psychologiques se résument à une minimisation émotionnelle ou à l'usage de paroles blessantes pour but d'humilier.</p>	<p>Famille (1) : l'auteur est un membre de la famille proche, soit un membre relié par la naissance ou par une autre relation reconnue.</p> <p>Partenaire (2) : l'auteur entretient une relation amoureuse ou intime avec la personne autiste.</p> <p>Par autres (3) : l'auteur est toute personne excluant la famille et le partenaire.</p> <p>Non indiqué (4) : le statut de l'auteur n'est pas spécifié.</p> <p>Famille (5) : l'auteur est un membre de la famille proche, soit un membre relié par la naissance ou par une autre relation reconnue.</p> <p>Par autres (6) : l'auteur est toute personne excluant la famille et le partenaire.</p> <p>Non indiqué (7) : le statut de l'auteur n'est pas spécifié.</p> <p>Famille (8) : l'auteur est un membre de la famille proche, soit un membre relié par la naissance ou par une autre relation reconnue.</p> <p>Par autres (9) : l'auteur est toute personne excluant la famille et le partenaire.</p> <p>Non indiqué (10) : le statut de l'auteur n'est pas spécifié.</p> <p>Famille (11) : l'auteur est un membre de la famille proche, soit un membre relié par la naissance ou par une autre relation reconnue.</p> <p>Partenaire (12) : l'auteur entretient une relation amoureuse ou intime avec la personne autiste.</p>
		<p>Physiques : tout acte violent comportant un contact direct sur la personne autiste, excluant des actes à connotation sexuelle.</p>	
		<p>Sexuels : actes physiques ou psychologiques à connotation sexuelle ou visant l'identité sexuelle ou de genre, sans l'obtention du consentement de la personne autiste.</p>	
		<p>Non spécifiés : la personne autiste sur le forum ne spécifie pas de quel type d'abus il s'agit.</p>	

Par autres (13) : l'auteur est toute personne excluant la famille et le partenaire.

Non indiqué (14) : le statut de l'auteur n'est pas spécifié.

Décès : mort d'une personne avec qui un lien de confiance était présent. La personne cesse de vivre.

Suicide (15) : la cause du décès est attribuable au suicide, soit de s'enlever délibérément la vie.

Autres causes (16) : la cause du décès n'est pas indiquée ou n'est pas attribuable au suicide.

Accidents (17) : événement imprévu qui expose la personne à la mort, au danger de mort ou à des blessures graves.

Témoin violence (18) : la personne autiste assiste à un abus physique, sexuel ou psychologique, mais n'en est pas directement victime.

Non DSM-5-TR : toutes autres sources considérées comme étant traumatiques, mais n'entrant pas dans le critère A du diagnostic du TSPT selon le DSM-5-TR.

Sphère institutionnelle : organisme public permettant de répondre aux besoins de la communauté.

École : établissement public ou privé où les individus acquièrent des connaissances selon différents niveaux.

Intimidation (19) : actes verbaux ou physiques répétés ayant pour but de rabaisser et d'humilier la personne dans le contexte scolaire.

Personnel scolaire (20) : ensemble des employés de l'école, incluant les membres professoraux, l'équipe de soutien, la direction et les autres spécialistes.

Système scolaire général (21) : structure scolaire exigée par le ministère de l'Éducation, entre autres les cours, les examens et les horaires.

Dynamique de groupe (22) : mécanismes relationnels présents entre les étudiants dans les écoles.

Dîner (23) : pause du midi où les étudiants mangent dans une salle commune.

École autre (24) : toutes autres sources considérées comme étant traumatiques dans un contexte scolaire, incluant les sources non identifiées, mais se déroulant à l'école.

<p>Médical : services de santé physique et psychologique.</p>	<p>Diagnostics : obtention d'un diagnostic de trouble physique ou psychologique à la suite d'une évaluation par un professionnel qualifié et/ou relation avec une personne ayant un diagnostic de trouble physique ou psychologique à la suite d'une évaluation par un professionnel qualifié.</p>	<p>Autisme (25) : déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés, puis caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités (APA, 2022).</p> <p>Diagnostics tardifs (26) : la personne n'a pas obtenu de diagnostic à l'enfance, mais le reçoit une fois à l'âge adulte.</p> <p>Narcissisme (27) : trouble de personnalité. « Le trouble de la personnalité narcissique est un mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie qui sont déjà présent au début de l'âge adulte et sont présent dans divers contextes » (APA, 2022).</p> <p>Dyspraxie (28) : trouble développemental affectant la coordination globale, rendant ardu de faire certaines actions, telles que de planifier ou d'exécuter un mouvement quotidien (APA, 2022).</p> <p>Alexithymie (29) : difficulté à prendre conscience des émotions de soi et d'autrui (Hogeveen et Grafman, 2021).</p> <p>Maladies physiques (30) : maladie chronique diagnostiquée par un professionnel de la santé.</p> <p>Examens médicaux (31) : évaluation de la santé physique faite par un médecin ou tous autres professionnels de la santé.</p> <p>Personnel médical (32) : tout individu travaillant dans le domaine de la santé.</p> <p>Évaluations santé mentale (33) : passation de questionnaires pour l'obtention d'un diagnostic de trouble de santé mentale.</p>
--	---	---

Services de santé mentale (34) : services obtenus pour diminuer les symptômes reliés à un trouble de santé mentale.

Hospitalisations (35) : séjour à l'hôpital à la suite d'un examen médical pour l'obtention d'un traitement ou d'une opération.

Médication (36) : tout ce qui a trait à une substance ingérée pour diminuer les symptômes d'un trouble de santé mentale ou physique.

Travail : activités exercées en échange d'une rémunération financière.

Maltraitance : mauvais traitements répétés sur le milieu de travail.

Employé.es (37) : collègues de travail, relation égalitaire.

Employeur.euse (38) : patron, relation de pouvoir.

Relationnel (39) : relations entretenues avec les autres professionnels ou clients sur le milieu de travail.

Finances (40) : revenu économique d'une personne.

Accusations non fondées (41) : la personne est accusée d'avoir commis une faute au travail, mais n'en est pas responsable.

Cadre professionnel (42) : politiques, règles et horaire de travail.

Sans emploi (43) : se retrouver sans activités rémunérées.

Travail autre (44) : toutes autres sources considérées comme traumatiques sur le milieu de travail, incluant lorsque la source n'est pas spécifiée.

Processus judiciaires (45) : toute source traumatique reliée au domaine du droit, de la légalité.

Protection de la jeunesse (46) : dispositions et services reçus lorsqu'il y a un motif de compromission chez un enfant, soit : l'abandon, des mauvais traitements psychologiques, de la négligence, des abus physiques, des abus sexuels, des troubles de comportement (motifs de compromission au Québec; Gouvernement du Québec, 2018).

Relations sociales : liens sociaux et affiliations entre

Négativité (47) : l'interaction sociale découle en comportements déplaisants, manipulatoires ou humiliants, mais n'ayant pas pour objectif de la violence.

Interactions sociales (48) : échanges verbaux ou non verbaux entre minimalement deux personnes.

deux individus ou plus.

Relations avec la famille (49) : lien social avec un membre de la famille proche, soit un membre relié par la naissance ou par une autre relation reconnue.

Ne pas être compris (50) : l'individu ne saisit pas l'action verbale ou non verbale de la personne autiste.

L'incompréhension d'autrui (51) : la personne autiste ne saisit pas l'action verbale ou non verbale d'une personne.

Nouvelles personnes (52) : relation sociale avec une personne inconnue auparavant.

Social autre (53) : toutes autres sources considérées comme étant traumatiques dans un contexte de relations sociales, incluant quand la source spécifique n'est pas identifiée, mais a trait à la sphère sociale.

Sphère sensorielle émotionnelle : fait référence aux cinq sens, soit la vue, l'ouïe, le toucher, l'odorat, le goût, puis aux émotions ressenties, soit l'état d'esprit de l'individu, son humeur ou son tempérament, statué en fonction de l'environnement.

Stimuli sensoriels (54) : événements ou caractéristiques de l'environnement détectables par l'un des cinq sens.

Exposition indirecte (55) : situations vues ou entendues par le biais de quelconque média, telles que les films, les histoires ou les livres.

Émotions fortes (56) : état d'esprit, humeur, tempérament de la personne, intensément ressenti, soit plus qu'au quotidien.

Ne pas se sentir à la hauteur (57) : avoir l'impression d'être moins performant que les autres individus, de ne pas être satisfaisant pour les autres.

Stress (58) : présence d'inquiétudes lors de situations considérées comme difficiles.

Événements de vie marquants : trajectoire dans le développement de la personne changeant son statut.

Parentalité : avoir sous sa charge un enfant, soit par conception biologique ou par mesure légale.

Difficultés enfant (59) : enjeux comportementaux ou de santé chez l'enfant, exigeant une attention particulière de la part du parent.

Garderie (60) : laisser son enfant âgé de 5 ans et moins dans un lieu surveillé

par des professionnels de la petite enfance.

Transition d'âge (61) :

l'enfant change de statut développemental, soit de la petite enfance à l'enfance, de l'enfance à l'adolescence, ou de l'adolescence à l'âge adulte, apportant des défis parentaux.

Adolescence (62) : période du développement entre 13 et 17 ans comportant des changements hormonaux, corporels et sociaux.

Séparation (63) : mise à terme d'une relation conjugale.

Autres (64) : toutes autres sources considérées comme étant traumatiques, excluant les sources du DSM-5- TR, les périodes de vie marquantes, la sphère émotionnelle sensorielle, les relations sociales et les institutions.
