

UNIVERSITE ABDERRAHMENE MIRA DE BEJAIA

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

FILIERE DES SCIENCES SOCIALES

Mémoire

En vue de l'obtention un diplôme de master

Option : psychologie clinique

**Thème :**

*Le stress perçu des mamans ayant un enfant autiste*

*Etude de cinq (05) cas*

*Etude réalisée au niveau : Association pris en charge des enfants autistes*

*(APCEA) Bejaia*

❖ Réaliser par :

Hamidouche Tinhinane

Rezki Sonia

Encadrer par :

Mr lekhel Samir

*Promotion : 2018/2019*

## ***Remerciement***

*Le plus grand merci s'adresse au dieu, le tout puissant de nous voir accordé le courage et la volonté pour accomplir ce travail. Reconnaissance et gratitude à nos parents.*

*Nous tenons à adresser notre plus vivement remerciement à Mr lekhel notre promoteur, pour avoir accepté de nous guider sur le bon chemin et sa disponibilité, ses conseils avisés, et son soutien.*

*Nous remercions tout particulièrement la psychologue Mm Jaafari qui nous a encouragé toujours et de nous donner la force d'aller jusqu'à bout et pour son aide précieuse et ses conseils pendant la période de stage et bien sur pour sa générosité.*

*Un grand merci aux mamans des enfants autistes qui ont accepté de participer à notre étude.*

*A toute la promotion : psychologie clinique.*

# *Dédicaces*

*Je dédie ce modeste travail en signe d'amour et de reconnaissance :*

*A toi ma mère, l'être le plus cher sur terre qui nous a tout donné sans  
compter*

*A toi cher mon frère que dieu tout puisse préserver du mal, vous  
comblent de santé, de bonheur et vous accorde une longue et heureuse  
vie.*

*A mes chères sœurs : Wahiba, Sabrina, Kenza, fatma et Wafa que  
dieu vous protège.*

*A toutes mes amies : Djoudjou, fahi, Zouzou et Sonia.*

*A mon cher ami : mahdi.*

*A tout la promotion psychologie clinique.*

# *Dédicaces*

*Je dédie modeste travail :*

*A mes chères parents, pour tous leurs sacrifices, leur amour, leur tendresse, leur prières tout au long de mes études*

*A mes chères sœurs : salima et linda et mes chères frères : saadi ;lounes, et mon petit islèm*

*A mon binôme Tinou pour son appartenance avec moi et toute sa famille*

*A mes adorables amis (es) son exception, merci pour leur aide et soutien moral*

*A tous la promotion psychologie clinique*

*A tous et toutes celle qui m'ont accompagné et soutenu tout au long de ce travail*

*SONIA*

Tableau des matières :

**Introduction** ..... **I**  
Problématique .....**02**  
Les hypothèses.....**06**  
La définition des concepts.....**06**  
L'objectif de la recherche..... **06**

**Partie théorique**

**Chapitre I : L'autisme**.....**09**  
    Préambule.....  
    1. Histoire et définition.....**09**  
        1.1. Historique.....**09**  
        1.2. Définition.....**11**  
    **2- épidémiologie**.....**12**  
    3. la description clinique.....**14**  
        3.1. Des altérations qualitative des interactions social.....**14**  
        3.2 Des altérations qualitatives et communication verbale.....**16**  
        3.3. Intérêt restreint et répétitif et pauvreté de l'imagination .....**17**  
    4. les type de l'autisme..... **18**  
        4.1. Syndrome de rett.....**18**  
        **4.2. Trouble envahissant de développement non spécifique** .....**18**  
        4.3. Trouble dés intégratif de l'enfance.....**18**

5. les approche de l'autisme.....	19
5.1. L'approche psycho dynamique de l'autisme .....	19
5.2 L'approche psychologique de l'autisme .....	19
5.3. Les modèles psychologique et neuropsychologique .....	20
6. les facteurs de l'autisme .....	21
6.1. L'hypothèse psychogénétique aux facteurs biologiques .....	21
6.2. Les facteurs biocliniques.....	21
6.3. Les facteurs anticonceptionnels.....	26
6.4. Les facteurs environnementaux.....	27
7. Le diagnostic de l'autisme.....	28
7.1 Les critères diagnostic selon DSM 5.....	28
7.2. Le diagnostic différentiel .....	30
7.3. Outils d'évaluation.....	33
8. La pris en charge.....	34
8.1. Les psychothérapies .....	34
8.2. Le traitement médicamenteux.....	36
Synthèses .....	36
<b>Chapitre II : Le stress perçu.....</b>	<b>37</b>
1. définition et étiologie .....	37
1.1. Définition de stress perçu .....	37
1.2. Étiologie de stress perçu.....	38
2. Les facteurs de stress perçu.....	39
2.1. Les facteurs externes .....	39

2.2. Les facteurs internes.....	40
3. les forme de stress.....	40
3.1. Le stress de base.....	41
3.2. Le traumatisme vicariant et la fatigue de compassion.....	41
3.3. Le brun-out.....	41
3.4. Le stress cumulatif.....	42
4. les modèles théorique.....	43
4.1. Modèle de réponse de Selye.....	43
4.2. Modèle de Kelley.....	45
4.3. Modèle de lazarus et folkman.....	46
4.4. Approche psychosociale.....	47
5. Les sources de stress perçu chez les parents d'enfant autistes.....	47
6. les type de perçu.....	49
6.1. Le stress aigu ou isolé.....	49
6.2. Le stress chronique ou répétitif.....	49
7. Les maladies de stress perçu.....	49
7.1. Les maladie par hypo adaptation et par hyper adaptation.....	50
7.2. Les maladies du stress dû aux événements exceptionnels de féaux des temps moderne et à la vie dans les milieux externes.....	51
8. Les thérapies et les méthodes de lutte contre le stress.....	51
9. Les mécanismes de régulation de stress .....	56

### **Partie pratique**

<b>Chapitre III : Méthodologie de la recherche.....</b>	<b>59</b>
Préambule.....	59

1. la démarche de la recherche.....	59
1.1. La pré-enquête.....	60
1.2. L'étude de cas.....	60
1.3. Le lieu de la recherche.....	61
2. population d'étude.....	61
2.1. Le déroulement de la recherche.....	62
2.2. Tableau représentant les caractéristiques la population d'étude.....	62
3. Les techniques utilisées.....	62
3.1. Entretien clinique.....	63
3.2. Entretien semi-directif.....	64
3.3. Guide d'entretien.....	66
3.4. L'échelle de stress.....	67
Synthèse.....	67
<b>Chapitre IV : Analyse et discussion des hypothèses</b>	
1. L'analyse des entretiens et présentation de l'échelle de stress.....	69
1.1. Présentation et analyse du premier cas .....	69
1.1. Présentation et analyse du deuxième cas .....	70
1.1. Présentation et analyse du troisième cas .....	71
1.1. Présentation et analyse du quatrième cas .....	83
1.1. Présentation et analyse du cinquième cas .....	87
<b>Conclusion.....</b>	<b>95</b>
Liste bibliographie	
Annexes	



# Introduction générale

---

## Introduction

Dans le domaine de la psychologie, le stress ne cesse d'alimenter les recherches, le concept de stress est polysémique, il renvoie à la fois aux contraintes vis-à-vis des événements et aux pressions exercées sur une personne étudiée par les physiologistes puis les sociologistes et à la fin des années 1960 par des psychologues. Une approche psychosociale s'intéresse à la relation entre événement de vie et maladies somatiques ou mentales, dans notre recherche l'événement de vie est une pathologie lourde, plurifactorielle, caractérisé par des perturbations au niveau des interactions sociales, communication et langage ainsi que l'absence des sens conceptuels nommés l'autisme.

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

Cet événement de vie inattendu ou l'agent psychologique va mettre les parents dans un déséquilibre, ce dernier va changer la vie quotidienne des mères, sur le plan conjugal et social et parfois professionnel, un sentiment de perdre le contrôle à cause des difficultés qui s'accumulent, dans cette situation stressante, les mères ont du mal à faire face à leur stress.

Dans notre recherche intitulée le stress perçu des mères ayant un enfant autiste, notre objectif est bien comprendre ce phénomène et identifier les mécanismes et les stratégies adoptées par ces mères pour en faire face.

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

Partie théorique ; elle est subdivisée en trois chapitres intitulés :

Chapitre 1 : le cadre méthodologique de la recherche

Chapitre 2 : l'autisme

Chapitre 3 : le stress

Partie pratique : elle est consacrée aux chapitres suivants :

# Introduction générale

---

Chapitre 4 : méthodes et techniques utilisées.

Chapitre 5 : analyse, discussions et interprétation des résultats

Conclusion.



### **La problématique :**

La psychologie de l'enfant est une discipline de la psychologie qui a pour objet d'étude les processus de pensées et des comportements de l'enfant. Son développement psychologique et ses problèmes éventuels.

Plusieurs facteurs de risque sur la santé physique et mentale sont répertoriés ; l'environnement d'un enfant, sa famille, ses pairs, son environnement préscolaire et son environnement général influencent grandement son développement ; ces facteurs aident l'enfant à développer ses habilités mais aussi peuvent nuire à son développement normal et à son bien-être.

Cependant, un enfant qui n'est pas confronté à certains critères risque malheureusement d'être mal développé et passé par des difficultés ou un trouble de développement, ce dernier veut dire un trouble pathologique, parmi ces troubles, le trouble de l'autisme qui peut rendre la vie lourde et difficile.

L'autisme a suscité beaucoup d'interrogation et beaucoup de travaux dont découlent aujourd'hui des faits et des hypothèses. Aujourd'hui il présente un côté fascinant et possède une mystérieuse.

L'autisme reste une des pathologies les plus douloureuses ; il touche des enfants et de manière très précoce. Il dure en général toute une vie, il atteint la fonction la plus précieuse des relations humaines, l'empathie, entraînant un fossé dans la communication et les échanges et rend difficile les processus d'attachement affectif, les troubles du comportement associés, parfois spectaculaires et difficilement soutenable comme les automutilations, rendent ce trouble « inhumain ».

Les mots autisme et autistique. Proviennent de la grecque auto signifiant soi-même, le psychiatre EUGEN BLEULER a utilisé ces deux termes en 1911 pour décrire un aspect de la schizophrénie ou un individu se coupe avec l'extérieur pour se replier sur lui-même. Les termes psychose, psychose déficitaire ou encore schizophrénie infantile furent utilisés pendant plusieurs années pour décrire les personnes qui étaient atteintes d'autisme (Fombonne.2003)

Au début des années 1940 KANNER psychiatre autrichien de l'université JOHANS HOPKINS aux États-Unis et HANS Asperger, Ont été les pionniers dans les champs des troubles envahissants du développement. Ces deux médecins décrivaient les enfants qui développaient des intérêts spéciaux et qui avaient également des déficits dans les champs de la communication et de l'interaction sociale (Wing & Potter .2002)

Les termes utilisés dans leur publication individuelle décrivaient des enfants avec des caractéristiques autistiques telles que nous les connaissons aujourd'hui. En 1943 KANNAR a été le premier à utiliser l'appellation « autiste infantile précoce ». Il a défini l'autisme comme une condition caractérisée par des limitations sévères au niveau des interactions sociales et de la communication et une forte résistance au changement (Wing & Poter.2003)

En un demi-siècle, la définition des troubles autistes, l'hypothèse, étiologie et les traitements posés considérablement changés, l'autisme est passé d'une maladie rare à un syndrome reconnu depuis peu comme la deuxième pathologie neuro-développement la plus fréquente chez l'enfant (environ 1 enfant sur 150) (Fombomme .2009)

Au quotidien, les troubles autistiques sont caractérisés par une altération de la communication et de l'interaction sociale, et la présence d'intérêt restreint de comportement répétitif. Ces particularités vont avoir des conséquences majeures tout au long de la vie sur le fonctionnement de la personne mais aussi sur l'entourage.

Les recherches en neuro science ainsi que la différente recommandation publiée ces 10 dernières années ont changé progressivement des professionnels des patients et de leur famille.

Lorsque un enfant naît avec un handicap présente un retard de développement ou reçoit un diagnostic d'autisme cela provoque un important bouleversement dans la vie des parents Ceux-ci doivent apprendre à s'adapter à un enfant « différent » et ils sont inquiets pour son développement, son bien-être et son avenir.

Lorsque un professionnel de la santé annonce à des parents que leur enfant présente un trouble d'envahissant du développement (TED) il ne peut que constater tout le

désarroi, la tristesse et la peur qu'exprime leurs visages devant cette réalité. C'est alors pour eux le début d'un long et incessant combat perpétuel en raison des difficultés quotidiennes qu'ils devront affronter pour faire face aux différents défis que pose les caractéristiques particulières de leur enfant .

Les difficultés vécues par les parents d'enfant autiste ne se limitent pas au choc du diagnostic et l'adaptation qui s'en suit, au Canada 99% des parents gardent leur enfant à la maison si bien que toute la famille doit adapter sa vie quotidienne à ses déficits .les tâches parentales surtout celle de la mère se relèveront passablement plus lourdes. Ces mères appelées à tenir des rôles divers auxquels rien ne les a préparés, ce qui constitue des risques d'épuisement quand leur enfant montre un handicap lourd ou des difficultés de comportement.

Beaucoup de grandes pathologies jalonnent l'histoire de l'humanité, on peut citer à titre d'exemple : les maladies neurologiques qui touchent le système nerveux central ou périphérique qui regroupe des affections diverses telles que les maladies d'Alzheimer et de Parkinson, la sclérose en plaque, l'épilepsie et le stress.

Ces mamans vivent un choc et se manifeste par un stress d'une durée variable qui peut affecter la dynamique du couple. Lorsqu'un individu est soumis à une menace quelle qu'elle soit, il y répond immédiatement par une réaction que l'on nomme « stress ».

Le stress donc inévitable dans une situation non choisie et indésirable bouleversé par des changements surtout sur le plan psychique que sociale à laquelle la malade doit s'adapter. Ce qui nous ramène la définition première de stress qui est désigner l'état dans lequel se trouve un organisme menacé déséquilibré sous l'action d'agents ou de conditions qui mettent au changement ses mécanismes. C'est à dire que les mamans sont déséquilibrées par leur enfant autiste et les conditions de cet enfant perturbé par cette maladie.

Le mot stress est anglais, raccourci de détresse (détresse) mais il vient du latin stringere : éteindre, serrer mettre en tension et du vieux français stress étroit qui exprime l'idée d'une oppression, comme si l'on était étouffé, asphyxié. Il est aussi utilisé pour désigner souffrance, privation, oppression, dureté de la vie, en lien avec les famines guerres, épidémies de peste ou de choléra. Au XVIIe, le mot

connait une évolution sémantique et désigne une force, une pression ou une fluence sur un objet ou une personne. Puis, au XVII<sup>e</sup> siècle, apparait l'idée que le stress peut entraîner des maux physiques ou mentaux. (Grebot.2009)

Le stress c'est la notion physique mentale ou émotionnelle que nous ressentons lorsque la vie prend la plupart de notre énergie. Il fait partie de notre quotidien et nous sommes tous y exposé. En psychologie le stress fait appeler à l'ensemble des difficultés et à la situation complexe confrontée par l'individu et auxquelles il a du mal à faire face et les manques dont il dispose pour gérer ces problèmes.

LAZARUS va concevoir le stress à la fois comme le stimulus, la réponse, et les processus de perception et d'évaluation de la situation. Le stress devient alors une relation dynamique entre l'organisme et la demande de l'environnement les ressource individuelles pour faire face aux exigences de la demande, et la perception de cette relation par l'organisme. De cette façon, le stress est vu comme un processus provenant d'un déséquilibre entre la demande de l'environnement et la capacité de l'individu à faire face.

LAZARUS et FOLKMAN (1984) le définiront de la manière suivante : « relation dynamique et réciproque entre la personne et l'environnement .évaluée par le sujet comme dépassant ses ressources est mettant en lien son bien-être » (C.CHARRON, N.DUMET, N.GUEGUEN, A.LIEUR, 2007, p : 117)

A partir de ce qui est cité ci- dessus, notre étude se propose d'évaluer le niveau de stress chez les mamans d'enfants autistes. Ainsi, pour bien mener cette recherche, on doit répondre à la question suivante :

Est- ce que les mamans des enfants atteints du trouble autistique manifestent-elles un stress perçu élevé ?

### **Hypothèse générale :**

Avoir un enfant autiste provoque des situations de bouleversement chez les mamans qui vont présenter, par la suite, un degré de stress élevé.

### **Définition des concepts :**

### **L'autisme :**

L'autisme ou trouble de spectre autistique, est une maladie qui se caractérise par un développement anormal de l'enfant, principalement au niveau social, relationnel, et communicationnel. La maladie existe à différent degré, avec des formes qui permettent une expression verbale et une vie plus ou moins indépendante, et des troubles bien plus profonds avec des comportements très stéréotypés.

### **Le stress perçu :**

Le stress a été défini comme une réponse physiologique de l'organisme à une situation épuisante, dangereuse ou angoissante. Le corps produit alors des hormones spécifiques. Cette notion a été ultérieurement étendue à tout état de perturbation provoqué par la confrontation avec un danger, une menace physique ou psychique.

### **L'objectif de la recherche :**

A partir de notre recherche sur «le stress perçu chez les mamans ayant un enfant autiste» on a eu comme objet d'étude trois objectifs, le premier objectif consiste à documenter les difficultés vécues par les mères d'enfants autistes le seconde objectif vise à identifier les différents symptômes que ces enfants présentent. et le troisième tenter à mesurer le degré de stress présenté chez ces mamans et par la suite proposer des soutiens formels ou informels à fin de les aider à diminuer le degré de ce stress perçu, et faire face à telle situation à laquelle elles ne s'attendaient pas et pour laquelle elles n'étaient pas préparées et comment tout cela peut les amener à construire des savoirs et des informations sur les déficiences de ce trouble qu' est le trouble autistique.

**Préambule :**

L'autisme est dont la cause est encore mal connue : maladie génétique ; malformation organique , relation perturbée entre mère et son enfance qui implique une altération du développement de la personne sur le plan interaction sociale de la communication des comportement et intérêt stéréotypé donc, dans ce chapitre nous allons aborder l'évolution du concept autisme et son histoire ainsi que ses facteurs et théorie pour enfin terminé avec la prise en charge d'un enfant autiste.

**1- Historique et la définition :****1-1 Historique :**

L'une des premières descriptions de l'autisme connue et celle de –Victor- «l'enfant sauvage de l'Aveyron» retourné à l'âge de douze ans par des chasseurs dans une forêt.

Il est recueilli par le docteur –Itard- de l'institution des sourds muets à paris qui va l'étudier et l'éduquer pendant quelques années le diagnostic qui avait été posé par les autorités était que l'enfant n'était pas sauvage mais tout simplement il présentait un retard mental profond.

Cependant –Itard- émit l'hypothèse que son retard mental provenait d'une privation sociale sévère et que l'éducation et l'entraînement intensif et individualisé, il a appris à –Victor- des moyens de communications et instaura des compétences scolaire –Victor- pu itérer des interactions avec des personnes familières mais il présente des troubles important en présence des personnes inconnues –Itard- à comprendre que le retard intellectuelle n'était pas l'explication privilégié des troubles de Victor. Les perturbations et les troubles des interactions sociales ainsi que les comportements répétitifs semblaient être en fait à l'origine de ce retard intellectuel.

Il faudra attendre une certaine d'années après –Itard- pour avoir apparaitre le terme autisme en 1911 –Itard- avec les travaux de - Eugène Bleuler – (Itard JMC – mémoire et rapport sur Victor de l'Aveyron)

Les mots autiste et autistique proviennent de la grecque auto signifiant soi-même, le psychiatre – Eugen Bleuler - a utilisé ces deux termes en 1911 pour décrire

un aspect de la schizophrénie où un individu se coupe avec l'extérieur pour se replier sur lui-même. Schizophrénie infantile psychose déficitaire ou encore schizophrénie infantile furent utilisés pendant plusieurs années pour décrire les personnes qui atteignent d'autisme.

En 1943 lorsque Kenner décrit l'autisme infantile notamment les perturbations autistiques du contact affectif chez les jeunes enfants, il reprend le terme de Bleuler ce qui engendre à l'époque des confusions entre les troubles schizophréniques et les troubles autistiques, l'identification des deux entités ne repose que sur des critères comportementaux et des descriptions cliniques parfois proches elles restent des pathologies distinctes. Tandis que l'autisme apparaît très tôt dans la première enfance. La schizophrénie est plus caractéristique de l'adolescence ou de l'entrée dans l'âge adulte. De plus si la schizophrénie est composée de symptômes « négatifs » qui pourraient présenter des similitudes avec certains signes d'autisme elle présente en revanche des symptômes « positifs » qui ne se manifestent en principe pas dans l'autisme (délire et hallucination sur fond d'imagination fertile)

**Tardif, c. et Gepner, b. (2003).**

Donc le terme « autisme » a été employé en psychiatrie infantile pour la première fois par –Léo Kenner- en 1943, il avait étudié un groupe de onze enfants qu'on lui avait envoyés par ce qu'ils avaient un développement anormal, mais qu'ils n'entraient dans aucune des catégories de diagnostic connues à ce moment-là.

Ces enfants semblaient physiquement en bonne santé, mais ils présentaient les symptômes suivants :

- Une incapacité à établir des relations avec leurs parents et les gens en général.
- Un retard de parole et l'utilisation du langage à des fins non communicatives.
- Un langage répétitif (écholalie)
- Une façon de jouer répétitive, stéréotypée.
- Une préoccupation excessive pour ranger les choses toujours dans le même ordre.
- Une absence d'imagination.
- Une mémoire de routine.

Kenner fut particulièrement frappé par leur incapacité à développer une relation effective à établir des liens émotionnels il les décrit comme souffrant d'autisme.

Le mot « autisme » fut utilisé pour décrire ces enfants en tant que individu et non par pour décrire seulement l'un de leurs nombreux problèmes.

Ainsi, un mot qui au début était simplement un adjectif utilisé pour décrire un symptôme caractéristique, devient le nom d'une maladie (**Ritvo.e &laxer, g.1983**).

A la suite de la description de Kenner, nombreux sont les auteurs qui ont essayé de préciser le concept d'autisme dans sa spécificité et la hiérarchie de ces symptômes, en l'absence d'autre critère objectif, les définitions s'appuient encore uniquement sur l'observation du comportement et à un degré moindre du développement. Tous les cas étant différents, aucune formulation n'est satisfaisante.

Au cours des dix dernières années, des progrès considérable ont néanmoins été réalisé dans la taxonomie de l'autisme, ils résultent d'un accord croissant concernant la validité descriptive des catégories diagnostiques et la nécessité d'une approche multiaxiale de nombreuses données de la recherche sont ainsi incorporées dans la classification française (C F T M E A, 1993) et les classifications internationales (I C LL, 10, 1992). (**Lenoir et Malwy, j(2007)**).

### **1-2 Définition :**

Trouble apparaissant précocement dans l'enfonce ( généralement dans les deux premières années) qui se caractérise par une déficience marquée des interactions sociale de la communication du partage émotionnel et des règles qui les gèrent ainsi que par un manque d'intérêts et d'activités, l'autisme peut se manifeste de façon assez diverse et peut prendre différents formes surtout en fonction de l'âge de sujet mais il est perçus par un repliement du sujet dans un monde qui lui est propre et un refus de contact avec le monde extérieur, parmi la signe autistique recherché pour le diagnostiqué on trouve une altération dans l'utilisation des modes de communication non verbale ( mimique, regard, geste...) allant de faire avec une incapacité à établir des relations sociales : un manque de partage émotionnel, un retard dans le langage parlé sans augmentation des autres modes de communication et lorsque langage est maîtrisé un usage stéréotypé des néologismes des confusion. (**Gamilo Charron, Nathalia Dume, 2007**).

L'autisme et les troubles qui lui sont apparentés dans la classification internationale des maladies (CIM – 10) sous les termes de « troubles envahissants du développement » (TED), les syndromes sont variés en ce qui concerne les manifestations cliniques » pour caractériser l'âge de début des troubles ou l'évolution. » Pour caractériser ces troubles, le circulaire reprends ce qu'on appelle « la triade autistique » qui définit les manifestations autistiques par « un déficit des interactions sociales, de la communication et des perturbations entravant le développement de l'enfant et engendrent sa vie durant des handicaps sévères et lourds de conséquences pour lui-même et la vie familiale » (Philip, c. (2009).

- Selon le CIM et DSM – IV :

Ces troubles se caractérisent par une altération globale des capacités de communication des perturbations dans la relation avec les autres, des activités, et des intérêts restreint répétitif souvent stéréotype en théorie

Il n'y a pas de retard mental associé mais dans la réalité clinique le fonctionnement cognitif présente habituellement des particularités au plan psychopathologique, les TED se caractérisent par une altération de l'organisation progressive de la personnalité avec une capacité d'adaptation de la réalité variable en fonction du niveau d'exigence sociale et du niveau d'angoisse de l'enfant.

## 2- épidémiologie :

Les premiers études épidémiologique systémique sur l'autisme a été réalisé en 1966 par POTTER, il faut rappeler que a cette époque les critères diagnostiques étaient fondé sur une appréciation clinique, le DSM III ayant fait son apparition qu'on 1980.

Depuis plusieurs études se sont succédées dans plusieurs payes, prenant en considération l'évolution des classifications nosographiques lut cette évolution peut d'ailleurs expliquer en partie les différences, retrouvées dans les chiffres de prévalence fombonne 1998 dans un revue de la littérature sur les études épidémiologique retrouve une fourchette assez large de prévalence situé entre 0,7 et 15,5 pour 10000 avec une moyenne à 4,8 pour 10000.

- Dans une revue encore plus récente le même auteur a analysé trente-trois enquêtes épidémiologiques réalisées de 1966 à 1998, la prévalence moyenne est estimée à 5,2 pour 10000. Ce taux augmente progressivement puisque les dernières études à partir de 1989 donnent une moyenne à 7,2 pour 10000 l'ensemble des troubles envahissant du développement aurait une prévalence moyenne de 17,8 pour 10000 soit 0,18 %.

GILLBERG et WING 1999 rapport un taux élevé de 1 pour 1000 selon les critères diagnostique du DSM III et de ICD-10, ce chiffre ne concerne pas les autres troubles autistiques au sens strict et n'inclut pas les autres troubles envahissant de développement, or si les troubles désigné des intégratifs et le syndrome de rett sont très rares, il en va autrement pour le syndrome d'asperger et les troubles autistiques atypiques qui sont encore plus fréquents que l'autisme proprement dit.

Si on prend en compte toutes les formes de \*spectre de l'autisme\* élargi. On peut atteindre une prévalence de 4 à 5 pour 1000 soit 0,5 % (**Joufferg, (1995)**).

- les dernières études confirment ces proportions. GEOARGIN ALLSOPP et COLL (2003) retrouvent en Géorgie (état unis) un taux de 3,4 pour 1000 équivalent chez les noirs et les blancs. Dans cette population d'enfants âgés de trois à dix ans. 66% des autistes présentaient un retard associé. confirmant les études précédentes, le sexe - ration passait de 4,4 garçon pour une fille dans les zones de retard léger à 1,3 pour les retard profonds, seulement 40% étaient scolarisé, enfin FOMBONNE 2006 en utilisant les critères DSM 4 retrouve une prévalence de trouble envahissant de développement de 64,9 pour 10000 dont 21,6 pour l'autisme et 32,8 pour TED non.

Les taux varient aussi en fonction de l'âge auquel les enfants sont sélectionnés car le diagnostic en fonction de l'âge auquel les enfants sont sélectionnés car le diagnostic n'est pas que avant deux ans pour l'autisme et avant trois ans au plus pour le syndrome d'Asperger et les autres formes atypiques.

- L'augmentation constante de la prévalence au fil du temps peut être artificielle et expliquée par plusieurs phénomènes :
  - Une détection plus performante et plus précoce des signes d'autismes

- Une convention qui tend à devenir plus dimensionnelle que catégorielle et qui recrute ainsi plus de cas.

D'autres explicatives reliés aux hypothèses écologiques portant sur l'augmentation des facteurs polluants ou toxiques pour l'homme doivent être nuancées.

Récemment, plusieurs campagnes de presse se sont fait l'écho du rôle possible joué par les nouveaux vaccins, notamment celui contre la rougeole. Plusieurs études épidémiologiques infirment cette hypothèse (Noble, 2003).

### 3- La description clinique :

- L'autisme de l'enfant se manifeste comme un trouble du développement qui concerne l'ensemble des moyens de communication et de contact avec autrui mais aussi les différents domaines d'acquisition de l'enfant et son comportement, il concerne diverses fonctions qui sous-tendent les relations sociales, les activités imaginative, l'expression ou motrices, ce trouble global des modalités de relation du sujet avec autrui et le monde environnement, généralement constitue avant l'âge de trois ans. S'accompagne aussi de difficultés caractéristiques du comportement avec des aspects paradoxaux, étranges variables. Les classifications DSM, IV et CIM.10 structure leurs critères diagnostiques du contact et des relations sociales. Les troubles de la communication, les comportements et / ou activités répétitifs et restreints

(L'autisme, 2007.)

#### 3.1- Les altérations qualitatives des interactions sociales :

Cet aspect se retrouve dans toutes les formes d'autisme et constitue le socle commun de cette pathologie. Elle n'est pas la plus facile à comprendre car elle renvoie à une compétence que chaque petit d'homme acquiert spontanément sans apprentissage : timidement en observant son entourage il s'agit de la capacité à lire dans le regard de l'autre ses émotions et ses pensées. À interpréter les mimiques des visages, les gestes et les postures des autres, toutes choses qui sont absolument nécessaires pour s'ajuster à l'autre dans une interaction. Cette communication non verbale passe beaucoup par le regard et le contact oculaire, or ce contact oculaire ne

se fait pas chez les personnes avec autisme et les caractéristiques du regard fuyant d'un regard qui traverse mais qui ne se pose pas, qui ne se pose nulle part. Quand on sait la somme d'information qui sont appréhendées par ce canal du regard et l'importance de ces échanges chez le très jeune enfant avant même qu'il n'acquiert le langage on comprend quel peut être l'impact de ce déficit d'échange visuel avec l'autre et en particulier avec ce premier autre qu'est la mère.

- C'est un aspect qui pose problème aux personnes atteintes d'autisme qu'elles soient de bas ou de haut niveau. Ainsi toutes les facettes de la communication non verbale que l'enfant apprend à reconnaître bien avant qu'il ne sache parler, représentent une énigme pour ces enfants ils ont des difficultés à les décoder et contrairement à ce qui se passe pour les autres enfants il faudra leur enseigner en particulier tout ce qui a trait à l'expression des émotions comme la joie l'étonnement la colère la déception... il leur est difficile de les reconnaître. Ainsi ont-ils des difficultés à attribuer des sentiments des pensées et des émotions aux autres et à s'en attribuer aussi à eux-mêmes ce que les spécialistes appellent «une théorie de l'esprit». Il s'agit là d'une compétence que tous les enfants acquièrent intuitivement, qui les conduit à regarder les autres comme êtres dotés d'une vie intérieure avec des sentiments et des pensées.
- Certains de ces enfants ne distinguent pas bien les êtres humains des choses qui les entourent de même qu'ils ont tendance à s'intéresser davantage aux choses qu'aux êtres humains. Ce qui peut se comprendre plus qu'ils ne perçoivent pas correctement tout ce qui caractérise l'être humain à savoir sa vie intérieure qu'il manifeste par ses expressions corporelles.
- Ils ne savent pas bien non plus repérer tous les aspects de la communication non verbale qui sont assez subtils et que nous avons aspect culturels et sociaux qui les font varier d'une société à l'autre et même d'une époque à l'autre dans la même société, il s'agit par exemple de la distance à respecter vis-à-vis de son interlocuteur dans les conversations de la façon de le regarder dans les yeux quand on s'adresse à lui mais sans insistance car ce serait mal interpréter tous ces aspects posent problèmes aux personnes avec autisme et rendent leur interaction difficiles.

- Ainsi un certain nombre de conduites ne se développent pas normalement. Comme partager des intérêts avec les autres et encore moins participer à des jeux plus ou moins solitaires de « faire semblant » qui reposent sur une imitation de comportements et de situation observés par l'enfant dans son entourage, apparaissent peu ou pas. Ce qui aura des conséquences sur le devenir de ces enfants quand on sait l'importance de ces conduites pour le développement des enfants en général. (Philip, c, 2009).

### 3.2- Les altérations qualitatives de communication verbale

La communication verbale pose autant de problème que la communication non verbale qui vient d'être évoquée, ces enfants ont tous des problèmes de langage et correspondant plutôt à la représentation qu'en a la grand public, d'autres qui présentent un autisme de « haut niveau » ont des compétences linguistique « presque » normales, voir supra normales en ce sens que leur langage se développe normalement. Sauf que des confusions sémantiques sont observées pour le vocabulaire le plus abstrait les expressions métaphoriques posent problème tandis que l'on observe une tendance à prendre l'expression « au pied de la pette » en raison d'une difficulté à saisir le sens diguer, certains montrent cependant des capacités étonnantes pour apprendre les langues sont plus manifeste. On observe fréquemment des phénomènes d'écholalie c'est-à-dire des répétitions de phrase ou de mots entendus sans compréhension du sens on distingue l'écholalie immédiate et l'écholalie différées.

L'écholalie immédiate est une répétition des mots qui viennent d'être entendus tandis que l'autre écholalie consiste à répéter des mots ou phrase entendus dans un autre contexte ce qui accentue la bizarrerie du discours enfin pour ceux qui s'expriment malgré tout , on observe des incohérences syntaxiques et logique une mauvaise utilisation des pronoms « il » à la place de « je » ou « tu » à la place de « je » et parfois chez certains ce qu'on appelle un « langage idiosyncratique » c'est-à-dire un langage fait des mots auxquels il est donné un sens autre que le sens usuel ou bien un langage fait des mots inventés qui n'ont de signification que pour leur auteur ce qui pose beaucoup de problème dans la communication..

### 3.3- intérêt restreints et répétitifs et pauvreté de l'imagination :

On constate aussi une certaine rigidité de la pensée ainsi qu'une pauvreté de l'imagination les comportements sont très ritualisés les activités sont restreintes et répétitives. Ce qui se comprend par les caractéristiques sont restreintes ces enfants qui ont des difficultés à comprendre le monde qui les entoure à décoder, les relations humaines manquent de points de repères dans le monde ou ils vivent notre monde, ils sont donc à la recherche de leur points de repère à eux quand ils les ont trouvés ils ont des difficultés à y renoncer ainsi faut-il interpréter leur comportement ritualisés leur crainte des changements et leur difficultés à anticiper.

- Même chez les autistes capables de performances intellectuelles de bon niveau dans certains secteurs on rencontre ces intérêts restreints limités à un domaine particulier qui les intéresse par contre dans ce domaine d'élection, ils peuvent faire preuve d'imagination et de créativité, dans ce domaine le choix de ces intérêts restreints intervient le niveau d'intelligence et de développement de l'enfant ainsi tel enfant de « haut niveau ». s'intéresse de façon exclusive aux dinosaures au point sur le sujet alors que tel autre beaucoup plus pour dément, qui lui servent de points de repère et manifeste, des troubles du comportement si l'on les lui retire d'une façon générale. L'immuabilité de l'environnement est recherchée qui correspond certainement au peu de point de repère dont ils disposent pour le comprendre, les stéréotypies gestuelles (agitation des mains balancement d'avant en arrière, posture bizarre) font aussi partie du tableau clinique de l'autisme qu'il soit de haut ou de bas niveau, mais cependant beaucoup plus visibles et gênantes socialement parlant, chez les enfants les plus lourdement atteints.

#### **4- les types de l'autisme**

##### **4.1- syndrome de Rett :**

L'enfant ayant un syndrome de Rett présente des difficultés importantes dans le développement du langage expressif ainsi que de grave retard psychomoteur. Dans ce syndrome l'enfant semble se développer normalement jusqu'à l'âge de cinq mois par la suite entre 5 et 48 mois le développement de la circonférence de la tête ralentit et entre 5 et 3 mois l'enfant perd des acquis au niveau de la motricité des mains avant de développer les mouvements stéréotypés des mains dans les premières années

l'intérêt de l'enfant pour l'environnement diminue l'enfant développe des problèmes de coordination de la démarche et au niveau des mouvements du tronc.

5.2- Le syndrome d'Asperger est caractérisé par la présence d'une altération marquée des interactions sociales et le développement de comportements à intérêt et activité restreint et répétitif ceci cause des difficultés cliniquement significatives au niveau de l'adaptation sociale de la personne et ayant un impact significatif au niveau des domaines importants de fonctionnement.

Pour un sujet au intérêt restreint certains intérêts et activités peuvent être poursuivis avec une intensité qui limite les autres dans la vie de la personne.

#### **4.2. Trouble envahissant de développement non spécifique:**

Le trouble envahissant du développement non spécifique est caractérisé par la présence d'altération sévère et persistante dans le développement des interactions sociales réciproques associée à des difficultés dans les habiletés de communication verbale ou non verbale ou par la présence de comportements à intérêt et activité stéréotypés. Ce diagnostic est donné lorsque tous les critères présentés par la personne ne permettent pas de lier les difficultés présentées à un des autres troubles envahissants du développement décrits précédemment.

#### **4.3. Trouble désintégratif de l'enfance:**

Dans le trouble désintégratif de l'enfance (auss appelé syndrome de Heller) l'enfant se développe en apparence normalement pendant les deux premières années, puis une régression survient dans différents domaines du fonctionnement et ce avant l'âge de dix ans. Le langage expressif ou réceptif les comportements sociaux ou adaptatifs le contrôle des sphincters, les habiletés motrices.

Habituellement la perte des acquis a lieu dans la plupart des domaines à la fois, une déficience intellectuelle sévère est souvent présente, l'enfant présente des difficultés qui s'apparentent à ce qui est présent dans le syndrome autistique soit une altération qualitative des interactions sociales et de la communication ainsi que des comportements à intérêt et activité restreint répétitif et stéréotypé.

#### **5- Les approches:**

**5-1- L'approche psychodynamique de l'autisme:**

L'approche psychodynamique de l'autisme prend appui sur des données issues des courants théoriques psychanalytiques et se fonde sur l'observation de cas qu'elle tente d'expliquer à partir des concepts analytiques classiques.

Les pathologies infantiles considérées comme des troubles de la personnalité de l'enfant, les analystes abordent généralement l'autisme infantile à travers le concept de "défense" et pour eux l'autisme est une psychose. Les théories psychanalytiques et ont largement connues et n'ayant pas de spécificité par rapport à l'autisme qu'est englobé dans le large champ des psychoses.

Les principaux auteurs qui ont abordé la question de l'autisme sont les post-kleinien, Tustin et Medsker, Bettelheim et Mahler sont les plus connus du fait du succès massif de leur théorie psychodynamique mettant en avant des traits de personnalité supposés à valence négative chez les parents d'enfant présentant une pathologie autistique. (Domonique, y. (2004) .

**5-2- Les approches psychologiques de l'autisme:**

Abordent l'autisme en tant que trouble du développement et l'abordent sous l'angle de la psychologie notamment la psychologie de l'enfant et de son développement normal et pathologique cognitif et socio-affectif de ses liens à la neuropsychologie.

**- Les avancées en psychopathologie du développement:**

Il s'agit d'analyser les processus de développement chez l'enfant autiste. L'intérêt premier de ces travaux est donc de se focaliser sur les déficits clés de l'autisme qui impliquent des fonctions importantes du développement psycho-socio-cognitif telles que la théorie de l'esprit, le partage émotionnel avec expression, compréhension, régulation des émotions, limitation, les fonctions communicatives et d'attention conjointe afin d'éclairer les dysfonctionnements à partir des connaissances relatives au développement psychologique pour voir qui fait défaut où existe mais de façon inhabituelle dans l'autisme.

**- Les principales recherches concernant les déficits spécifiques:**

Il existe plusieurs approches visant à éclairer les déficits psychologiques spécifiques et prédominants dans l'autisme qui sont les déficits sociaux, communicatifs et émotionnels. Ce sont des déficits clés en raison de leur critère de spécificité, d'universalité qui leur donnent leurs particularités et leur caractère fondamentale.

### **5-3 modèle psychologique et neuropsychologique:**

#### **1- Modèle fondé sur la primauté d'un déficit cognitif:**

Ils y a un problème d'attribution d'état mentaux et d'intention à autrui. Selon l'approche développée par l'équipe de Baron-Cohen (1985-1993) les capacités cognitives intervenant dans le développement de relations sociales.

Ils proposent une conception des troubles autistiques à partir de l'existence d'un déficit cognitif sélectif touchant la capacité de mettre en perspective et empêchant les autistes de posséder une théorie de l'esprit ou théorie de la pensée et les intentions ce qui permet de prédire les conduites d'autrui.

#### **2- modèle fondé sur la primauté d'un déficit sociale :**

Ils y a un problème de sensibilité sociale et de décodage des émotions selon l'approche développée par l'équipe d'Hobson (1986-1993) les difficultés des enfants autistes dans la compréhension des codes sociaux et des signaux émotionnels rendraient compte des déficits d'imitation, le langage de jeu symbolique cette théorie considère donc qu'une incapacité fondamentale leur capacité à entrer en relation avec autrui et un déficit du développement du soi interpersonnel et de conscience des autres.

#### **3- modèle fondé sur le déficit primaire de limitation du partage émotionnel et de la théorie de l'esprit :**

Le modèle de Rogers et Yerington (1991) réfère à Stern prend comme base de construction de leur « théorie intersubjective » trois déficits spécifiques du syndrome : limitation du partage des émotions et la théorie de l'esprit. Ces capacités déficientes dépendantes de l'âge mental et évoluant peu rendent compte d'un processus développemental non retardé mais devenu propre à l'autisme.

Ces auteurs ont donc construit leur modèle à partir du postulat d'une base biologique de l'autisme impliquant le système de contexte préfrontal qui permet la formation et l'utilisation des représentations. Le modèle suppose également que le système limbique siège des émotions rendrait compte de déficits spécifiquement déficients chez les enfants autistes pour tenter de comprendre la nature du syndrome.

#### **4- modèle fondé sur les anomalies sensorielles :**

S'intéressé aux problèmes sensoriels des enfants autistes pour tenter d'expliquer leurs troubles de la relation sociale et de la communication. Les perturbations sensorielles et comportementales de personnes autistes. Carol-t, Bruno (2003).

#### **5- les facteurs de l'autisme :**

##### **5-1- Des hypothèses psychogénétiques aux facteurs biologiques :**

###### **1-1 Hypothèse psychogénétique :**

Le terme psychogénétique désigne une origine « psychologique » aux troubles par opposition à « organique » on peut distinguer plusieurs types de facteurs psychogénétiques selon la nature par exemple

1-1-1- On va aborder la théorie de la carence précoce quantitative. Ce modèle est un modèle historique qui a été réactualisé par les théories de l'attachement (Bowlby) et le phénomène d'hospitalisme décrit par Spitz. Ces carences peuvent s'articuler autour de plusieurs expériences :

- L'abandon précoce et la vie dans la nature (enfant sauvage).
- La maltraitance par carence extrême (Kaspar Hauser cas actuels de maltraitance, ou négligence grave).
- L'hospitalisme (modèle historique de la dépression anaclitique de Spitz. Orphelinat des pays défavorisés).

Certains cas d'enfants issus d'orphelinats romains et décrits par Rett montraient des symptômes proches de l'autisme mais qui ont disparu après quelques années.

Ces facteurs carenciels graves sont faciles à retrouver dans les antécédents d'un enfant cependant ils soulèvent plusieurs questions parfois difficiles à résoudre.

- La carence est-elle seule à l'origine des troubles ou témoigne-t-elle d'une fragilité – vulnérabilité congénitale du nourrisson. Un nourrisson qui ne sourit pas et /ou se développer mal va avoir plus de risque d'être délaissé par des parents eux-mêmes en difficulté psychosociale.

### **1-1-2 Théorie intermédiaire entre le traumatisme psychologique et les concepts psycho dynamique :**

- On classera ici la théorie de B. Bettelheim qui repose sur l'expérience vécu par celui-ci dans le champ de concentration nazie. Bettelheim s'est en effet fondé sur ses observations d'homme anéantis sidérés. Parvenus à un état quasi autistique. En réaction à un phénomène de stress permanent de mort imminente qu'il a appelé « situation extrême ».

Il va postuler que les enfants autistes ont dû être également soumis (par insuffisance de protection psychique maternelle) à des menaces de pertes et d'abandon les obligeant à se replier sur eux même dans une forteresse vide.

Le traitement consistera logiquement à séparer les enfants autistes de leur parent « incompetent » et de les placer dans une institution pouvant leur prodiguer des soins permanents leur évitant la moindre frustration afin de restaurer intégrité psychique, la première institution de ce type sera l'école orthogénique (**Sonia Shankman à Chicago en 1994.**

### **5-2- Hypothèse neurophysiologique et neurobiologique :**

Dans la tradition neurologique localisationniste plusieurs ont fondé leur hypothèse sur des zones cérébrale varies ces hypothèses ont été étayés par des cas d'anomalies ou de particularité anatomique mais qui restent trop isolé pour que des conclusions générales soient tirées. Selon chaque auteur le dysfonctionnement d'une zone cérébrale expliquer à lui seul l'ensemble des symptômes autistique. Malheureusement en sens inverse. Les types d'attentes neurologiques (souvent des patient cérébrolésés) pris pour modèle de référence ne comportent pas forcément de signe autistique (syndrome frontale, syndrome de Korsakov, syndrome de Kluver-Bucy).

### **5-3- Hypothèse cognitive :**

Les sciences cognitives correspondent à l'étude des processus de traitement de l'information, d'acquisition et de représentation des connaissances et des croyances de résolution de problème et de planification de l'action. L'intérêt pour les troubles cognitifs de l'autisme est apparu dans les années soixante-dix. Depuis une dizaine d'années, les travaux neuropsychologique s'orientent selon trois axes : cognition sociale.

Les fonctions exécutives et la notion de « cohérence centrale » faible (Weak central coherence) les troubles de la cognition sociale. Constaté cliniquement seraient la conséquence d'une altération des relations interpersonnel très précoces qui sont normalement à l'origine de la compréhension sociale. Certains auteurs lui attribuent même un rôle causal (anomalies qualitative de la reconnaissance des expressions émotionnelles) mais d'autre font l'hypothèse que ce sont des troubles de limitation ou de l'attention conjointe qui seraient les plus spécifique parmi les marqueurs précoce de l'autisme.

### **5-3-1. Théorie de l'esprit :**

Aux côté de ses hypothèses et à la recherche d'une synthèse s'est développé le concept de théorie de l'esprit (capacité pour l'individu d'attribue des états mentaux à lui-même et aux autres).

Chez les enfants autiste l'exploration de cette capacité à montrer leur difficulté à prendre en compte ce qu'une autre personne espère-sait ignore croit- surtout lorsque cette croyance est erronée comme le montrent certains protocoles expérimentaux. Cette notion semble pouvoir expliquer dans une certaine mesure les troubles de l'imagination de la communication et de la socialisation décrit au niveau comportemental.

On peut citer d'autre recherche sur les précurseurs de la communication en deca de l'attention conjointe et de la compréhension sociale sur les détecteurs d'intentionnalité à la fois chez la personne normale et autiste. Ces études portent sur la reconnaissance des visages et des émotions (expériences de Wuburt.1991) sur la perception du mouvement (Martineau, 2004 ; Corpner, 2006) et sur limitation (Nadel, 2002) l'intérêt de ces études est qu'elles cherchent de plus en plus à coupler

des résultats clinique avec des explorations neurophysiologique et d'imagerie cérébrale dynamique.

### **Hypothèse biologique et génétique :**

Les nombreuses études réalisées par cette équipe montrent fréquemment l'existence d'une pathologie génétique ou métabolique identifiées ou d'anomalie anatomique et biologique associées aux cas d'autisme.

Pour Gillberger les syndromes autistique peuvent trouver leur origine dans les multiples facteurs médicaux que l'on trouve de plus en plus avec le progrès des moyens d'investigation neurobiologique. Il est partisan d'une considération syndromique de l'autisme qui irait de l'autiste surdoué ou de Fl Asperger au retard important avec signes d'autisme :

- Gillberger(1992) en additionnant tous les cas répertoriés pense que 37% des autistes ont une pathologie associée et que ces formes d'autisme ne sont pas différentes des formes « idiopathiques ».
- Steffisburg (1991) ajoute que les autistes « associés » n'ont pas plus de retard mental que les autres et que l'on trouve des pathologies associées chez les autistes de haut niveau intellectuel. Cependant cet auteur a montré également que la découverte de facteurs médicaux était proportionnelle à l'intensité du retard associé à l'autisme.
- En suivant ce raisonnement Gillberg précarise donc la recherche systématique de facteurs étiologiques.
- Médicaux au moyen d'examen complémentaire (dosages sanguins et urinaires, caryotype, imagerie médicale).
- L'étude de Bordier et coll. (2001) retrouve sur 295 enfants souffrant de troubles envahissants du développement 26.5% de pathologie génétique avérées ou probable 19% de pathologie médicale pour des et 21.7% de signes physiques minimes parmi les enfants atteints de pathologies médicales graves 34.4% d'entre eux avaient des facteurs anti-ou périnataux notables parmi les 33% d'enfants autistes ne présentant aucun signe ou pathologie associée 77% d'entre eux présentaient tout de même des antécédents périnataux.

### **6- Facteur bioclinique :**

#### **6-2- Facteur ante-péri-et postnatal :**

Les facteurs ante-et périnatale sont relativement peu d'études dans l'autisme deux raison peuvent être retenue pour expliquer ce phénomène :

- Le manque d'hypothèse et de modèle théorique solide qui attribuent aux facteurs anté-ou périnatales un rôle étiologique ou tout au moins favorisent nous en évoquerons toutefois quelques-uns plus loin.
- Le nombre important d'écueils méthodologique parmi ces derniers on peut relever :
  - L'étendue très vaste des incidents qui peuvent se produire pendant la vie intra-utérine (dont certains ne sont pas visibles) ou la période néonatale.
  - La nature différente des aléas de l'environnement d'origine psychologique pour les événements de vie physique pour les accidents et les maladies parfois les deux combinés.
- Le poids et la valeur traumatique des événements retenus.
- L'imputabilité de ces facteurs dans l'étiopathogénie de l'autisme.
- La grande variété et l'hétéro génétique des mécanismes physiopathologique possibles sous-tendent cette imputabilité (pesions cérébrales pour l'anoxie perturbations biologique pour le stress atteintes génétique pour des radiations etc.).
- Les relations de cause à effet complexes et réciproque qui interviennent entre les facteurs d'environnement et les facteurs génétique. On appose trop souvent abusivement l'environnement au génétique l'acquis à l'inné.

En effet, des agressions extérieures anténatales comme des radiations ou des virus peuvent modifier le génome en sens inverse une perturbation génique peut en fragilisant le Fœtus le rendre plus vulnérable à l'environnement et entraîner indirectement des complications périnatales secondaire.

- D'autres idées reçues doivent être critiquées ainsi ce qui est congénitale n'est pas forcément génétique (accidents périnatales par exemple) et vice versa ce qui paraît héréditaire n'est pas obligatoirement génétique.
- Pour les facteurs postnatal le raisonnement paraît plus simple un facteur extérieur agressif ou traumatique vient provoquer chez un enfant jusque-là sain, un trouble qui affecte son développement, cependant plus l'enfant est

jeune et plus le facteur est légère moins la relation de cause à effet sera évidente.

- Dans les informations recueillies au cours des entretiens avec les parents certains autismes a début « secondaire » semblent survenir après une infection apparemment banale ou un autre événement (vaccination, chute légère) plusieurs questions restent ouvertes.

### **6-3- Facteur anticonceptionnel :**

- L'exposition des parents à des produits chimiques notamment par le biais de leur profession a été signalée dans quelques études à faibles échantillons (Coleman, 1976 ; félicité, 1981). Ces travaux manquent cependant des précisions sur la chronologie de l'exposition, la nature de produits et leur nocivité. Des antécédents d'hypothyroïdie chez les parents d'autistes ont été mentionnés (Coleman, 1976).
- La fréquence des avortements spontanés est contradictoire certaines études la trouvent plus élevée que dans une population témoin (Funderbuck, 1983) d'autres non (Torrey, 1975). La récurrence des fausses couches peut aussi témoigner d'un problème génétique.
- Dans un but d'harmonisation, Percht (1980) a défini le score d' « optimalité » qui prend en compte l'ensemble des paramètres pouvant affecter la période pré »natale et /ou néonatales. L' « optimalité réduite » traduit les perturbations pouvant survenir au cours de ces périodes.0 des auteurs comme Gillberg (1983) ont utilisé ce concept dans leur travaux. En passant en revue douze études sur le sujet de 1970 à 1990, Nelson (1991) montre la diversité des résultats ainsi, Masson-Brother et Coll. (1991) n'identifient aucun facteur pathogène. Alors que Gillberg (1983) en retrouvent plusieurs l'âge mentale élevé ; les métrorragies du premier trimestre, la prématurité, le post maturité.

### **6-4- Modèles étiologique des facteurs d'environnement :**

On peut retenir actuellement trois modèles faisant intervenir les facteurs d'environnement anti- péri- et postnatals dans la genèse de l'autisme, ils sont présente par ordre de probabilité croissante.

#### **6-4-1. Modèle à étiologie directe :**

Il suppose qu'une agression due à l'environnement peut léser directement sans l'intervention d'un facteur génétique. Une région cérébrale où perturber un système fonctionnel physiologique et/ou biologique neurologique. Gillberg et Coleman (1992) ont émis l'hypothèse que des lésions précoces des noyaux thalamiques d'origine vasculaire (hypoxie, anoxie, ischémie, hémorragie) provoquées par un accident périnatal pouvaient expliquer les troubles perceptifs primaires de l'autisme, actuellement ce modèle « unique » n'est pas retenu par les spécialistes de l'autisme car il est trop réducteur et ne correspond pas aux données de la recherche.

#### **6-4-2. Modèle à effet uniquement secondaire :**

Il s'oppose au modèle Price dans le sens où les facteurs anti-et périnataux ne sont ici que la conséquence d'une perturbation génétique originale. En effet, nous avons déjà vu qu'une anomalie génétique peut en fragilisant le fœtus et /ou son environnement.

- Intra-utérin favorisent la survenue de complications obstétricales, plusieurs études ont apporté des preuves à ce phénomène notamment pour le syndrome de Prader-willi, (Nelson, 1991) et le syndrome de Down (Bolton, 1994) où le risque des facteurs périnataux est augmenté, ce modèle défendu par l'école anglaise (**Bolton, 1997**).

#### **6-4-3. Modèle à effet facilitant :**

C'est un modèle intermédiaire entre les deux précédents qui offre l'avantage d'être multifactoriel. Dans ce modèle les facteurs d'environnement qu'ils soient ou non sous la dépendance des facteurs génétiques viennent moduler l'expressivité phénotypique de l'autisme ce qui expliquerait la diversité des formes cliniques et le degré variable du retard associé. L'hypothèse de Tordjman (1996) sur le rôle facilitant des facteurs de stress et leurs conséquences biologiques peut entrer dans ce cas de figure.

## **7- Diagnostique**

**7-1- Les critères diagnostiques selon le DSM-5 (manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux) :**

A- Déficits persistants de la communication et des interactions sociales observe dans des contextes variées, ceux-ci peuvent se manifester par des éléments suivants, soit au cours de la période actuelle, soit dans les antécédents (les exemples sont illustratifs et non exhaustifs, se référer au texte) :

- 1- Déficits de la réciprocité sociale ou émotionnelle allant par exemple, anomalies de l'approche sociale et d'une incapacité à la conversation directionnelle normale, à des difficultés à partager les intérêts, les émotions et les affects, jusqu'à une incapacité d'imiter des interactions sociales ou d'y répondre.
- 2- Déficits des comportements de communication non verbaux utilisés au cours des interactions sociales, allant par exemple : d'une intégration défectueuse entre la communication verbale et non verbale, à des anomalies du contact visuel et du langage du corps, à des déficits dans la compréhension et l'utilisation des gestes.
- 3- Déficits du développement, du maintien et de la compréhension des relations, allant par exemple de difficultés à ajuster le comportement à des contextes sociaux variés, à des difficultés à partager des jeux imaginatifs ou à se faire des amis, jusqu'à l'absence d'intérêt pour les pairs, spécifier la sévérité actuelle :

La sévérité repose sur l'importance des déficits de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs.

B- Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants soit au cours de la période actuelle soit dans les antécédents.

- 1- Caractère stéréotype ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage par exemple, stéréotypies motrices simples, activités d'alignement des jouets ou de rotation des objets, écholale phrase idiosyncrasiques.
- 2- Intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés, ex : détresse externe provoquée par des changements mineurs ; difficulté à gérer les transitions, modes de pensée rigides ; ritualisation des formules de

salutations, nécessite de prendre le même chemin ou de manger les mêmes aliments tous les jours.

- 3- Intérêts extrêmement restreint et fixes, anormaux soit dans leur intensité ; soit dans leur but (p.ex. : attachement à des objets insolites ou préoccupations à propos de ce type d'objet ; intérêts excessivement circonscrits ou persévérants).
- 4- Hyper ou hyperactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement (p.ex. : indifférence apparente à la douleur ou à la température, réactions négatives à des sons ou à des textures spécifiques, actions de flairer ou de toucher excessivement les objets, fascination visuelle pour les lumières ou les mouvements, spécifier la sévérité, actuelle : la sévérité repose sur l'importance des déficits de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs).

C- Les symptômes doivent être présents dès les étapes précoces du développement (mais ils ne sont pas nécessairement pleinement manifestes avant que les demandes sociales n'excèdent les capacités limites de la personne, ou ils peuvent être masqués plus tard dans la vie par des stratégies apprises).

D- Les symptômes occasionnent un retentissement cliniquement significatif en termes de fonctionnement actuel social, scolaire, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

E- Ces troubles ne sont pas mieux expliqués par un handicapé intellectuel (troubles du développement intellectuel) ou un retard global du développement. La déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme sont fréquemment associés, pour permettre un diagnostic de comorbidité entre un trouble du spectre de l'autisme et un handicap intellectuel, l'altération de la communication sociale doit être supérieure à ce qui serait attendu pour le niveau de développement général.

### **7-2- Diagnostic différentiel :**

#### **7-2-1- Syndrome de Rett :**

Une altération des interactions sociales peut être observée au cours de phase de régression du syndrome de Rett (typiquement entre l'âge de 01 à 04 ans) de ce fait, une proportion significative de petites filles affectées peut avoir une présentation clinique compatible avec les critères de troubles du spectre de l'autisme. Cependant après cette période, une amélioration des compétences de communication sociale se manifeste chez la plus part des sujets ayant un syndrome de Rett et les traits autistiques ne sont plus les difficultés au premier plan. En conséquence, le trouble du spectre de l'autisme ne doit être retenu que si les critères diagnostiques sont remplis dans leur ensemble.

#### **7-2-2- Mutisme sélectif :**

Le développement précoce n'est habituellement pas altéré au cours du mutisme sélectif, l'enfant atteint à généralement des compétences sociales appropriés dans certains contextes et lieux. Dans les lieux où l'enfant est mutique, la réciprocité sociale n'est pas altérée de plus, il n'a pas de modes de comportement restreints ou répétitifs.

#### **7-2-3- troubles du langage et troubles de la communication sociale (pragmatique) :**

Dans certains formes du troubles de langage il peut y avoir des problèmes de communication et des difficultés de socialisation secondaire, cependant, les troubles spécifiques du langage ne sont pas habituellement associés à des anomalies de la communication non verbale ou à mode restreints et répétitifs de comportements, d'intérêts et d'activités. Lorsque un sujet à une altération de la communication sociale et d'interaction sociales mais n'a pas de comportement ou d'intérêts restreints et répétitifs, les critères de trouble de la communication sociale (pragmatique). Plutôt que ceux d'un trouble du spectre de l'autisme, peuvent être préférés à celui de trouble de la communication social (pragmatique) à chaque fois que les critères de troubles du spectre de l'autisme sont remplis. Il faut rechercher soigneusement des intérêts restreints ou répétitifs dans l'anamnèse et dans le présent.

#### **7-2-4- Handicape intellectuel (trouble du développement intellectuel) sans trouble de spectre de l'autisme :**

Un handicap intellectuel sans trouble du spectre de l'autisme peut être difficile à distinguer du trouble du spectre de l'autisme chez les très jeunes enfants. Le diagnostic différentiel peut également être malaisé chez les sujets ayant un handicap intellectuel qui n'ont pas développé de langage ou de compétence symboliques car chez ceux-ci les comportements répétitifs peuvent également être fréquents.

Un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme se justifie chez un individu ayant un handicap intellectuel lorsque la communication et les interactions sociales sont développementales de ses compétences non verbales (p.ex : par rapport à ses habiletés motrices fines, sa capacité à résoudre des problèmes non verbaux). En revanche, le diagnostic d'handicap intellectuel est justifié lorsqu'il n'y a pas de différence apparente entre le niveau de compétence socio-communicatives et les autres compétences intellectuelles.

### **7-2-5- Mouvements stéréotypés :**

Les stéréotypes moteurs appartiennent aux caractéristiques diagnostiques du trouble du spectre de l'autisme, un diagnostic additionnel de mouvements répétitifs sont mieux expliqués par la présence d'un trouble du spectre de l'autisme, cependant lorsque les stéréotypies causent les blessures auto-infligées et deviennent une cible thérapeutique, les deux diagnostics peuvent être donnés.

### **7-2-6- Déficits de l'attention/ Hyperactivité :**

Les anomalies de l'attention (trop focalisée ou facilement distraite) sont fréquentes chez les sujets ayant un trouble du spectre de l'autisme, tout comme l'hyperactivité. Un diagnostic de déficit de l'attention (Hyperactivité doit être envisagé lorsque les difficultés attentionnelles ou l'hyperactivité excèdent ce qui est attendu chez les personnes d'âge mental comparable.

### **7-2-7- Schizophrénie :**

La schizophrénie à début précoce se manifeste habituellement après une période de développement normal ou quasi normal. Une phase prodromique a été décrite au cours de laquelle un retentissement social ainsi que des intérêts et croyances atypiques peuvent survenir. Ces derniers peuvent être confondus avec les

déficits sociaux observés dans le trouble du spectre de l'autisme. Les hallucinations et le délire, qui sont caractéristiques de la Schizophrénie ne sont pas les symptômes du trouble du spectre de l'autisme, cependant les cliniciens doivent tenir compte du fait que les sujets ayant un trouble du spectre de l'autisme peuvent interpréter au premier degré certaines questions relatives aux caractéristiques principales de la Schizophrénie.

### **7-2-8- Comorbidité :**

Le trouble de spectre de l'autisme est souvent associé à un déficit intellectuel et à des troubles structurels du langage qui doivent être notés en faisant appel aux spécifications appropriées lorsque ces cas s'appliquent. De nombreux sujets ayant un trouble de spectre de l'autisme ont des symptômes psychiatriques qui n'appartiennent pas aux critères diagnostiques des troubles (environ 70% des individus ayant un trouble de spectre de l'autisme ont un trouble mental comorbide et 40% ont deux comorbidités psychiatriques ou plus). Lorsque les critères de trouble de spectre de l'autisme et ceux de déficit de l'attention /hyperactivité sont présents simultanément, les deux diagnostics doivent être posés. Le même principe s'applique pour les diagnostics concomitants de trouble de spectre de l'autisme et de trouble développemental de la coordination ; de troubles anxieux ou dépressif et des autres Comorbidités. Parmi les sujets non verbaux ou ayant une altération du langage, des signes observables tels que des modifications du sommeil, de l'alimentation ou une augmentation des troubles du comportement doivent faire rechercher des troubles anxieux ou dépressif. Des troubles spécifiques des apprentissages (langage, écrit, calcul) sont fréquents, tout comme l'existence d'un trouble développemental de la coordination. Les maladies somatiques souvent associées aux troubles du spectre de l'autisme sont à coder en spécifiant de types « association à une pathologie médicale/ génétique connue ou à un facteur environnemental/ acquis ». Ces pathologies comprennent l'épilepsie ; les problèmes de sommeil, la constipation le trouble de l'alimentation avec restriction ou évitement est un mode de présentation assez fréquent du trouble du spectre de l'autisme et des préférences alimentaires extrêmes et sélectives peuvent persister au cours du temps(DSM.5).

### **7-3- Outils d'évaluation :**

Les questionnaires d'aide au diagnostic comme le questionnaire E2 de RIMLAND et L'ADI comportent des items sur les comportements et la communication de nourrisson avant l'âge de deux ou trois ans ; construite de manière spécifique par sauvage et

L'échelle d'évaluation de comportements autistiques pour nourrisson (ECA-N) ou IBSE (traduction anglaise par Adrien 1992/ permet d'évaluer les jeunes enfants de six mois à quatre ans. Elle comporte trente-trois Items de l'échelle ECA étudié plus loin.

D'autres instruments sont fondés sur l'hypothèse de la théorie de l'esprit et de ses prémices chez les jeunes enfants, ainsi le CHAT (Checklist for Autisme in toddlers) représenté dans l'encadré ci-après et développé par Baron-Cottin et coll., s'adresse aux enfants de dix-huit mois à trois ans, il comprend neuf questions destinées aux parents qui portent sur les relations interpersonnelles. Les capacités de communication, les capacités de jeux symboliques avec les objets et les jeux de faire-semblant, et l'attention conjointe (pointages proto-impératif et proto-déclaratif). Le CHAT a déjà montré la facilité et la rapidité de sa passation ainsi que sa valeur prédictive pour le dépistage de l'autisme.

Les trois Items suivants sont particulièrement significatifs à dix-huit mois, absence d'orientation de regard vers l'objet pointé par l'adulte ; en effet l'étude prospective de 1992 montre que la présence de ces trois anomalies à dix-huit mois donne un risque de 88.3% de devenir plus tard autiste. Plusieurs études continuent d'étudier le CHAT en tentent de l'appliquer chez l'enfant de moins de dix-huit mois ou en perfectionnant ces Items.

Le PDDST (Pervasive Developmental Disorders Screening test-stage) élaboré par Seigle en 1998, c'est un questionnaire parentales divisé en trois niveaux de dépistage de zéro jusqu'à trente-six mois, le premier niveau (stage I) est utilisé lors de visites routine, il a la particularité d'évaluer aussi les signes « positifs » comme les stéréotypies et pas seulement les signes « négatif » comme le retrait et l'isolement du l'enfant. (Coll. ,1988)

## **8 - Les prises en charge thérapeutiques:**

### **8-1 les psychothérapies:**

Les psychothérapies sont multiples elles peuvent être individuelles ou groupales (thérapie : cognitivo- comportementales, individuel, familiales et systémique ...) elles peuvent être utilisées assez diversement pour agir sur les troubles du comportement sur les perceptions sur les capacités de jeux, elles peuvent être médiatisées par des supports (jeux, musique, peinture...) pour permettre à l'enfant de communiquer à partir d'un intérêt particulier. **(Carole T, Bruno G,)**

### **8-1-1 les prises en charge rééducatives :**

Évoquons essentiellement les rééducations du langage et de la communication qui sont essentielles pour des enfants dans la fonction communicative et la plus gravement touchée.

Le but du travail sur la communication est de pouvoir donner à l'enfant des moyens d'échanger avec son entourage. Dans la prise en charge orthophonique des enfants atteints d'autisme l'objectif n'est pas une application de techniques à visée purement correctrice mais une approche plus large de la communication.

**La méthode PECS** (Picture exchange communication système) basée sur la communication c'est un moyen de communication qui aide à initier le langage grâce à un échange d'images. **(Bertrand .J.2008)**

### **8 1 2 les prises en charge éducatives:**

Les prises en charge éducatives regroupent un ensemble de méthodes et de stratégies d'enseignement appliquées aux enfants et adolescents autistes afin de leur permettre un accès au savoir.

Le prototype des prises en charge éducatives de l'autisme est basé sur :

- **L'approche Teacch**

(Treatment and Education of autistic and related communication handicapped children) a été créée par Schopler à l'Université de Caroline du Nord en 1966.

Il s'agit d'un dispositif d'accompagnement qui permet d'organiser l'intervention à partir du diagnostic et jusqu'à l'âge adulte.

L'éducation structurée qui est l'outil essentiel de ce programme elle vise le développement de la communication de l'autonomie et l'intégration sociale. Les parents participent activement au programme et ils sont considérés comme des thérapeutes. **(Dominique. Y. 2014)**

Le programme de TEACCH se base sur une connaissance de l'autisme qui repose sur une démarche empirique qui se base sur l'observation directe de l'enfant l'individuation à partir d'une évaluation et l'ajustement aux capacités de chaque enfant avec l'adaptation de l'environnement aux difficultés de la personne afin de aidé l'enfant à améliorer ses capacités de communication et de socialisation.

La mise en place d'un projet individualisé son application au domicile avec les parents des exercices réalisés avec les professionnels, des structures des classes spécialisés intégrer au milieu scolaire ordinaire pour prendre en charge des enfants autiste. **Dominique. .y. (2004.)**

- **Le programme ABA :**

ABA (Applied Behavior analyses) c'est une approche comportementale basés sur les lois de la théorie de l'apprentissage.

Les travaux de Lovas ont été les premières à faire connaître cette approche dans le domaine de l'autisme

Cette technique nécessite des personnes formées et entraînés (parents, professionnels, porches ...) Afin de réduire au d'augmenter le comportement cible. **(Dominique. Y, 2014).**

## **8-2 les traitements médicamenteux :**

Il n'existe pas de pharmacologie spécifique pour l'autisme et pas de médicaments dont on puisse affirmer qu'ils aient montré leur efficacité curative dans les troubles autistique. Toutefois certains symptômes aux comportements autistiques peuvent bénéficier de traitements efficaces.

Ainsi que les médicaments ont toujours été considérés dans l'autisme comme secondaire, de plus les traitements sont souvent de langue durée. Il y'a donc un objectif double dans le traitement proposé aux personnes autistes :

Réduire des comportements gênants quand ils existent et réhabiliter des fonctions déficitaires

À côté des médicaments traditionnels (neuroleptiques à visée sédatrice) il existe de nouveaux produits anti psychotiques qui peuvent avoir de bons effets sans présenter les inconvénients majeurs des produits classiques (par exemple : la rispéridone, naltrexone, sécrétine, vitamine B6...)

### **Synthèse :**

D'après cette étude on peut remarquer que l'autisme est un trouble compliqué, étudié déjà par des différents points de vue, mais toujours laisse des points d'interrogation qui occupent beaucoup de chercheurs et reste un sujet d'actualité.

**1 – Définition et étiologie :****1-1 : Définition :**

Si le stress a fait l'objet de milliers de publications aucune définition universelle ne peut être identifiée, le dictionnaire de psychologie (Donon et Parot, 1998) par exemple donne plusieurs définitions selon le domaine d'application. En physique le stress est considéré comme une « contrainte excessive subie par un matériau » en biologie ce serait « l'agression s'exerçant sur l'organisme, en psychologie il renvoie aux « multiples difficultés auxquelles l'individu a du mal à faire face et les moyens dont il dispose pour gérer ces problèmes ». (Pierluigi J. Jouel, 2005).

Le stress représente l'ensemble des réactions de l'organisme, tant physique que psychologique, devant une situation qui demande une adaptation, c'est la réponse de l'organisme à toute pression qui s'exerce contre lui, le stress qu'une personne ressent dépend en fait de sa perception des événements et de sa capacité à s'adapter, une même situation ou un même événement peut ne provoquer aucun stress chez une personne alors que chez une autre personne cette situation déjà jugée stressante et sollicitera du corps une réaction pour s'adapter, les réactions relatives au stress sont donc individuelles et dépendent notamment de la spécificité de chaque personne comme le tempérament, les peurs, le vécu, la capacité d'adaptation, l'environnement et le nombre d'événements stressants.

D'un point de vue général, Lazarus (1993) définit le stress comme un ensemble de réactions psychologiques et physiologiques qui survient lorsque un individu est confronté à un agent nuisible, selon lui le stress perçu dépend du processus d'évaluation de l'individu qui négocie activement entre d'une part les demandes et les ressources de l'environnement et de l'autre ses ressources et ses croyances personnelles, l'individu sera donc stressé s'il évalue la situation rencontrée comme excédant ses propres capacités d'adaptation. (Grelot, 2008)

- **Le stress perçu**

Les réactions individuelles a un événement difficile ou stressant dépende la signification donnée à cet événement c'est le stress perçu.

L'évaluation subjective. En conséquence, le changement ne peut venir que d'une modification de l'impact subjectif de l'événement, donc du stress perçu.

Le stress perçu est que ce n'est pas l'événement qui fait le stress et la situation n'est pas stressante en elle-même mais c'est la perception que l'on en a créé une réaction.

## **2- étiologie :**

Le mot stress est issu par aphérèse de détresse qui provient de l'ancien français détresse et détresse qui signifiait étroitesse et oppression, il est issu du latin classique stringer qui signifie serre, resserrer

Aujourd'hui utilisé dans de nombreux domaines, ce mot occupe une place de plus en plus centrale au sein de la psychologie et de la médecine comportementale.

Des explication et des théorie de stress existaient avant le mot qui désigne le concept ainsi, le philosophe – Héraclite- (550-480) soutient que la matière est constitué d'élément et de qualité qui s'opposent et qui s'allient de façon dynamique les uns par rapports aux autres permettant des échanges .cet équilibre instable est considère comme nécessite à la survie des organismes pour Hippocrate (460-377,av.j-c) la santé et la maladie de l'organisme humain son résultat d'une harmonie ou d'une dysharmonie interne; associe aux quatre humeurs, a la renaissance – thomas Sydenham(1642-1689) reprend l'idée que la maladie est provoqué par un déséquilibre systémique et que la réponse adaptative peut provoquer des conséquences pathologique, plus tard Claude Bernard (1865) souligne l'importance d'un équilibre interne Prier physiologie .

**(Graziani, et Swedsen. 2005)**

## **2-les facteurs de stress :**

Les facteurs de stress peuvent être de nature externe ou interne :

### **2-1 : Les facteurs externes :**

Tous les événements qui surviennent dans notre environnement constituent, un particulier s'ils sont inattendus, une agression et sont ainsi des gens stressant.

Ils peuvent venir de :

### **2-1-1 : l'environnement physique :**

On note les facteurs suivants :

- bruits
- température excessive
- pollution atmosphérique
- blessure
- produit chimique ...etc.

### **2-1-2 : l'environnement social :**

Le stress peut venir des facteurs sociaux suivants

- Difficultés financier
- difficultés de logement

### **2-1-3 : l'environnement de travail :**

L'environnement du travail est l'une des sources de stress comme :

- travail de nuit
- la surcharge
- bruits important
- le chômage

**(Boudarane, m. 2005).**

### **2-1-4 : Le côté relationnel :**

Le stress peut venir des événements importante au cours d'une vie tel que :

- Le divorce : lorsque les parents divorcent, ou lorsqu'ils se disputent, l'adolescence restant de l'insécurité se sent menacé de perdre quelque chose, au point de sentir seul ou d'avoir peur.

- La mort : les adolescents sont très perturbés par la mort, que ce soit par celle d'un membre de leur famille, d'un ami, ou de leur animal de compagnie. Un adolescent peut penser qu'il est d'une façon ou d'une autre à l'origine de la mort de l'être aimé ce qui peut déclencher chez lui un grand sentiment de culpabilité de stress.

### **2-2 : les facteurs internes :**

Il s'agit souvent de manifestation somatique inattendue qui interrompt le silence habituel de l'organisme

Ces manifestations somatiques surprennent toujours le sujet qui modifie totalement la relation à son corps.

Il est brusquement interpellé pour se mettre à une écoute particulièrement inquiète voire obsédante de ses organes.

Ainsi ; une douleur précordiale et interprétée comme une douleur au cœur, une modification du rythme de l'activité cardiaque, une impression d'étouffement, de vertige ou de malaise peuvent donner au sujet une sensation de danger, une impression de mort en une minute et entraîner une importante réaction de stress.

### **3- Les différentes formes de stress :**

Les agents stressants auxquels nous sommes soumis sont multiples, leurs accumulations risquent de nous faire passer au-delà de notre seuil de tolérance en fonction du type de facteur conduisant au stress dépassé ; on parle de stress de base, de traumatisme vicariant et de fatigue de compassion de burn-out (épuisement professionnel) ou de stress cumulatif.

#### **3-1 : Le stress de base :**

Le stress de base est le prix de l'effort consenti pour intégrer s'adapter à une nouvelle situation, une nouvelle relation affective, une rupture sentimentale, un

nouveau déménagement etc. sont autant de situation où nous devons faire face à une situation non familière à laquelle nous devons nous adapter relativement rapidement et d'enthousiasme comparable à une lune de miel nous pouvons éprouver des difficultés par ce que nous devons assimiler de nombreuses informations et parce que nous devons mettre en œuvre de nouvelles procédures durant cette période d'adaptation, nous pouvons éprouver alternativement des moments d'enthousiasme et de tristesse, manifester un sentiment de détachement et un retrait émotionnel

### **3-2 : Le traumatisme vicariant et la fatigue de compassion :**

Le traumatisme vicariant résulte d'une surcharge émotionnelle ce qui choisissent par exemple de s'engager auprès de personnes en détresse (malades, blessés, laissés pour compte) se confrontent à des situations qui leur feront éprouver des émotions internes. Ces confrontations avec la souffrance d'autrui peuvent être à l'origine d'une souffrance psychologique plus ou moins importantes et plus au moins tardive appelé traumatisme secondaire ou traumatisme vicariant, les effets de la traumatisme vicariant se cumulent avec le temps et peuvent conduire à l'état de fatigue de compassion.

Le traumatisme vicariant et la fatigue de compassion ont pour effet majeur une modification de la vision de soi et du monde (perte de sentiment de sécurité et de confiance ; perte de la capacité à être en connexion avec les autres ; désespoir cynisme désillusion ; perte de l'estime de soi ; négativité au travail ; tendance de blâme ; identification à la victime).

### **3-3 : Le burn-out :**

Le burn-out épuisement professionnel découle d'épuisement des mécanismes d'adaptation au stress subis sans le cadre de travail, il affecte généralement le cadre professionnel qui assume la responsabilité de la personne et qui poursuit des objectifs difficiles à atteindre.

Les situations à risque sont notamment celles où la personne perçoit un déséquilibre entre les besoins de ses tâches professionnelles et les moyens dont elle dispose pour les réaliser une ambiguïté /ou un conflit entre son rôle celui d'un collègue, une difficulté à communiquer avec ses collègues aussi supérieurs hiérarchiques ; le sentiment de manque de contrôle sur son environnement de travail.

La perception que le travail qu'elle accomplit est incohérent, le manque de congruence entre ses attentes face au travail de la réalité de celui-ci un manque de soutien de la hiérarchie, une charge de travail trop lourde ....

Dans ces situation elle peut être insatisfaite ou douter de la valeur de son travaille par ce qu'elle compare les résultats obtenus avec une somme idéal ou avec ceux quelle désir réellement obtenir elle peut se plaindre d'une fatigue, continu et d'épuisement mentale se sentir démotivé est incompetent, aspirer à s'échapper de cette situation professionnel insatisfaisante, se montré irritable et souffrir de trouble psychosomatique.

### **3-4 : Le stress cumulatif :**

Le stress peut être comparé à une calcullette car il additionne tout : les petits traces de la vie de stress cumulative résulte :

- Soit d'une exposition prolonger au stress parfois mineur prévisible répétitif, on parle alors de stress chronique .a l'image d'une goutte d'eau qui peut a peu entame et creuse la pierre sur laquelle elle vient inexorablement tomber. La multiplication des petits soucis peut venir au bout des individus les plus résistants.
- Soit de l'accumulation d'une série d'événement difficile (au niveau professionnel et/ou privé) Cette forme de stress se développe lentement mais en émergence sera d'autant plus rapide que les possibilité de récupération sont insuffisante (manque de sommeil, de vacance, de période de récupération, de loisir) et que la personne présente des facteurs personnel de vulnérabilité (expérience antérieure hautement et stressante ou traumatique non assimilées ,difficulté sentimentale ou familiale).

(Evelyne, j. (2007).

## **4- Les modèles théoriques du stress :**

### **4-1- Les théories biologiste ou physiologiste du stress :**

Les travaux de Canon et Selye s'orientent vers l'étude de la réaction physiologiste d'un organisme soumis à un stresser, Canon est le premier à démontrer que les manifestations somatiques accompagnent le comportement de fuite ou d'attaque face à un danger, sont dus à une libération dans le sang d'une hormone, l'adrénaline, en provenance de la grande surrénale.

L'organisme tend en permanence à maintenir un équilibre constant (homéostasie) et tolère des modifications limitées. Quand les modifications produites par des agents internes ou externes sont excessives, elles affectent les mécanismes homéostatiques de l'organisme qui s'activent pour rétablir l'équilibre. Le stress est alors cette réponse activée par toutes sollicitations excessive qui permettent l'adaptation en maintenant l'équilibre de base de l'organisme. (Op.cit.).

L'importance de l'état homéostatique est reprise par Selye (1936, 1946,1950). Selon lui la surcharge des capacités de défense de l'individu suite à une agression psychique ou physique menace l'équilibre interne, ceci déclenche une contre réaction.

Cette réaction non spécifique car elle ne répond pas la nature de l'agent stresser.

#### **4-1-1-le stress selon Selye ou modèle de réponse**

Selye décrit en 1936 le syndrome général d'adaptation (SGA) et, dans les années qui suivent, continue, ses expériences (Selye 1946 1950) de ce syndrome retrouvé chez l'animal quel que soit l'agent nocif et qui se développe en trois étapes :

##### **➤ alerte : la réaction référence de l'organisme :**

Un bruit d'explosion ,un événement inhabituel ,une émotion intense : un stresser est une perturbation qui place l'individu en situation de devoir réagir et s'adapter ,le corps perçoit l'urgence et répond pour une première phase d'alerte qui met le sujet en état d'éveil ,elle repose sur le système nerveux sympathique qui prévient l'ensemble du corps avant même toute analyse réfléchié et consciente de la situation ; l'organisme active les fonctions nécessaire à la fuite au combat notamment les fonctions cardiaque et musculaire qui sont inutile comme la digestion ou la reproduction.

- une augmentation de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle\*

- une accélération de la respiration

- des sueurs

- un ralentissement de la digestion caractérisé par des papillons dans l'estomac ou une indigestion lors de cette phase, le corps mobilise ses énergies afin de faire face au stress.

➤ **résistance : construire la réponse physiologique :**

Si le phénomène qui provoque le stress demeure après l'alerte une deuxième étape débute, l'organisme mobilise d'autres moyens pour consolider ses possibilités de réaction; c'est le rôle des glucocorticoïdes (cortisone et hydrocortisone ou cortisol), qui mettent par exemple plus de glucose à disposition des organes; tout en calmement l'emballement physiologique impulsé par l'adrénaline.

Ce second mécanisme maintient la vigilance mais restaure l'équilibre (homéostasie) la phase de résistance permet donc de contrôler la phase d'alerte afin de protéger l'organisme d'une surcharge.

- une sensation de surmenage
- une lassitude et une fatigue
- une augmentation de la consommation de cigarette, de café ou d'alcool
- de l'anxiété, des pertes de mémoire

➤ **épuisement : l'absence de solution et stress chronique**

La dimension pathologique du stress intervient si la phase de résistance se prolonge trop longtemps; si le phénomène stressant maintient leur pression sans que l'individu trouve des solutions, l'organisme peine à maintenir son rythme et se fatigue la production de cortisol ne parvient pas à ramener l'équilibre et cause des dommages à certains organismes comme le cœur, cette situation décrit le stress chronique qui peut avoir des conséquences graves sur l'état physique et physiologique d'une personne (augmentation du risque d'infarctus, dépression ...).

C'est lors de cette troisième phase que se manifestent les effets les plus nocifs du stress sur la santé :

- des ulcères d'estomac
- un déficit immunitaire
- des gynécologiques
- une maladie mentale
- de l'insomnie

-des erreurs de jugement

-une modification de la personnalité

**(Santé, des stress et moi ; fondation April, 69439 Lyon, France)**

**Les théories cognitives de stress :**

#### **4-2- Le modèle de Kelley :**

La théorie des constructions personnelles de Kelley (1955 1963) est indispensable dans la compréhension de la réponse ou stress. Car elle cherche à appréhender la manière dont l'individu construit le sens de son expérience et adopte son mode de perception du monde au fur et à mesure des transactions avec l'environnement, parallèlement, à cette attribution de sens, que la personnalité se forme.

La théorie de Kelley permet de comprendre les aspects sous-jacents à toute évaluation cognitive qui peut être imaginée comme un va et vient entre l'évaluation contextuelle et les évaluations posées sur lesquelles s'érige la personnalité.

La théorie de Kelley reconnaît à chaque individu la capacité scientifique de se présenter les événements et de construire un système capable de les anticiper.

L'anticipation est le processus central, pour la raison que Kelly considère que l'individu est être en mouvement, et non pas un objet passif, il est motivé à l'action, qui doit anticiper les événements en privilégiant les alternatives qui dont l'ensemble de ses propres constructions mentales semble capable de fournir la base la plus adéquate pour prévoir la suite des événements.

Le postulat fondamental du modèle de Kelly est que les processus de chaque individu sont psychologiquement orientés par la façon dont il anticipe les événements.

Le postulat fondamental du modèle de Kelly est que les processus de chaque individu sont psychologiquement orientés par la façon dont il anticipe les événements. De sorte que les processus sont psychologiquement orientés par un réseau de règles et ne fluctuant pas au hasard (**Graziani, p. (2005)**).

**Les théories transactionnelles :**

Les modèles transactionnels et (biopsychosociaux) veulent dépasser la simple notion de cause effet et cherchent à réparer tous les facteurs pouvant expliquer la variabilité de la transaction stressante dans une optique interactionnelle.

#### **4-3- Le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman :**

Le modèle transactionnel du stress focalise l'attention sur des éléments psychologiques centraux dans le modèle de la psychologie de la santé et plus précisément sur la façon dont l'individu construit cognitivement la perception d'une situation stressante ( stress perçu), analyse sa capacité de faire face (contrôle perçu) : et met en place des stratégies de coping, ce modèle du stress psychologique a été développé par Lazarus et ses collègues.

Une situation devient stressante quand la demande faite par l'interaction individu /environnement est évaluée par le sujet comme excédant ses propres ressources et mettant en danger son bien-être.

Cette approche transpose le concept l'homéostasie de Cannon et celui de Selye (1956) au stress psychologique. Le stress n'est considéré comme une propriété de la personne ou de l'environnement, ni comme un stimulus ou une réponse. Le stress est une relation particulière.

Un processus orienté entre la personne et l'environnement. Considérer le stress comme un processus à deux significations importantes en rapport avec théorie cognitive de stress :

1 le sujet et l'environnement sont considérés en relation dynamique, donc constamment en changement.

1 la relation est aussi bidirectionnelle : le sujet et l'environnement peuvent agir l'un sur l'autre.

#### **4-4- L'approche psychosociale :**

A partir des années 1960, l'approche psychosociale s'intéresse à la relation entre événement de vie et maladies somatiques ou mentales distinguant les événements brutaux et les expériences de perte du type chômage, maladies graves,

deuil , les situation chroniques de conflit ou de surcharge de travail, et les transitions psychosociales comme l'entrée dans la vie active, la retraite ou le mariage .

Une échelle quantitative « d'expérience récente d'évènements de vie » est «élaborée par Holmes et Raabe en 1967. L'échelle de Cohen et Williamson, axée sur la perception des situations est plus qualitative, cette échelle, très utilisée a été validée par bruchon en 1994.

En 1995, l'échelle clinique d'Albert, non validée. Prend en compte l'adéquation entre les aspirations de la personne et leur satisfaction. Elle vit à recentrer la personne sur ses vrais objectifs de vie et à reconsidérer son degré d'aspiration. (Lageron, p. (2001)

D'après cette approche il existe plusieurs sources de stress des mères d'enfants autistes

#### **5- Les sources de stress chez les parents d'enfants autistes :**

##### **a) L'annonce de diagnostic les relations avec les professionnels :**

C'est toujours un choc pour la famille d'apprendre que son enfant est handicapé (même si les parents ont supposé que quelque choses n'allait pas, ils n'envisagent jamais la réalité total du le handicap). Il n'existe pas un langage parfait pour annoncer un handicap, quelles que soit la gentillesse, la bonne volonté de médecin, ce moment est toujours une épreuve très dur. Le choc est non seulement éprouvé par les parents, mais en retour, il est vécu aussi par l'enfant. Toute la vie familiale est à des degrés divers remise en cause (EDWARD RITO .GLORIA laver l'autisme la vérité refusée.)

Les parents ont du mal à faire face à un diagnostic de leur enfant de l'autisme. Leur gamme de réponses des secours que la situation est enfin claire, par un choc, d'incrédulité ou de refus, d'une profonde tristesse et l'humeur dépressive (Avdi et all, 2000).

Les parents sont frustrés par le processus de diagnostic retardé et débrouillé et déçu du niveau de connaissances des professionnels sur les troubles du spectre autistique (Osborne et al 2008). Leur stress associé à la peur de leur enfant peut être aggravé par la manière dont ils sont traités par les professionnels.

Les parents ont du mal à faire face à un diagnostic de leur enfant de l'autisme. Leur gamme de réponses des secours que la situation est enfin claire, par un choc, d'incrédulité ou de refus, d'une profonde tristesse et l'humeur dépressive.

**b) L'inquiétude sur l'avenir de l'enfant :**

Le handicap signifie pour les parents, une astreinte moral et psychologique qui va durer toute la vie : c'est qu'incombe la responsabilité de l'enfant, il leurs appartient de prendre avec l'assistance de professionnels, décisions qui s'imposent pour l'avenir d celui-ci.

Chaque enfant autiste a des troubles autistiques et des capacités différentes. Les parents ne peuvent pas savoir comment leur enfant va évoluer, l'avenir devient un synonyme d'incertitude. Dans les questions qu'ils se posent l'avenir est un sujet récurrent. La capacité à se projeter dans l'avenir avec leur enfant autiste devient donc difficile ou source de stress. (Ritivo, é.et Taxer(1983).

**c) L'inconscience de danger chez l'enfant :**

Certains parents racontent que leurs enfant semble ne pas souffrir quand il se blesse involontairement, quand il se mutile ou bien quand il est malade, ce qui est une source d'angoisse pour eux, et c'est aussi dangereux pour l'enfant qui ne apercevant pas la douleur ou la percevant mal, peut courir un risque grave.

Souvent l'enfant autiste ne perçoit pas les dangers qui l'entourent, car sa naissance n'est pas fondé sur l'expérience, l'enfant peut très ne pas mesurer les dangers malgré les avertissement, il vas traverser la rue devant une voiture, se balancer sur l'appui d'une fenêtre après la même acte .pour les parents cela nécessite une attention constante, il est indispensable pour eux de prévoir toutes les situations et au même temps de ne pas surprotéger l'enfant, cet équilibre entre les deux pôles de la situations est très difficile à atteindre.

**6- les types de stress :**

Le stress ensemble des moyens physiologique et psychologique mis en œuvre par une personne pour s'adapter à une situation.

On peut différencier un état de stress aigu et un état de stress chronique qui auront des conséquences différentes sur notre santé.

**6-1 : stress aigu ou isolé :**

Dans un état de stress aigu, notre organique fait face a un stresser ponctuel (prendre la parole en publique) quand cet état de stress se termine, les symptômes

disparaissent mains moites, sueur, cœur qui bat de façon accélérée) et il n'y pas de conséquence a long terme.

### **6-2 : stress chronique ou répétitif :**

Dans un état de stress chronique, quad on a le sentiment d'avoir trop de pression au travail Notre organisme fait face à un stresser récurrent et cette situation répétitif a engendre des conséquences néfaste pour la santé.

Si les ressource de cette organisme sont débordées et qu'il ne peut pas la quantité de stress qu'il doit gérer des problèmes de tous ordre peuvent survenir .le system d'adaptation s'épuisé, et la conséquence du stress deviennent de plus en plus préjudiciable pour la santé ; des troubles s'installent et peuvent devenir permanent. **(Grabote(2008).**

### **7- Les maladies du stress :**

Nous commençons à comprendre aujourd'hui que beaucoup de maladie courantes sont davantage dues au manque d'adaptation au stress, qu'à des accidents causés par des microbes, des virus, des substances nocives ou tout agent externe (Hans Selye)

Pour Selye les maladies de l'adaptation traduisent l'antagonisme hormonal entre les minéralo-corticoides et le glucocorticoïde ; c'est l'excès de minéral-corticoïdes qui conditionnement les maladies de l'adaptation.

#### **7-1- les maladies par hypo adaptation et par hyper adaptation :**

J –d romani établit en 1951 une liste non exhaustive d'un certain nombre de maladie consécutives à un dérèglement physiologique par un dérèglement hormonal donc consécutive au stress .ce sont par hypo adaptation et par déficit en corticoïde les maladies suivantes :

Choc traumatique, choc obstétrical, maladie postopératoire, maladie des rayons, syndrome toxique des brulés, coup de chaleur, trouble par inhibition de l'avortement provoqué etc....

Et par hyper adaptation due aux minéral, toxémie de la grosses, maladie du collagène, manifestation allergiques, néphrite aigue, etc.... due aux glucocorticoïdes : appendicite, amygdalite, certains variété de diabète, et certaines

maladies dites à l'époque psychosomatique : ulcère, hyperthyroïdisme après choc émotionnel.

La grande variété de maladie listée ci-dessus ayant toutes la même origine, à savoir la sécrétion excessive de minéral – corticoïdes lors de la réponse de stress à été remise en cause par les critiques de Selye. Ils soulignent l'absence de conformation d'un niveau aussi élevé de minéral-corticoïdes chez les sujets relevant des maladies de l'adaptation.

De nombreux chercheurs établissent des listes des pathologies induites par le stress (Allain et al 1986, Pierre et Henri Louk, 1986, etc..) reprennent l'hypothèse de Selye sur la liaison stress maladie, et Jean Rivolier déclare à cet égard « qu'à l'exception de quelque manifestation psychopathologique, il s'agit de maladie somatique ou reposant sur une base organique et pour lesquelles, dans l'ensemble l'étiologie n'est pas connue même si les processus physiopathologique d'apparition le sont ».

#### **7-2- Les maladies du stress dues aux événements exceptionnels et fléaux des temps moderne et à la vie dans les milieux extrêmes :**

De nombreuses manifestations pathologique d'origine traumatique se retrouvent à l'occasion d'événement exceptionnels, de fléaux et de conditions de vie dans les milieux extrême, il s'agit soit de vécu individuelle soit de population entière soumise à un destin commun; le stress induit est de nature traumatique et les maladies sont des manifestations post-traumatiques. Le choc émotionnel est si grande de toute la structure physique du ou des sujet est bouleversée, des régressions ou un début de désorganisation mentale accompagner de somatisation

Le prototype classique en est la guerre, on doit y ajouter accidents de chemin de fer, naufrages, incendies, tremblement de terre, éruptions volcanique, inondations, accident de centrales nucléaire (Tchernobyl, Three Mile Island) de nombreux auteurs ont décrit les réactions psychologique à ces chocs en signalant un délai entre l'événement et l'apparition des pathologies psychiques somatiques. Ils s'accordent tous sur la séquence suivante : une phase d'impact avec choc, sidération, une phase d'inhibition, de déni; une phase d'intrusion répétitive; une phase de récupération progressive; une phase d'acceptation et de début d'intégration de l'événement traumatique avec quelque résidus amnésiques. (Stora, J. B. 1991).

**8- Les thérapies et méthodes de lutte contre le stress :**

Des trente à nos jours, les médecins et psychothérapeutes ont développé de nombreuses méthodes de lutte contre le stress. Ces méthodes, quelle que soit leurs diversité, ont toutes pour objectif une action de diminution progressive de tension psychique et musculaire et une baisse des excitations sensorielles (auditives, visuelles) les résultats attendu sont « la maîtrise de stress ».

**a- les exercices de relaxations corporelles :**

Aérobic, stretching, postures de faible stress etc. ces exercices physique abaissent le rythme cardiaque réduisent les risques d'hypertension, de tension musculaire, soulagent certaines douleurs musculaires, des douleurs dorsales avec des conséquences psychiques : réduction temporaire de l'angoisse, de la dépression, etc., a ces exercices corporels développés en occident, on peut ajouter des exercices corporels d'Extrême-Orient : le tai chi, accompagner de mouvement rappelant ceux de la danse, et procurant une sensation de calme (faisant travailler toutes les parties de corps); le yoga, pratiquer depuis plus longtemps, en Europe occidentale, permet de baisser le rythme cardiaque et le rythme respiratoire provoquant une sensation de profonde relaxation sans atteindre la somnolence ou le sommeil.

**b- la méthode de relaxation mentale :**

La méditation effectuée dans un environnement protégeant de toute excitation , accompagner d'une respiration lente et rythmée, peut contribuer a réduire de nombreux symptômes (deux séance de dix à vingt minute par jour) l'évaluation imaginaire ou imagerie mental est une technique semblable à celle utilisée par les athlète de haut niveau pour renforcer leurs performance on s'imagine dans des différents endroit ou situations agréables réactivant ainsi par associations d'idées de nombreuses représentation mentales susceptibles de favoriser la baisse de tension .

**c- des méthodes utilisant des moyens techniques :**

- 1- la relaxation dans l'eau : se pratique dans un caisson spécial parfaitement isole avec les effets spectaculaires ; le danger est que dans certains cas cet isolement sensoriel peut provoquer de l'angoisse.
- 2- le bio feed back : est une technique utiliser des appareils mesurant des fonctions telles que le pouls, la température de la peau et la tension

musculaire, les sujets peuvent apprendre à les contrôler en les observant sur un écran de visualisation.

#### **d- les méthodes psychothérapies :**

Toutes les méthodes citées précédemment ont leur vertu et leur efficacité mais agissent surtout pour entretenir un état de bonne santé chez les individus qui n'ont pas perdu pied, qui peuvent encore faire face et permettent donc d'accroître leur résistance. Mais lorsque la résistance psychique individuelle ne permet plus d'affronter les difficultés quotidiennes, lorsque l'anxiété, la dépression s'installent et que certains troubles somatiques apparaissent il est important de recourir aux médecins, psychiatres, psychanalystes, psychothérapeutes et psychosomatiques. Il est alors vivement recommandé de combiner, par exemple une méthode de relaxation corporelle, facilitant un réapprentissage de la connaissance physique et psychique du corps, et une psychothérapie psychanalytique ou psychosomatique (**jean –benjamin stora, 1991**).

### **9. Les mécanismes de régulation de stress**

#### **9.1 Les mécanismes de régulation de stress de la vie quotidienne :**

- a. pour remédier aux légères tensions quotidiennes, psychologues et psychanalystes rappellent comment chaque mère agit avec son fils : présence physique rassurante, mouvements rythmiques de tapotement et de balancement, voix rassurante, etc. c'est cette façon de recevoir l'amour pour calmer les angoisses du nourrisson que l'adulte cherchera plus tard dans les relations amicales et sociales.
- b. le sentiment de frustration induit par certaines situations peut conduire à renforcer l'amour de soi par la recherche de l'approbation d'autrui en adoptant temporairement un comportement régressif infantile .pour obtenir cette gratification, on peut être contraint de contrôler ses ressentiments et ses craintes, prix à payer pour obtenir un relâchement de la tension.
- c. Rire, pleurer et jurer sont une autre façon de décharger les tensions soit à ses propres dépens soit aux dépens d'autrui. Ces manifestations émotionnelles et physiologiques ont pour fonction de restaurer et de préserver l'équilibre mental individuel.
- d. le retrait émotionnel dans un sommeil excessif ou inhabituel semble être une voie empruntée par certains pour faire face aux difficultés, retrouvant ainsi un repos.

va s'en dire qu'il n'en est pas de même chez tous les individus, qui, eux, réagissent par des trouble du sommeil.

- e. verbaliser son émotion, se confesser, prier sont des recettes éprouvées de décharge des tensions liées à des conflits interpersonnels dans sa famille ou sur son lieu de travail cette verbalisation permet d'arriver à la formulation de nouveaux points de vue, et des tensions mineures peuvent disparaître uniquement en formulant à haute voix son problème. Des résultats, même spectaculaires en la matière. Ne doivent pas faire oublier que des mécanismes psychiques plus complexes sont en jeu, et que, le relâchement de la tension est alors temporaire.
- f. « intellectualiser » son problème est un mécanisme fréquemment utilisé, qui peut procurer une certaine satisfaction liée au fait d'exposer son problème. Deux écueils sont à éviter en la matière : soit « ruminer » son problème en attendant sa solution, ce qui conduit à un monde de pensée obsessionnel, soit rationaliser, c'est-à-dire donner une explication qui nous satisfait momentanément sans pour autant satisfaire la réalité des faits.
- g. agir pour changer le cours des événements à l'origine du stress met en œuvre les mécanismes neuromusculaires de décharge de l'énergie agressive. Mais l'action, qui est pour certains une autre façon de « dire » comporte des risques plus élevés que penser ou parler. Le danger de maladies somatiques menace hommes et femmes d'action et/ou les individus qui d»chargent leurs tensions dans des comportements. Jouer, travailler et faire du sport sont des modes de sublimation de l'énergie en excès et la façon idéale de « neutraliser » le retournement des pulsions agressives contre soi.
- h. l'activité fantasmatique, au contraire de l'activité de penser, de verbaliser et de travailler, peut être indépendante de la réalité, tout est possible en imagination : critique, attaque, etc., et le résultat d'un tel mécanisme est de diminuer ou d'observer la charge agressive, l'activité onirique, dont l'interprétation des rêves de Freud décrit le fonctionnement, facilité la baisse de tension psychique interne.
- i. En dernier lieu, il semble (pour des raisons que je développerai plus loin) que l'excès de tension trouve un débouché au niveau du corps. Des phénomènes tels que uriner, déféquer fréquemment, trop manger ou manger très vite, fumer et bore de l'alcool, avoir une activité sexuelle accrue, peuvent être considères comme des décharges somatiques donc les individus sont plus ou moins

conscients, mais auxquels ils ont « recoures » quotidiennement, de façon automatiques et inconsciences.

## 9.2 Les mécanismes de régulation de stress majeur.

Dans les cas où les menaces, frustrations et difficultés l'acconduisent, les fonctions de régulatrice homéostatiques de moi sont de plus en plus sollicitées, et par conséquent celui-ci est obligé de faire appel à des mécanismes de plus en plus complexe.

Le D'Karl A. Menninger. Dans une communication. A la société psychanalytique américaine dans les années cinquante, à développer un modèle des différentes réactions du moi, lorsque les mécanismes de défense au stress quotidien sont défailantes.

Les mécanismes de régulation de premier niveau. Une des premières conséquences de la faillite des mécanismes habituels de régulation est la sensation d'inconfort liée aux efforts de concentration intellectuelle et de contrôle de soi. Il semble que le pouvoir de contrôle sur soi est mis en échec, et pour compenser et maitriser ce phénomène les individus essaient de le faire disparaître par hyper-suppression. Lorsque les personnes accroissent leur réticence et prévention à l'égard d'autrui, et que leurs attitude générale semble se rigidifiait sous des apparences de force, c'est une hyper-répression qui est à l'œuvre. L'état de vigilance, l'irritabilité, et la distraction qui provoquent souvent des insomnies sont un indice d'hyper-vigilance. Très proche de l'hyper-vigilance. L'état hyper-émotionnel décrit la limite possible de certaines manifestations : « rire hystériques », attaque de rage, irascibilité, susceptibilité, le tout accompagné parfois de dépression souvent liée à des deuils récents, un déguisement ou un déplacement d'attaques agressives.

Les mécanismes de régulations de deuxième niveau. Les mécanisme d'équilibre homéostatique de deuxième niveau ont pour caractéristique un détachement partiel de la réalité, que ce soit celle de personnes aimées, craintes ou haines. En effectuant ce retrait sur une ligne de défense abandonnant le principe de réalité, le moi sacrifie certaines fonctions essentielles à une vie normale.

a. le retrait de la réalité par dissociation est réalisé par des modifications internes des états de conscience : évanouissement, périodes amnésiques...retraits passagers d'une réalité qui ne tarde pas à faire retour. Un tel retrait peut être

accompagné de sensations d'étrangeté, et même de dépersonnalisation ; il est important de comprendre que sur le plan clinique ce mécanisme, bien qu'améliorant la situation pénible du sujet, n'a pas résolu pour autant sa souffrance.

- b. le retrait de réalité par « déplacement » : dans ce cas, la souffrance psychique provient d'un attachement insuffisant à la relation objectale, attribuant des intentions menaçantes à l'objet, le moi des individus projette ses propres intentions agressives sur une personne, qui bien qu'innocente, va servir de débouché aux pulsions agressives. il peut aussi s'agir de phases alternantes de déni de réalité et d'acceptation de celle-ci. L'individu traversant de telles phases semble adopter une attitude de provocation qui pousse son entourage proche, déçu par une telle attitude, à un comportement qui est un mélange d'amour et de punition.
- c. l'utilisation des symboles est courant dans la vie psychique ; il est ainsi possible d'utiliser le verbe, des mutuels et d'autres modalités en lieu et place de la formulation inconsciente de l'intention de détruire.

Tous les mécanismes de régulation de stress de premier et de deuxième niveau sont des mécanismes temporaires et d'urgence, le moi ne les considère pas comme des acquisitions permanentes, bien que souvent il en soit ainsi : par exemple, si, à la fin de la journée décourageante, un homme prend un ou quelques verres d'alcool, on ne peut considérer cette pratique comme symptôme. Si, par contre, cela devient un impératif quotidien, de sorte que les autres satisfactions sont sacrifiées, alors cela devient un symptôme. De telles formations de symptômes accroissent les charges de fonctionnement du moi ; elles éliminent les satisfactions, accroissent les sentiments de culpabilité, et diminuent l'estime de soi. Cette formation symptomatologique conduit dans certains cas à l'incorporation du symptôme dans le système et apparaît alors comme un élément de la structure de caractère.

**Préambule:**

Pour réaliser une recherche, il faut baser sur une méthode bien déterminer et bien structurer, avoir un terrain de recherche, une population d'étude et des outils d'investigations. Et avant d'approfondir le terrain d'étude, il faut d'abord faire une pré-enquête qui nous permettra de recueillir le maximum d'information relatif à notre sujet de recherche.

Dans ce chapitre on va présenter la méthode sur laquelle se basera notre recherche qu'on va utiliser.

**1. la démarche de la recherche :****1.1. La pré-enquête :**

La pré-enquête se fait par le biais de l'observation préliminaire des faits afin de recueillir la maximum d'information, qui permettent le déroulement de l'enquête .elle est une phase de déchiffrement, d'investigation, préliminaires, de reconnaissance, dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valide, fiable, renseignées, argumentées et justifiées. Elle permet de fixer en meilleur connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que la chercheuse aura réalisé pour vérifier ses hypothèses. AKTOUF, O. (1987).

Durant notre recherche sur le stress chez les mamans des enfants autistes; la pré-enquête nous à permet d'établir un bon contact avec ses mamans et de gagner leur confiance. Ces dernières qui ont donné leur consentement pour partager leur souffrance psychique et leurs préoccupations quotidiennes concernant cette déficience.

Au début on s'est renseigné sur les différentes associations existantes à Bejaia, on s'est présenter à l'association de pris en charge d'enfant autiste « APCEA » pour vérifier si nous pouvons trouver notre groupe d'étude afin de confirmer sur leurs participations et leurs accords.

Premièrement, on a appliqué la consigne de l'échelle de stress et quelques questions de guide d'entretien, on a utilisé un entretien semi-directif ainsi on a constaté que ces outils ont été clarifié et facile pour l'application, et après cela on a

sélectionné 5 cas avec lesquels nous pouvons travailler, les résultats qu'on a obtenus après les essais nous a confirmé que ce test est efficace pour effectuer notre recherche.

### **1-2- L'étude de cas :**

Les études de cas ont un rôle majeur dans le développement de la pratique psychologique et dans la formation des praticiens. Car, en effet, elle agit comme des puissants médiateurs entre la pratique de La psychologie clinique et les aspects théorique de la discipline. Et à travers la présentation d'une étude de cas, le praticien explique comment, à sa manière personnelle il lit sur le terrain de ses interventions modèles conceptuels et modalités d'intervention.

L'étude de cas a l'avantage de rester au plus près de la réalité clinique en restituant le contexte d'apparition de trouble en prenant en compte les différents démentions (historique, affective, relationnelle, cognitive) .Elle permet aussi d'établir des hypothèses pertinentes et majeures dans la compréhension des différents troubles. Charraoui. KHet Benony, H (1999).

### **1.3. Présentation de lieu de la recherche :**

Notre recherche a été effectuée au sein de l'unité de prise en charge des enfants autistes nommé (A.P.C.E.A) c'est une association qui a été créée en 1<sup>er</sup> Mai 2010 sous l'agrément numéro 158/10 par les parents d'enfants atteints d'autisme.

Cette association fait partie intégrante du centre des inadaptés mentaux d'iheddaden c'est une association à caractère socio-éducatif.

L'unité a ouvert ses portes le 06 Juillet 2010, pour les enfants autistes qui sont pris en charge en demi-pension. Parmi ses objectifs on cite :

- Assurer une réelle et permanente prise en charge des enfants autistes.
- Créer une structure adéquate pour un suivi professionnel de certains enfants.
- Tenter de garantir aux enfants une insertion en milieu scolaire et social.
- Aider les parents à surmonter les difficultés quotidiennes induites par le handicap de leur enfant.

**2. la population d'étude :**

La participation des sujets dans cette recherche clinique exige la prise en considération de cette notion éthique, qui est le premier principe du code de déontologie des chercheurs en psychologie. Le consentement des sujets implique que chaque mère donne son accord de participer dans notre recherche, d'une manière libre sans crainte ou pression, après avoir expliqué brièvement notre thème de recherche et nos objectifs.

Nous avons constitué un échantillon composé de cinq cas, de mères... avec lesquels on a travaillé dans l'anonymat en changeant leurs prénoms afin de garder la confidentialité et en tenant compte des critères suivants :

- **les critères d'homogénéité retenus :**

Sont les critères sur lesquels on s'est basé pour la sélection des cas.

- la maîtrise de la langue du clinicien, soit le kabyle, soit l'arabe, soit le français.
- devant la nécessité d'utiliser l'échelle de stress, les cas choisis ont un niveau d'étude moyen.

- **Les critères non pertinents pour la sélection :**

Dans notre recherche nous n'avons pas donné l'importance à :

- le niveau socio-économique car le phénomène du stress peut toucher toutes les classes sociales.

**2.1 : Le déroulement de la recherche :**

Notre pratique a duré ...deux mois ...

En premier lieu, on a visité le terrain de la recherche, on s'est présentée autant que stagiaires psychologues dans le cadre d'une recherche pour la réalisation de notre mémoire de fin cycle, de ce fait, on a parlé avec le président de l'association d'aide des enfants autistes « APCEA » de la wilaya de Bejaia dans le but d'obtenir une autorisation de pratique, puis on a informé les mamans les mamans d'enfants autistes sur notre démarche, on a obtenu le consentement et l'accord d'effectuer des

entretiens avec eux et un échelle de stress dans le cadre d'une recherche scientifique, on a pu travailler avec cinq cas.

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

L'entretien s'est basé sur un consentement libre et clair sa durée enivrent 25 minute pour chaque cas, et la durée de l'échelle de stress environ 45 minute pour chaque cas, on insiste à chaque fois sur le secret professionnel, comme tous nos cas ont un niveau d'instruction élevé et qui maîtrisent la langue française on a opté pour l'utilisation de l'entretien et l'échelle de stress en version française.

## 2.2 : Tableau représentant les caractéristiques de la population d'étude

Nom	L'âge	Niveau d'étude
Wahiba	32	Diplôme en science commerciale
Safia	40	Diplômé en langue française
Hakima	32	Licence en psychologie de l'enfant et un master en langue arabe
Karima	34	Licence en langue anglais
Amina	42	Licence en gestion

## 3. les techniques utilisées :

Dans la réalisation de notre recherche on s'est appuyés sr un entretien clinique de recherche et l'échelle de stress de Cohen et Williamson (1995).

### 1. l'entretien clinique

L'entretien peut définir dans un premier temps, ainsi que le propose le Petit Rober, simplement comme l'action d'échange des paroles avec une ou plusieurs personnes. L'entretien est synonyme de conversation, discussions ou dialogue.

L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens a un sens quelque peu différent: il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. L'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes. Il paraît donc comme un outil irremplaçable et unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés.

La manière de mener un entretien s'appuie sur des règles techniques (non directivité, semi-directivité) et sur une certaine attitude (attitude clinique) adoptée par le psychologue clinicien: on peut dire que les aspects techniques (non directivité ou semi-directivité) et l'attitude clinique du clinicien, et cela quelles que soient la modalité et les conditions de l'entretien. Chahraoui, KH. Benony, H(1999).

### **1.1. L'entretien semi-directif :**

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple.

De même, dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive: il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé.

### **2- Le guide d'entretien :**

**- Présentation de guide d'entretien :**

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewé ».

Dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance. Celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets : elle est généralement soigneusement préparée, et le clinicien veille à ce que la formation ne soit pas inductive.

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter : le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées de manière directive ; il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien.

Donc il s'agit d'un ensemble de questions regroupées en trois axes principaux, le premier axe concerne les informations sur l'enfant et sa pathologie, le deuxième axe est consacré à l'impact de la pathologie sur les mères et la famille. En fin dans le troisième axe, on va aborder le stress perçu.

## Guide d'entretien :

## Axe 1 : information concernant la maman :

- ✓ quel âge avez-vous ?
- ✓ -quelle est d instruction ?
- ✓ -quelle est votre situation familiale ?
- ✓ -quelle est votre profession ?
- ✓ -combien d enfant avez-vous ?

## Axe 2 : l enfant et sa pathologie :

- ✓ -quel âge a votre enfant ?
- ✓ -de quel trouble souffre t-il ?
- ✓ -depuis combien de temps souffre t –il ?
- ✓ -a-t-il eu des complication hors de sa naissance ?
- ✓ -est ce que votre enfant scolarisé ou bien placé dans un centre spécialisé ?
- ✓ -a t –il donné des bons résultats ?
- ✓ -comment son comportement a l école ou au centre ?
- ✓ -depuis quant et comment est il prit en charge en pédopsychiatre ?
- ✓ -quel sont ses progrès ?
- ✓ -avez-vous des antécédents familiaux ?
- ✓ -avez-vous des informations sur le troubles autistique ?

## Axe3 : l impacte de la pathologie sur la maman et la famille :?

- ✓ -comment avez-vous vécue l annonce du diagnostic ?
- ✓ -quel est le comportement de votre enfant au sein de la famille ?
- ✓ -comment vous vivez la pathologie de votre enfant ?
- ✓ -avez-vous des problèmes conjugaux a cause de votre enfant ?
- ✓ -comment est sa relations aves ses frères ?
- ✓ -comment vous vivez le regard d' autrui envers votre enfant ?
- ✓ -comment vous vivez le fais que votre enfant n est pas comme les autre ?
- ✓ -quelles sont vos difficultés quotidiens avec votre enfant ?

## -axe 4 :le stress :

- ✓ -vous colérique ou facilement irritable ?
- ✓ êtes-vous capable d assumer les difficultés quotidiens ?
- ✓ -pensez vous que vous êtes stressé ?
- ✓ -si oui êtes vous capable de gérer votre stresse ?
- ✓ -comment vous percevez la maladie de votre enfant ?
- ✓ -êtes vous fatigué ?
- ✓ -avez-vous des manifestations de la santé ( le sommeil , l alimentation ) ?
- ✓ -vous êtes pessimiste a l égard de la maladie ?

## 2. l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson :

### 2.1. Description de l'échelle :

Il s'agit d'une échelle qui mesure le degré auxquelles les situations dans la vie sont stressantes, elle permet d'évaluer « l'importance avec laquelle des situations de la vie sont généralement perçues comme menaçantes, c'est-à-dire comme non prévisible, incontrôlable et pénible ». (Quintard.B, 2011, p56).

Il est composé de 14 items, pour chaque item le sujet estime sa fréquence d'apparition, sur une période récente .on trouve dans cette échelle 5 dimension :

- Jamais : 1
- Presque : 2
- Parfois : 3
- Assez souvent : 4
- Souvent : 5

Les items 4,5,6,10,et 13 sont notés en sens inverse : ( Jamais :5, Presque :4,Parfois :3,Assez souvent :2, Souvent :1) .

Les items ont été choisis comme ni trop généraux, ni trop spécifiques pas trop marqués culturellement, s'appliquant à une palette très étendue de situation) .très fidèles et homogène, les scores de la PSS ont des corrélations très significatives avec divers indicateurs de bien-être et de santé somatique.

Le temps de passation administration rapide : environ 5 minutes pour la version à 14 items.

**2.2. Présentation de l'échelle :****2.3. La consigne :**

Je vais vous présenter 14 questions qui concernent vos sensations et vos pensées pendant le mois dernier qui vient de s'écouler. Vous essayez de répondre rapidement en indiquant la fréquence de ces sensations et pensées parmi les cinq choix proposés : Jamais, Presque jamais, Parfois, Assez souvent, Souvent).

**2.4. La cotation :**

- Total global > 25 : pas de stress
- Total global de 25 à 49 : stress moyen.
- Total global < 50 : stress pathologique

## Chapitre 04 : Analyse, discussion et interprétation des résultats

---

- **Présentation du premier cas:**

Wahiba est une femme au foyer âgée de 32 ans, diplômée en science commercial, mère de deux filles. Elle n'a pas trouvé un poste convenable et elle a décidé de rester à la maison.

Elle était heureuse de voir qu'on s'intéresse à ce genre de femmes qui souffrent et qui ont besoin d'un soutien psychologique pour les aider à faire face aux difficultés quotidiennes, et elle a répondu à toutes nos questions avec beaucoup d'affection et sans hésitation.

### **1- Analyse de l'entretien clinique :**

#### **1-1- Analyse de 1 axe : l'enfant et sa pathologie :**

Alae est une fille âgée de 6 ans elle souffre d'autisme dès l'âge de 4ans, la maman dit: «j'ai remarqué certains comportements anormaux chez ma fille elle ne parle pas, elle ne joue pas avec les autres enfants, elle s'isole mais je ne savais pas que c'était l'autisme».

La petite fille a eu des complications lors de sa naissance, la maman annonce : «après mon accouchement, alae a bu l'eau de mon ventre et elle a été hospitalisée pendant 10 jours ». Elle continue : «A l'âge de 2 ans ou tous les enfants commencent à apprendre à marcher, j'ai remarqué que ma fille avait des difficultés ce qui m'a poussé à l'emmener chez un médecin, après les analyses et les radiographies, ils m'ont dit qu'elle souffre d'une luxation de pied droit ». D'après la maman ce trouble d'autisme est lié à cette maladie. Elle révèle: «ma fille a beaucoup souffert dès sa naissance, chaque semaine elle devrait faire des analyses des radios, elle était hospitalisée pendant 5 mois à l'hôpital d'Alger pour faire une chirurgie, elle est restée 4mois avec le plâtre elle ne peut plus bouger ni sortir, elle passe son temps devant la télévision à cet âge, j'ai vu les enfants de nos voisins vivent leur enfance sauf ma fille qui était condamnée à la maison. A cause de tout ça j'ai remarqué que ma fille commence à perdre le langage et préfère être seule.

La prise en charge date de quelques mois seulement, la maman raconte : «je savais que ma fille n'est pas comme les autres enfants, elle avait des comportements bizarres mais j'ai cru que c'est à cause de cette maladie et qu'elle est restée beaucoup de temps à la maison sans fréquenter quiconque mais après sa

## Chapitre 04 : Analyse, discussion et interprétation des résultats

---

scolarisation, les enseignants m'ont convoqué plusieurs fois en me disant que ma fille souffre d'un trouble d'autisme et après quelques jours j'ai décidé de l'emmener chez un pédopsychiatre. Il a confirmé mes doutes ».

D'après la maman, le cas de sa fille n'a pas progressé jusqu'à maintenant, elle ne peut pas parler et toujours elle s'isole.

### 1-2- Analyse du deuxième axe : Impacte de la pathologie sur la maman :

L'annonce du diagnostic confirme les doutes de la maman auxquels ne voulait pas croire, elle raconte « pour moi c'était juste un retard de langage mais quand le pédopsychiatre m'a annoncé que c'est de l'autisme cela m'a choqué à nouveau elle va encore souffrir, en pensant à tout ce qu'elle a vécu et elle doit recommencer à nouveau avec une autre maladie cela l'a étouffée. « j'avais une respiration lourde et je Ne me suis pas rendu compte je me suis évanouie » annonce-t-elle. Le comportement de la petite fille est très calme, la maman affirme : « elle ne bouge pas, ne communique pas, elle demande rien et elle ne porte aucun intérêt envers moi. »

La maman affirme qu'avoir un enfant autiste n'est pas facile à vivre, sa vie n'est pas la même et qu'elle vit amèrement la pathologie de sa fille parce qu'elle a beau souffert, elle avoue : « j'ai du mal à accepter tout ça ; dès sa naissance elle a souffert quand est ce qu'elle va se reposer ».

La maman mène une vie assez angoissante et perturbante avec son mari, elle dit « il ne m'aide plus et il s'en fou de sa fille c'est moi qui ai confronté toute seule je ne l'ai pas trouvé à mon côté et jusqu'à maintenant je donne de mon mieux mais tout ça c'est pour rien pour lui, et il me dit plusieurs fois que si tu ne pouvais pas assumer tout ça, tu n'aurais pas accepté de te marier ».

Concernant la relation de la petite Alae avec sa sœur la maman dit : « elles ne jouent pas ensemble, elles ne se parlent même pas c'est comme si ce sont des étrangères et ne vivent pas dans la même maison. »

Les enfants atteints d'une pathologie sont souvent la cible des regards blessants de la société, la maman avoue : « on la regarde avec mépris comme si elle est idiote et cela me touche énormément surtout quand j'entends parler de moi

## Chapitre 04 : Analyse, discussion et interprétation des résultats

---

derrière mon dos en disant que c'est moi qui l'a rendu ainsi et des fois on me le dit en face et je me bloque ; tout cela me brise et me tue ».

La maman affirme qu'elle rencontre des difficultés chaque jour elle dit : « j'ai affronté beaucoup de difficultés et beaucoup d'obstacles ; je me sens morte, tout mon temps est consacré à elle, je pense toujours à elle et comment elle continuera sa vie si un jour je ne serai pas là ; surtout pour une fille c'est trop difficile, il m'arrive dès fois de ne rien faire toute la journée rien qu'on pensant à toutes les souffrances qu'elle endure ».

### 1-3- Analyse du troisième axe le : stress perçu.

La maman avoue qu'elle s'énerve facilement et qu'elle n'était pas comme ça à cause de la surcharge, elle se laisse emporter par la colère facilement elle dit : « je m'énerve au point de ressentir des bouffées de chaleur, comme si c'était une punition de Dieu » elle se sent de plus en plus incapable d'assumer les difficultés elle raconte : « je suis arrivée au point où j'en ne peux plus continuer de vivre c'est trop pour moi de supporter un tel trouble toute une vie, cela me rend fragile et me détresse ».

Elle annonce en sanglant : « je suis devenue très stressée, en plus la négligence de mon mari me rend trop stressée moi aussi j'ai besoin de soutien, seule je ne peux pas assumer tout ça et faire face à une telle maladie ». ce qui concerne la gestion de son stress elle dit : « je ne peux pas me contrôler, le stress m'a provoqué le colon, la nuit je ne dors pas à cause des douleurs de toutes part ».

Les efforts fournis par la maman la rendent fatiguée elle dit : « je me sens trop fatiguée ; je fais beaucoup d'efforts et je donne de mon mieux pour qu'elle guérisse et pouvoir parler et intégrer avec les autres et ça me fatigue énormément ».

Concernant les problèmes conjugaux, la maman leur donne pas d'importance elle révèle : « mes problèmes je les ignore, je ne veux pas rendre ma vie plus dure qu'elle est déjà. Pour moi ce qui compte c'est ma fille et qu'elle puisse guérir et devenir comme les autres enfants ». la maman reste optimiste, elle dit : « je suis obligée de rester optimiste c'est l'espoir qui nous pousse à continuer et à combattre c'est la seule chose qui me détend un peu en pensant qu'un jour tout ça, va se terminer ».

## Chapitre 04 : Analyse, discussion et interprétation des résultats

La maman affirme qu'elle manque de soutien du côté de sa belle-famille avec un visage triste elle raconte : « l'absence de mon mari à mon côté me blesse je me sens délaissée mais Dieu merci que mon père est toujours avec moi et il me refuse aucun service, il me conduit où je veux et aussi il m'aide financièrement ».

### Résumer de l'entretien :

D'après les dires de la maman, lors de l'entretien qu'on a eu avec elle on a observé qu'elle a des problèmes causés par la pathologie de sa fille et aussi le manque de soutien de son mari et d'aide ; de plus, on a observé qu'elle exprime des signes de stress et de fatigue qui se manifeste également à travers des plaintes somatiques.

### -l'analyse de l'échelle de stress perçu cas de Wahiba 32ans :

Au cours de dernier mois, combien de fois ...	Jamais	presque jamais	Parfois	Assez souvent	Souvent
1. Avez-vous été dérangé (e) par un événement inattendu ?					5
2. vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes dans votre vie ?					5
3. vous êtes-vous sentie nerveuse ou stressé ?					5
4. avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?			3		
5. avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?			3		
6. vous êtes –vous sentie confiante à prendre en main vos problèmes personnelle ?		4			
7. avez-vous sentie que les choses allaient comme vous le vouliez ?		4			
8. avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?				4	
9. avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?		4			
10. avez –vous senti que vous dominiez la situation ?	5				
11. vous été –vous sentie irritée parce			3		

## Chapitre 04 : Analyse, discussion et interprétation des résultats

que les événements échappaient à votre contrôle ?					
12. vous êtes –vous surprise à penser à des choses que vous deviez mener à bien ?			3		
13. avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?		4			
14. avez-vous trouvé que les difficultés s’accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?				4	
<b>TOTAL GLOBAL</b>			<b>56</b>		

### Les résultats :

Le totale global obtenu par le cas de Wahiba, affirme l’observation qu’à été faite lors de l’entretien qu’on a eu avec elle, en effet ce dernier souffre d’un stress perçu, toutes ses réponses aux items correspondent à des chiffres élevés, aux items 1 par exemple\*êtes-vous dérangée par un événement inattendu?\* et à l’item 2\*vous a –t –il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie\* à l’item 3 \*avez-vous senti nerveuse ou stressé?\*le cas a répondu a toutes ces questions par \* assez souvent\* ce qu’on remarque, c’est un degré de stress élevé , et aussi sa réponse à l’item 10\*avez-vous senti que vous dominez la situation ?\*

Ce qui nous donne un score de 54, qui nous renseigne sur la présence d’un degré de stress perçu supérieur à 50, soit un stress pathologique.

### Résumé du cas :

À partir de l’analyse des résultats du guide d’entretien et de l’analyse des résultats obtenus par l’échelle de stress perçu, on a pu déduire que le cas de wahiba présente un degré de stress perçu élevé (pathologique), qui se traduit aussi à travers des manifestations somatiques.

Nous avons constaté aussi que la maman, n’était pas soutenue par son mari. Elle assume toutes les responsabilités .notamment celle de sa fille. Elle trouve des difficultés à gérer son temps.

## Chapitre 04 : Analyse, discussion et interprétation des résultats

---

### **Description du deuxième cas:**

Sofia une femme au foyer, âgée de 40 ans, mère de deux enfants .elle est diplômée en langue française et elle a souhaité travailler comme enseignante mais après son mariage et sa première grossesse elle n'en a pas pu pas pu, elle a décidé de rester à la maison et de consacrer son temps à sa famille.

Lors de notre entretien, elle était vraiment sympathique et très à l'aise avec nous ; elle a accepté de répondre à toutes nos questions, elle s'est montrée coopérative.

### **Analyse de l'entretien clinique ;**

#### **Analyse du premier axe : l'enfant et sa pathologie :**

Rayane un garçon âgé de 7 ans, souffre d'autisme depuis 4 ans ; la maman raconte : « j'ai remarqué que mon fils n'est pas comme mon premier enfant y'avait quelque chose d'anormal dans son comportement, au début j'ai cru qu'il était sourd car il ne réagit pas quand on l'appelle mais il répond facilement au son de télévision ce qui m'a poussé à consulter un pédopsychiatre pour voir de quoi s'agit-il ». Elle dit : « personne n'en souffre dans la famille. J'ai cherché dans les deux côtés je n'ai trouvé personne ».

Rayane est scolarisé dans une école un peu de temps puis il a arrêté. La maman nous informe avec un visage triste elle dit : « à l'école son comportement est agité. Il ne pouvait pas se tenir dans une place, il ne suit pas les règles établies par son enseignant il dérange ses camarades ; et vu son retard de langage je l'ai arrêté ».

Sa prise en charge dans le service pédopsychiatre date de 4 ans, elle a dit : « dès que je me doute de son comportement je l'emmène immédiatement, la moyenne de deux fois par semaine » d'après la maman, Rayane commence à s'améliorer elle dit : « il dort mieux, son agitation a diminué ces derniers temps, il comprend il nous répond lorsqu'on l'appelle, il fait la demande et son langage devient moins ambiguë »

#### **Analyse du deuxième axe : Impacte de la pathologie sur la maman :**

## Chapitre 04 : Analyse, discussion et interprétation des résultats

---

La maman raconte « l'annonce du diagnostic était un déchirement pour moi. Je n'ai pas pu tolérer ça, c'est vraiment lourd à concevoir, le fait de penser que mon fils ne sera pas comme les autres et que ses capacités sont limitées ça me fait de la peine ».elle dit aussi : « son comportement à la maison est tops agité, il ne peut pas rester une minute sans bouger c'est trop difficile de supporter son agitation ».

La maman vit la pathologie de son enfant comme une chose affreuse dans sa vie et elle considère la maladie de son fils comme un empêchement de vivre sa vie comme avant, elle avoue : « je consacre tout mon temps pour lui, je dois avoir un œil sur lui tout le temps car il ne se rend pas compte que certaines choses sont dangereuses, il a failli provoquer un incendie plusieurs fois ; on n'a pas le droit à un repos, avoir un enfant autiste c'est comme un cauchemar qui se répète chaque jour »

La maman mène une vie assez calme et sans problème avec sans mari elle dit : « mon mari m'aide beaucoup surtout psychologiquement c'est grâce à lui que je tiens toujours le coup, vivre avec un enfant comme Rayane c'est trop difficile toujours derrière lui, l'empêcher à commettre des incendies donc je m'appuis beaucoup sur mon mari, lui seul qui sait comment me calmer ». Concernant la relation avec son frère, la maman affirme : « ça dépend des jours, dès fois il joue avec lui, il lui fait des bisous des câlins, d'autres fois non ; il le pousse il le frappe ».

Le regard des autres est considéré comme décevant par la maman, elle dit : « c'est touchant, la société n'est pas compréhensive, ne sait pas c'est quoi l'autisme ; donc les gens critiquent et disent n'importe quoi sur lui, « il n'est pas éduqué », « il est agressive », « un fou » ce genre de mots me blesse énormément »

La maman nous raconte : « j'ai beaucoup de difficultés, je dois être toujours derrière lui, lui faire comprendre les choses dangereuses, lui apprendre à être autonome, essayer de diminuer son agitation, je ne sors pas car je ne peux pas le prendre, ça m'intimide, le soir je ne dors pas qu'après m'avoir assuré qu'il s'est endormit, le matin je me lève tôt car il se réveille tôt et le laisser seul est un risque de faire un dégât c'est trop difficile à vivre comme ça toute une vie en pensant à ça ; sans les encouragement de mon mari, je supporterai jamais une telle vie ».

**Analyse d troisième axe : le stress perçu :**

## Chapitre 04 : Analyse, discussion et interprétation des résultats

---

Sofia affirme : « je suis très nerveuse mais j'essaye de me contrôler et d'être patiente » la pathologie de son enfant et la responsabilité envers sa famille la rend bouleversée et assumer toutes ces difficultés quotidiennes n'est pas toujours évident, elle avoue : « je me sors difficilement, dès fois je sens que je suis incapable ce n'est pas facile de gérer tout ça mais on n'a pas le choix c'est comme ça c'est notre destin ».

D'après la maman ; le stress est devenu son accompagnant au quotidien « je stresse souvent surtout quand je pense à son avenir et dès fois vaud mieux de ne pas penser, vis le jour et puis c'est tout ». le stress de la maman est accompagné d'un mal-être physique et psychique, elle dit : « je souffre d'insomnie, et des maux de tête et faiblesse ».

Elle raconte qu'elle vit mal les consultations de son fils elle dit : « je suis impatiente que les consultations se terminent pour me renseigner sur l'état de mon fils et voir ses progrès ».

Sofia affirme qu'elle ne reçoit pas un soutien familial à cause de sa peur immense qu'il lui arrive quelque chose de mal durant son absence elle avoue : « je ne laisse personne s'occuper de lui, mon mari je lui fais pas confiance et à la crèche je le laisse pas toute la journée, c'est mon fils et je connais son agitation donc j'ai peur qu'il lui arrive quelque chose de mal ».

### **Le résumé de l'entretien :**

Après avoir récolté des informations concernant le cas de Sofia, on a pu tirer une conclusion partielle, qui consiste en la présence de signes de stress, de la difficulté à gérer les difficultés quotidiennes et l'agitation de son fils qui l'oblige à être toujours près de lui, mais elle essaye de s'en sortir, ce qui provoque chez elle une fatigue morale ».

- **L'analyse de l'échelle de stress perçu cas de Sofia 40 ans :**

## Chapitre 04 : Analyse, discussion et interprétation des résultats

Au cours de dernier mois, combien de fois ...	Jamais	presque jamais	Parfois	Assez souvent	souvent
1. Avez-vous été déranger (e) par un événement inattendu ?			3		
2. vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes da votre vie ?				4	
3. vous êtes-vous sentie nerveuse ou stressé ?					5
4. avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidien ?	4				
5. avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?			3		
6. vous êtes –vous sentie confiante à prendre en main vos problèmes personnelle ?			3		
7. avez-vous sentie que les choses allaient comme vous le vouliez ?		4			
8. avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?				4	
9. avez-vous été capable de maitriser votre énervement ?		4			
10. avez –vous senti que vous dominiez la situation ?		4			
11. vous été –vous sentie irritée parce que les événements échappaient à votre contrôle ?				4	
12. vous êtes –vous surprise à penser à des choses que vous deviez mener à bien ?			3		
13. avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?		4			
14. avez-vous trouvé que les difficultés s’accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?				4	
<b>TOTAL GLOBAL</b>			<b>50</b>		

### Le résultat

D’après les réponses du cas aux items, on a constaté que le sujet souffre de stress perçu, en particulier sa réponse à l’item n°3 \*vous êtes –vous sentie nerveuse

## **Chapitre 04 : Analyse, discussion et interprétation des résultats**

---

ou stressé \* ? Le cas a répondu par\* assez souvent\*, et aussi sa réponse à l'item n°8\*avez-vous pensé que vous ne pouvez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire\*le cas a répondu par \*souvent\* ce qui confirme par le score qui est a 50 et qui d'après notre échelle, correspond à un degré de stress perçu élevé ou pathologique.

### **Résumé de cas :**

L'analyse des résultats obtenus de l'échelle de stress perçu, on a déduit que la maman souffre d'un stress élevé, a cause de la pathologie de son fils.

A partir de l'entretien qu'on a eu avec le cas, on a constaté que la maman reçoit le soutien de son mari et ne se plaint d'aucun problème familial, tandis qu'elle entretient des relations très limités avec son entourage, afin de ne pas subir leurs remarques et leurs regards alourdissant.

### **Description du troisième cas :**

Hakima une femme âgée de 32 ans maman de deux garçons, elle vit avec sa belle-famille ; elle a eu son diplôme en langue arabe et aussi une licence en psychologie de l'enfant ce qui lui permettra d'acquérir beaucoup d'informations et de connaissance sur l'autisme.

La maman a été ravie de nous faire partager son quotidien. Elle nous a parlé en toute honnêteté affirmant qu'elle souhaitera se confie régulièrement.

### **Analyse de l'entretien clinique :**

#### **Analyse du premier axe : L'enfant et sa pathologie :**

Anas est un petit garçon âgé de 5 ans et l'aîné de la famille, il souffre d'autisme depuis 3 ans. La maman dit : « quand il avait 21 mois j'ai remarqué quelques signes d'autisme, il ne me fixe pas dans les yeux, il n'as pas de langage ni expressif ni respectif, il ne répond pas quand on l'appelle, il ne supporte pas le bruit ».

Anas le petit garçon n'a pas des complications lors de sa naissance. La maman révèle : « il est né en bonne santé, il a crié à l'heure et même

## Chapitre 04 : Analyse, discussion et interprétation des résultats

---

l'accouchement était bien déroulé ».et elle affirme aussi qu'elle n'as pas d'anticidants familiaux dans les deux côtés.

Anas est inscrit dans une crèche, elle dit : «son comportement est différent de celui de ses camarades, il manque de stabilité, il ne s'intéresse pas ni aux jeux collectifs ni aux activités, il ne va pas vers les autres ».

La prise en charge en pédopsychiatre depuis 3 ans, la maman dit : «je l'ai emmené chez le médecin dès que j'ai remarqué que quelque chose n'allait pas en lui. ». «La prise en charge en pédopsychiatre apporte ses fruits » nous affirme la maman «maintenant il me regarde, il connaît son nom, il est autonome, il mange seul il s'habille seul, ses crises ont disparus mais toujours agité ».

### **Analyse du deuxième axe : L impacte de la pathologie sur la maman.**

Hakima a dit « j'avais des doutes et j'ai espéré que le médecin me dise autre chose, mais quand il m'a confirmé qu'il s'agit de l'autisme, vous n'imaginez pas comment cela m'a choqué car je connais l'autisme, la maladie qui va l'accompagner toute sa vie ». Ce qui concerne son comportement à la maison, la maman dit «le comportement de Anas est instable, il court dans tous les sens, et ma belle-mère ne le comprend pas, elle le considère comme un fou et elle vient vers moi pour m'insulter car j'ai donné la naissance à un fou et cela me brise le cœur vraiment ».

La maman affirme qu'avoir un enfant autiste n'est pas facile à admettre « malgré ses progrès, je suis persuadé que mon fils ne va jamais devenir comme les autres, toujours il lui manquera quelque chose et en pensant à ça, me déçoit beaucoup ».

Quant aux problèmes conjugaux, la maman annonce qu'elle a des problèmes avec son mari elle dit : «je n'aime pas son attitude et comment il traite mon fils, il ne comprend pas qu'il est malade et quand je le vois comment il le frappe ou le punis ça me touche énormément et c'est mon instinct qui m'oblige à parler et de l'interdire de le traiter ainsi ».

Le regard d'autrui envers son fils et touchant. La maman déclare : « il est toujours pointé de doigt comme un fils fou, quand je l'emmène quelque part, on n'arrête pas de le regarder comme si ce n'était pas un être humain, ça me fait vraiment mal ».

## Chapitre 04 : Analyse, discussion et interprétation des résultats

---

Elle dit « il n'y a pas de maman qui n'a pas de difficultés, surtout celle qui a des enfants et une maison à gérer .chaque jour, on se retrouve face aux mêmes tâches on vit la même vie des fois on oublie si on existe ou non, on pense toujours à nos enfants et leur avenir et on cherche par quoi on peut les aider et surtout moi, parce que je vis avec ma belle-mère et je n'ai pas le droit à l'erreur ».

### **Analyse du troisième axe : le stress perçu :**

Hakima affirme : « je m'énerve souvent, surtout quand je suis pressé et qu'il y a beaucoup de tâches qui m'attendent, j'ai trop de problèmes avec mon mari surtout, je ne suis pas heureuse avec lui ».pour les tâches quotidiennes à assumer, la maman avoue : « parfois je gère mais parfois je galère et je me sens incapable de prendre en main, je me sens pas satisfaite de ce que je donne surtout envers mon fils je me sens que ça manque quelque chose ».

La maman vit avec le stress, elle dit : « je suis toujours stressé, en pensant à mon fils et son avenir, je stresse encore plus à chaque fois que je regarde un enfant ça me rend triste j'avais de la peine pour lui il ne va jamais devenir comme les autres et il ne possédera jamais une vie normale, tant de questions viennent dans ma tête et ça rend la situation encore pire »

La maman affirme que le cumul de responsabilités et les problèmes qu'elle traverse la fatigue, elle raconte « je me sens très fatiguée au point de laisser tout tomber, ce n'est pas facile de se lever chaque jour, avec les mêmes soucis, en sachant que rien ne va changer ».Concernant le soutien familial Hakima annonce : « ma famille m'aide beaucoup surtout financièrement, ma mère me rend toujours visite et dès fois aussi elle m'accompagne aux consultations ».

Malgré que la maman fait de son mieux mais elle est pessimiste à l'égard de son avenir elle dit « c'est moi qui l'a mis au monde et je regrette faire ça, car il va jamais mener une vie normale et il restera toujours un enfant autiste car l'autisme ça disparaît jamais ».

### **Résumé de l'entretien :**

On résume, on peut dire que la maman Hakima présente une immense détresse et elle en sort difficilement, et on constate aussi qu'elle présente quelques signes de

## Chapitre 04 : Analyse, discussion et interprétation des résultats

stress remarquable. Influencé parfois par les problèmes de son mari qu'elle n'aime pas son attitude envers son fils et aussi les insultes de sa belle-mère, Hakima malgré qu'elle donne de son mieux mais elle reste pessimiste. Et elle perçoit la pathologie de son fils et son avenir comme la source de son stress et sa détresse ».

- **L'analyse de l'échelle de stress perçu cas de Hakima 32 ans :**

Au cours de dernier mois, combien de fois ...	Jamais	presque jamais	Parfois	Assez souvent	Souvent
1. Avez-vous été déranger (e) par un événement inattendu ?			3		
2. vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?				4	
3. vous êtes-vous sentie nerveuse ou stressé ?					5
5. avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?			3		
5. avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?		4			
6. vous êtes –vous sentie confiante à prendre en main vos problèmes personnelle ?	5				
7. avez-vous sentie que les choses allaient comme vous le vouliez ?	5				
8. avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?					5
9. avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?		4			
10. avez –vous senti que vous dominiez la situation ?	5				
11. vous été –vous sentie irritée parce que les événements échappaient à votre contrôle ?				4	
12. vous êtes –vous surprise à penser à des choses que vous deviez mener à bien ?			3		
13. avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?	5				
14. avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?				4	
<b>TOTAL GLOBAL</b>			<b>59</b>		

## Chapitre 04 : Analyse, discussion et interprétation des résultats

---

### Le résultat :

Le score obtenu par le sujet, a démontré que ce dernier manifeste un stress pathologique, certifié par les réponses du sujet aux items 3, \*vous êtes-vous sentie nerveuse ou stressé\* le cas a répondu par \*assez souvent\* et aussi à l'item 6 \*vous êtes-vous sentie confiante à prendre en main vos problèmes personnelles\* l'item 7 \*avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez\* l'item 8 \*avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire\* le cas a répondu \*assez souvent\* ce qui confirme le résultat obtenu par notre recherche.

### Résumé de cas :

Comme conclusion à l'analyse qui a été faite pour la maman, on peut dire qu'elle souffre de manifestations de stress, détecté à partir de l'entretien qu'on a eu avec elle, notamment de l'échelle où la maman a obtenu un résultat élevé qui correspond à un stress pathologique.

La maman a une perception négative de la pathologie de son fils qui lui cause beaucoup de chagrin, la maman aussi souffre des insultes blessantes et de moqueries qui viennent surtout de la part de sa belle-mère.

### 1-4- Description du quatrième cas :

#### Cas Amina 42 ans :

Madame Amina est une femme mariée, âgée de 42 ans, niveau d'instruction universitaire, mère de 4 enfants, un garçon et trois filles, dont l'aîné est autiste (Baddredine) âgé de 10 ans, il a été diagnostiqué par un pédopsychiatre à l'âge de 2 ans, et depuis, il est intégré dans l'association de prise en charge des enfants autistes de la wilaya de Bejaia APCEA.

## **Chapitre 04 : Analyse, discussion et interprétation des résultats**

---

Après nous avoir présenté, et expliquer à Amina notre thème de recherche, et clarifier l'utilisation des données qu'elle va nous annoncer, on a pu avoir son autorisation, elle été motivée, et elle nous a encouragé de travailler sur l'autisme avec espoir qu'un jour on peut trouver une solution finale pour cette pathologie.

### **Analyse de l'entretien clinique :**

#### **Analyse du premier axe : l'enfant et sa pathologie.**

Baddre eddine enfant autiste âgé de 10 ans, l'âge de deux ans, la maman à remarquer que son fils ne parle pas n'a aucun notion de danger, il semble insensible à la douleur, il a des comportements bizarres et des crises de larmes sans aucune raison, elle s'est inquiétée et elle ne comprend pas ce qu'il lui arrivé, l'enfant ne peut pas exprimer ses besoins, d'où la nécessité de consulter des spécialistes selon la maman.

L'enfant est placé dans une association de prise en charge des enfants autistes, selon sa maman y avait des progrès, il a acquis la propreté et quelques mots pour exprimer ses besoins mais toujours il ne peut pas formuler une phrase.

La pathologie de l'enfant n'est pas connu par sa maman elle dit (je ne connais pas l'autisme c'était un mot étrange pour moi) et aussi une pathologie qui n'existe pas au sein de sa famille ou celle de sa belle-famille, elle annonce : (même ya personne à la famille qui port cette pathologie.)

#### **Analyse du deuxième axe : l'impact de l'autisme sur la maman et la famille**

Lorsque le pédopsychiatre a annoncé le diagnostic de l'autisme, la maman à l'impression que la vie la trahit. Elle dit (la vie ma trahit).

La maman à déclarer qu'elle dînait elle et son conjoint comme réaction au diagnostic de leurs enfant, elle dit (j'ai jamais imaginé un jour sa m'arrivera), mais elle n'a pas de problèmes conjugaux à cause de la pathologie de son enfant, à propos du comportement de son fils au sein de la famille, madame Amina à déclarer (

## Chapitre 04 : Analyse, discussion et interprétation des résultats

---

à la maison, il ne joue pas avec ses sœurs, toujours derrière moi, même a la douche il entre avec moi).

Concernant les difficultés rencontrées par madame Amina sont comme suit :

Concernant le vécu psychique de la pathologie, Amina à un coté psychique bouleversé, renfermée sur soi, sentiment de tristesse témoigne Amina par ses dires (je me sens toujours triste à cause de sa maladie). Comme aussi elle à des difficultés à propos du regard d'autrui envers son fils, pour elle le monde la regarde par pitié, elle dit (la société me regarde avec pitié).

Concernant ses taches à remplir et ses besoins personnels et conjugales, madame Amina souffre de non disponibilité de temps pour ses besoins personnels et sa vie privée, elle dit (je souffre, j'ai même pas le temps pour moi, soit avec mon mari soit pour aller aux fêtes, je visite plus mes voisins ) la maman toujours condamnée par la prise en charge de son fils et au même temps elle a trois filles ; deux sont scolarisés, elle doit les aider à préparer pour les devoirs ( c'est dur vraiment je suis fatiguée).

### **Analyse du troisième axe : le stress perçu :**

La maman déclare qu'elle est toujours stressée (je suis toujours stressée, mon stress me dépasse, mais je n'ai pas le choix je suis dans l'obligation de m'adapter).

Pour elle, elle n'a pas les capacités pour supporter et gérer son stress, le moment de consultation est pour elle un moment stressant (j'attends avec impatience les observations et les remarques de son psychologue afin de me dire que mon fils a acquis des nouvelles connaissances ou bien à remplir quelques taches).

La mère toujours fatiguée, elle a ajouté (je dors mal et je n'ai pas d'appétit).

A propos du regard d'autrui, la maman souffre et elle évite de sortir et fréquenter des gens (j'essaye toujours d'éviter des gens et m'isoler pour ne pas entendre les remarques blessantes, je souffre).

Après un silence, suivi par long soupire, elle a annoncé son stress à propos de l'avenir de son enfant autiste et ces différents points d'interrogations, elle a dit (je me sens anxieuse pour le futur de mon fils, moi comme sa maman je suis fatiguée

## Chapitre 04 : Analyse, discussion et interprétation des résultats

alors qui va le prendre en charge ?, c'est la vie, les choses ne vont pas comme nous voulons toujours).

La maman a terminé ses paroles par un souhait (j'espère qu'il aura un traitement pour l'autisme et des centres spécialisés à Bejaia).

### L'analyse de l'échelle de stress: cas de Amina 42 ans :

Au cours du dernier mois, combien de fois ....	jamais	Presque Jamais	parfois	Assez souvent	Souvent
1-Avez-vous été dérangé(e) par un Evènement inattendu ?					5
2-vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?					5
3- vous êtes –vous sentir nerveux (se) ou stressé(e) ?					5
4- avez-vous affronté avec succès les petits problème et ennuis quotidiens ?		4			
5- avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements important qui survenaient dans votre vie ?			3		
6- vous êtes-vous senti (e) confiant(e) à prendre en main vos problèmes personnels ?		4			
7- avez-vous vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?	5				
8- avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?				4	
9- avez-vous été capable de maitriser votre énervement ?				2	
10- avez-vous senti que vous dominiez la situation ?					1
11- vous êtes-vous senti irrité(e) parce que les évènements échappaient à votre contrôle ?					5
12- vous êtes-vous surpris (e) à penser à des choses que vous deviez mener à bien ?					5
13- avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?					1
14- avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient a un tel point que vous ne pouviez les			3		

## Chapitre 04 : Analyse, discussion et interprétation des résultats

contrôler ?					
<b>TOTAL CLOBAL</b>			<b>52</b>		

### Le résultat

Amina a un score de 52, on peut le prouver dans l'item n°1 «déranger par un événement», l'item n°2 «difficile de contrôler», l'item n°3 «sentie nerveuse et stressé», item n°8 «assumer toutes les choses», item n°12 «surprise à penser à des choses», item n°14 «les difficultés s'accumulaient».

Et aussi dans les items inversés, item n°4 «affronté avec succès les petits problèmes», item n°5 «faisiez face efficacement aux changements», item n°6 «sentie confiante», item n°7 «sentie que les choses allaient comme vous le vouliez», item n°9 «capable de maîtriser votre énervement», item n°10 «sentie que vous dominez la situation», item n°13 «capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps»

A partir des scores obtenus et des réponses de notre cas, on constate que ce dernier présente un degré de stress très élevé, soit un total supérieur 50% et qui d'après notre échelle correspondant à un stress pathologique.

#### ➤ Résumer le cas :

L'analyse de l'entretien clinique, et les témoignages de la maman, nous a montré qu'elle est dans une situation de stress quotidien et que ce stress la dépasse, il a influencé son état physique et psychique, l'analyse de l'échelle de stress a confirmé les dires de Amina par un score supérieur à 50% qui correspond à un stress pathologique.

### 1-5- Description du cinquième cas :

#### Cas Karima 34 ans :

Karima est une femme mariée, âgée de 34 ans, niveau d'instruction terminal, femme au foyer, mère de deux enfants, un garçon et une fille, dont le garçon est

## Chapitre 04 : Analyse, discussion et interprétation des résultats

---

l'ainé , est l'autiste âgée de 06ans et sa sœur de 04 ans , son enfant autiste diagnostiqué à l'âge de 2,5 ans comme enfant autiste par un pédopsychiatre .

L'entretien avec Karima s'est déroulé au sein de bureau du psychologue de l'association ; elle est venue toute seule ; comme réponse à notre demande de participation à notre thème de recherche, elle été motivée, son attitude envers nous était spontanée, elle nous parlait en toute confiance et sincérité.

### **L'analyse du premier axe : l'enfant et sa pathologie :**

Chamssou est un enfant âgé de 06ans, souffre de l'autisme, il n'a pas eu des complications lors de sa naissance, sa maman affirme que personne de sa famille ne souffre de ce trouble qui est inconnu pour elle et pour son mari.

La maman nous à déclarer ses remarques à propos de son enfant autiste dès les premiers mois de son développement, comme l'absence de regard dans les yeux et de manque de langage, ainsi qu'il n'aime pas jouer avec les autres enfants, il s'isole, il répète des mots que selon sa maman elle peut les compter par ces doigts.

Chamssou est placé dans l'association de prise en charge des enfants autistes de la wilaya de Bejaia A P C E A, à l'âge de 03 ans , selon sa maman il a donné des résultats, son comportement au sein de l'association toujours il s'isole, il participe pas à des activités de jeux collectifs, mais pour sa maman il a acquis quelques mots, il répond à la demande de sa maman, il a un langage restreint comme papa, Mama, il comprend un peu mieux mais toujours il ne peut jamais fait une phrase.

### **L'analyse de deuxième axe : l'impact de l'autisme sur la maman et la famille :**

L'annonce de diagnostic n'a pas été sans effets, *la maman dit* (quand le pédopsychiatre ma annoncé le diagnostic l'autisme, J'ai pleuré j'avais beaucoup de peine et très stressée) ; l'autisme, un trouble non connu pour elle avant.

Le comportement de son enfant au sein de la famille est trop agiter, il ne joue pas avec sa sœur, il a des troubles de sommeil, des fois il ne dort pas toute la nuit ce qui met sa maman dans l'obligation de le surveiller et c'est une souffrance pour elle, la maman dit (je souffre). L'enfant n'a pas acquis la propreté toujours à des crises de larmes ce qui dérange pour elle la famille de son mari, la maman dit (il dérange la famille de mon mari il pleur son raison).

## Chapitre 04 : Analyse, discussion et interprétation des résultats

---

Pour la nourriture, la présence de téléphone est toujours obligatoire pour manger (sans téléphone, il ne mange pas) dit la maman.

Concernant le soutien familial, Karima nous a dit que son enfant est une source de dérangement pour sa famille et personne ne l'aide (personne ne m'aide, je suis seule) dit la maman .même son mari ne l'aide pas même psychologiquement elle est blessée (mon mari me dit: tu travailles avec lui pour rien il restera comme ça pour l'avenir).

Vivre avec un enfant autiste est déjà un stress (lui est le stress) dit la maman.

Le regard de la société en particulier, l'entourage parfois même de la même famille peut m'énervé son pitié elle dit (tout le monde me regarde bizarre ; tout le monde me dise madame ton enfant n'est pas normal) donc elle évite de sortir parce que selon elle ; elle est fatiguée de répondre toujours à des mêmes questions par les mêmes réponses blessante (mon enfant est autiste)

Selon elle, vivre avec un enfant autiste n'est pas facile (déjà vivre avec enfant demande un travail énorme, imaginez avec un enfant autiste c'est vraiment stressant et insupportable) dit la maman.

La maman rencontre des difficultés quotidiennes différentes, mais pour elle le plus difficile est d'équilibrer entre la prise en charge de son enfant et sa vie privée, et les taches domiciles qu'elle doit remplir, la maman dit (je vis dans un déséquilibre, chamsou, mon mari ; ma fille, la maison je suis fatiguée).

### **L'analyse du troisième axe : le stress perçu.**

La maman affirme qu'elle est stressée (je suis stressée) dit la maman.

Pour elle les difficultés les dépasse, elle dit (ces difficultés dans ma vie me dépassent, je ne peux pas supporter ya que Dieu qui est au courant de mon état, les mots ne peuvent jamais exprimer ma peine).

Concernant le vécu des séances de consultation la maman dit (j'attends toujours les résultats, espérant qu'il a fait au moins un simple progrès).

A propos des conséquences de stress, la maman a confirmé que ce dernier a influencé son état psychique et physique.

## Chapitre 04 : Analyse, discussion et interprétation des résultats

Commençant par son état psychique, la maman a dit (mon état psychique n'est pas stable, je m'énerve rapide, des fois je le frappe, surtout lorsque quelqu'un de ma famille me blesse)

Selon elle, ces capacités de résilience sont diminuées (je supporte plus, j'ai changé, j'suis devenue très sensible, un simple mot me fait pleurer, je ferme la porte de ma chambre et je pleure en silence) dit la maman.

Ce n'est pas seulement son état psychique qu'est affecté mais aussi son état physique, selon elle (déjà à cause l'autisme de mon enfant j'ai développé le goitre).

Pour finir avec elle l'entretien, la question qui l'a touchée est celle de l'avenir de son enfant autiste, les questions répétitives qui occupent le cerveau de cette maman, elle dit (son avenir !!!! mais de quel avenir parlez-vous ?

Elle ajoute (je ne peux pas imaginer, elle me stresse, elle me rend folle cette question).

Elle dit l'avenir est un combat, et l'enfant autiste n'a pas son bagage pour se défendre, donc à vous d'imaginer son état).

Après un long silence et une crise de l'arme, la maman finira ses dires (le bon Dieu n'oublie jamais ces anges et un jour leurs places sera le paradis).

### L'analyse de l'échelle de stress : cas de Karima 34 ans :

Au cours du dernier mois, combien de fois	Jamais	Presque Jamais	parfois	Assez souvent	Souvent
1- Avez-vous été dérangé (e) par un événement inattendu ?					5
2- Vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?					5
3- Vous êtes-vous senti (e) nerveux(e) ou stressé(e) ?					5
4- Avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?			3		
5- Avez-vous senti que vous faisiez face efficacement au changement important qui survenaient dans votre vie ?		4			
6- Vous êtes-vous senti confiant(e) à prendre en main vos problèmes personnels ?			3		

## Chapitre 04 : Analyse, discussion et interprétation des résultats

7- Avez-vous senti que les choses n'allaient pas comme vous le vouliez ?	5				
8- Avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?			3		
9- Avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?		4			
10- Avez-vous senti vous dominiez la situation ?		4			
11- Vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que les événements échappaient à votre contrôle ?				4	
12- Vous êtes-vous surpris(e) à penser à des choses que vous deviez mener à bien ?			3		
13- Avez-vous été capable de contrôler dont vous passiez votre temps ?		4			
14- Avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?				4	
<b>TOTAL GLOBAL</b>			<b>56</b>		

### Le résultat :

Karima a un score de 53, on peut le prouver dans l'item n°1 « dérangé par un événement », l'item n°2 « difficile de contrôler », l'item n°3 « sentie nerveuse et stressée », item n°8 « assumer toutes les choses », item n°12 « surprise à penser à des choses », item n°14 « les difficultés s'accumulaient ».

Et aussi dans les items inversé, item n°4 « affronté avec succès les petit problèmes », item n°5 « faisiez face efficacement aux changements », item n°6 « sentie confiante », item n°7 « sentie que les choses allaient comme vous le vouliez », item n°9 « capable de maîtriser votre énervement », item n°10 « sentie que vous dominez la situation », item n°13 « capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ».

A partir de l'analyse des notes obtenues par le sujet pour chaque item, on a constaté que le cas Karima souffre de stress perçu, on a remarqué que la plupart de ses réponses correspondent à des chiffre élevés, justifier par les réponses aux items

## Chapitre 04 : Analyse, discussion et interprétation des résultats

suivant ; item n : 1 «avez-vous été dérangé(e) par un évènement inattendu ? »Le sujet a répondu par «souvent», l'item n : 3 «vous êtes-vous senti(e) nerveux (se) ou stressé(e) ? » Le sujet a répondu par «souvent» et l'item n : 5 «avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ? »Le sujet a répondu par «presque jamais »et dans l'item n : 7 «avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ? »Le sujet a répondu à cette dernière par « jamais ».ce qui nous donne un score de 53, qui fait référence à la présence d'un degré de stress perçu supérieure à 50soit élevé.

### Résumé de cas :

A partir de l'analyse de l'entretien clinique, et selon les témoignages de notre cas, nous a montré qu'elle est stressée, un stress non dépassé, il a influencé son état psychique et physique, l'analyse de l'échelle de stress à confirmer les dires de Karima par l'obtention d'un score supérieurs 50% qui correspond à un stress pathologique.

### La discussion des hypothèses :

En raison de notre thème de recherche qui est inclus «le stress perçu chez les mamans ayant un enfant autiste ».on a formulé cette hypothèse :

- y a une relation significative entre le stress des mamans et l'autisme de leurs enfants.

Après l'analyse des données recueillies par l'entretien clinique et l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson. Qu'on a fait passer aux mères afin de confirmer ou infirmer notre hypothèse .et après l'analyse des résultats de l'échelle de stress on a constaté que nos 5 cas perçoivent un stress d'un score élevé.

**Le tableau ci-dessus présente les scores de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williams obtenu par nos cas :**

Cas	Totale	<25 Pas de stress	25 à 49 Stress moyen	>50 Stress élevé/pathologique
Wahiba				56
Hakima				59
Sofia				50
Amina				52

## Chapitre 04 : Analyse, discussion et interprétation des résultats

Karima			56
--------	--	--	----

Les résultats ci-dessus montrent que les mamans manifestent effectivement un stress, les scores diffèrent d'une mère à une autre, ils correspondent dans certains cas à un stress élevé « pathologique ».

Pour la majorité des cas, les notes obtenues par les sujets pour chaque réponse sont significative à un degré de stress perçu élevé ou pathologique.

Avoir un enfant autiste à la maison mis ces mamans face à un mode de vie différent de celui suivi déjà avant l'arrivée de son handicap. d'après l'analyse de nos entretiens effectués avec ces parents, on a constaté que la handicap de leurs enfants leur rend la vie très difficile et différente. Sa présence à la maison nécessite une importante assistance de leurs part, son épanouissement exige leur présence à ses côtés tout le temps. de ce fait, ces mamans ne trouvent aucune occasion pour se relâcher, même la nuit, leurs pensées convergent tout le temps à lui et à son avenir.

On trouve dans le cas de « **Wahiba** » qu'elle manifeste des symptômes de stress comme la fatigue à cause d'une accumulation de la surcharge de la responsabilité, la nervosité, des douleurs d'estomac et de colon elle disait : *« je m'énerve au point de ressentir des bouffes de chaleurs »* et aussi *« je suis arrivé au point que je pourrais pas continuer de vivre une telle vie »* et elle disait aussi : *« je suis devenue stressée , le stress m'a provoqué le colon, la nuit je ne dors pas a cause des douleurs qui s'en suit »*

On trouve dans le cas de « **Safia** » qu'elle manifeste par des symptômes de stress comme la nervosité la perturbation et la fatigue à cause qu'elle souffre de l'insomnie elle disait : *« je m'en sortirais très difficilement des fois je me sens incapable, ce n'est pas facile de gérer tout ça »* elle disait aussi : *« je souffre d'insomnie et des maux de tête chaque soir, et quand je me lève le matin je me sens fatigué et affaiblis »*.

On trouve dans le cas de « **Hakima** » qu'elle manifeste par des symptômes de stress comme la nervosité la fatigue et une détresse immense elle disait *« je suis toujours stressée en pensant à mon fils et à son avenir , je stresse encore plus quand je regarde un enfant normal, ça me rend triste et j'ai de la peine pour lui car il va*

## Chapitre 04 : Analyse, discussion et interprétation des résultats

---

jamais pouvoir devenir comme les autres et il ne va jamais posséder une vie normale » elle disait encore « c'est moi qui l'ai mis au monde et je regrette de faire ça, il va jamais mener une vie normale, il restera un enfant autiste car l'autisme ça disparaît jamais ».

On trouve dans le cas de Karima qu'elle manifeste des symptômes de stress comme la fatigue, le déséquilibre à cause l'accumulation des tâches, des douleurs et le goitre, elle disait ( je suis toujours fatiguée ) elle ajoutait ( chamssou, sa sœur, mon mari, off je suis vraiment fatiguée ) elle disait encore ( à cause de sa maladie j'ai le goitre, les douleurs, je suis fatiguée ).

On trouve dans le cas de Amina qu'elle présente des symptômes de stress comme l'insomnie, la fatigue, l'anxiété, la maman disait ( je dors mal, je suis toujours fatiguée, elle disait encore ( je suis anxieuse pour le futur de mon fils ).

A partir du résultat obtenu de la pratique de l'entretien de l'échelle de stress perçu et en ce référence à la théorie on a constaté une certaine liaison entre ces deux parties essentielle nécessaire spécifiquement associable.

Des études préliminaires à démontrer que les femmes sont les plus touché par le stress on raison de leurs nombreuse responsabilité.

A partir de ces résultat, les hypothèses supposée au début de notre étude on arrive à :

**-confirmer que les mamans des enfants autistes provoquent un degré des stress plus en moins élevés.**



## Conclusion générale

---

### Conclusion générale :

Lorsqu'un individu est soumis à un danger ou une menace quelle qu'elle soit, il y répond immédiatement par une réaction que l'on nomme «stress». Donc Le stress agit sur notre état général, mais aussi sur nos organes jusqu'à l'intérieur de nos cellules et sur nos chromosomes même.

Dans notre présente étude, on n'a conclu que l'autisme, qui est un trouble mental précoce durable qui effectue l'environnement familial en particulier, la maman, qui est le plus souvent confronté à toutes les entraves et qui engendre chez elle le stress.

Dans Cette modeste recherche qui tente de décrire la relation significative entre le stress des mamans et l'autisme de leurs enfants. dans ce travaille, on a posé des questions , tout en exigeant des réponses , nous avons consulté des ouvrages, des articles, on avait investi le terrain par une pré-enquête , on a pu observer et analyser plusieurs cas concernant les deux variable « **le stress des mamans ayant un enfant autiste** ».

Après l'analyse de nos entretiens réalisés avec notre population d'étude, nous avons pu constater que les mamans ayant un enfant autiste éprouvent des changements notables sur le plan physique et aussi psychique, cela touche leur vie entière : la fatigue chronique, une irritabilité accrue, un repli sur soi, des difficultés à se concentrer avec en plus éventuellement de l'angoisse de stress qui est dû aux difficultés quotidiennes et aussi leur inquiétude sur l'avenir de leurs enfants.

Comme une réponse à notre hypothèse on peut dire qu'il a une présence des symptômes de stress chez les mamans des enfants autistes. Elles perçoivent la pathologie de leurs enfants négativement, et comme agent stressant qui engendrent chez elles une perturbation psychique.

Enfin, ce travaille reste une initiative à la recherche, et peut permettre à d'autre qui veulent effectuer des études concernant d'autre aspects de ce sujet plus approfondi, comme le stress des papas ayant un enfant autiste, le développement de la cognition sociale chez les enfants autiste.

1. Grelot. (2008). « *le stress du travail* ». Fovrie, dépôt légal.
2. Gueguen. N et charron. C. (2007). « *La psychologie de a à z* ». Ed dunod. paris.
3. Jouffreg. M. (1995). « *La psychologie de l'enfant* ». Belgique, marabout Allier.
4. Perron. m. (1999). « *La pratique de la psychologie* ». dunod, paris.
5. Philip. c. (2009). « *autisme et parentalité* ». dunod, paris.
6. Sechaud et coll. (2009). « *la psychologie clinique approche psychanalytique* » dunod, paris.
7. Stora.j.b (1991). « *le stress* ».dunod, paris.
8. Tardif et grepper (2007). « *l'autisme* ». Nathan, paris.
9. Morand de Joffrey. (2006). « *la psychologie de l'enfant et de la naissance* ».paris.
10. Boudram Mohamed. (2005). « *le stress entre bien être et souffrance* ».Ed Berti, Alger.
11. Graboté. (2009). « *le stress* ».Ed le clavier bleu, paris.
12. Gérard poussin (2003). « *la pratique de l'entretien* ».Ed dunod, paris.
13. Silke scechauder(2012). « *l'étude de cas en psychologie clinique* ».Ed dunod, paris.
14. Theoppeters. (2008). « *l'autisme de la compréhension a l'intervention* ».Ed dunod, paris.
15. Edward. R – ritivo. gloria laxer. (1983). « *autisme la vérité refusé* ».Ed SIME PSA villeurb, paris.
16. Christine Philip. (2009). « *autisme et parentalité* ».Ed dunod, paris.
17. Pascal Lenoir. Joëlle Malvy. Chrystelle bordier. (2007). « *autisme et les troubles de développement psychologique* ». Ed Elsevier Masson, SAS.
18. Elisabethe.grebot. (2008). « *le stress et brout* ».Ed dépôt légal : fovrie.
19. Pierluigi et Joël swendsen. (2005). « *le stress émotions et stratégies d'adaptation* ». Ed Armand colin.
20. Dominiaque.y. (2014) « *à la découverte l'autisme, des neurosciences à la vie en société* ».Ed dunod, paris.
21. Bertrand. (2008) « *autisme, le génie introuvable* ».Ed seil, paris.
22. Chahroui. K .bennonny.h. (2003). « *méthode d'évaluation de la recherche en psychologie clinique* ».Ed dunod, paris.

23. Chahraoui et benony. (1999). « *l'entretien clinique* ». Ed dunod, paris.

**Article :**

1. Impacte de l'autisme sur la vie des parents, 2009. Carole Sénéchal & Catherine des Rivières ; pégeon, santé mentale au Québec.
2. Dr Ibachané Sahraoui, Mr AMRANE ; 2015, autisme et dynamique familiale.
3. Carol Sénéchal, Gabrielle Sabourin, Isabelle courcy, Stéphanie Granger, Cathrine des riviére pégeon ; 2010, stress et detress le lot des parents d'enfant autisme.
4. Evelyne Josse ; 2007. Le stress quelque repérés notionnel ; 14 avenue fond du diable 1310. La hulpe, Belgique.

**Mémoire :**

1. Marie pierre Leblanc ; 2013, stress des parents présentant un trouble du développement stratégie d'adaptation et besoin à combler, thèse en doctorat sous la direction de l'université de Sherbrooke.
2. Bansko Célia, 2012, vécu des parents et trajectoir de vie des enfants présentant un autisme ou un trouble d'envahissant de développement, thèse en doctoral sous la direction DR marie Christine Avargue. Université de lorraine.

**Les manuels :**

DSM IV : manuel diagnostique et statistique des roubles manteaux, paris ;  
Masson

CIM 10 : classification international des troubles des comportements .critère diagnostique pour la recherche. Organisation mondiale de la santé ; Masson 1994

### ***La liste des abréviations :***

**TED** : trouble envahissant de développement

**CIM** : classification internationale des modalités

**DSM** : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

**EC AN** : échelle d'évaluation de comportement autistique de nourrisson

**CHAT** : checklist for autism toddlers

**PDDST** : pervasive development disorders screening, test strategy

**PECS** : picture exchange communication system

**ABA** : l'applied behavior analysis

**TEAH** : traitement handicapé children

**SGA** : syndrome générale d'adaptation

***Liste des tableaux :***

**TABLEAU 1 :** représente les caractéristiques de la population d'étude .

**TABLEAU 2 :** l'analyse de l'échelle de stress cas de wahiba 32 ans.

**TABLEAU 3 :** l'analyse de l'échelle de stress cas de Sofia 40 ans.

**TABLEAU 4 :** l'analyse de l'échelle de stress cas de Hakima 32 ans.

**TABLEAU 5 :** l'analyse de l'échelle de stress cas de Amina 42 ans.

**TABLEAU 6:** l'analyse de l'échelle de stress cas de Karima 34 ans.

**TABLEAU 7 :** représente les scores de l'échelle de stress perçu obtenu par nos cas

**Annexes A :**

**Le guide d'entretien**

**Données personnelles :**

- Quel âge avez-vous ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- Quel est votre situation familiale ?
- Quel est votre profession ?
- Combien d'enfants avez-vous ?

**Axe 1 / l'enfant et sa pathologie (autisme) :**

- Quel âge a votre enfant ?
- De quel trouble souffre t- il ?
- Quel âge a votre enfant lorsque vous avez découvert son trouble ?
- Avez-vous eu des complications lors de votre accouchement ?
- Avez-vous des antécédents familiaux ?
- Est-ce que votre enfant est scolarisé, où placé dans un centre spécialisé ?
- Est-il adapté à cet emplacement ?
- A-t-il donné de bons résultats ?
- Comment est- il prit en charge en pédopsychiatrie ?
- A-t-il des progrès ?

**Axe 2/ l'autisme et son effet sur les mères et l'environnement familiale :**

- Quel était votre sentiment lors de l'annonce du diagnostic ?
- Comment était votre réaction en vers ce trouble ?
- Comment vivez-vous la pathologie de votre enfant ?
- Comment est le regard de votre entourage envers votre enfant ?
- Comment vous vivez ce regard ?
- Avez-vous confronté des problèmes conjugaux a cause de la pathologie de votre enfant ?
- Comment est le comportement de votre enfant au sein de la famille ?
- A-t-il de bonnes relations avec ces frères ?
- Comment voyez vous le faite que votre enfant est différents (n'est pas comme les autres) ?

- Avez-vous rencontrées des difficultés aux quotidiens ?

### Axe 3 / le stress perçu (la perception du stress) :

- Êtes-vous nerveuse ?
- Avez-vous la capacité d'assumer les difficultés rencontrées aux quotidiens ?
- Êtes-vous stressé ?
- Êtes-vous capable de gérer votre stress ?
- Comment percevez-vous la pathologie de votre enfant ?
- Comment vivez-vous les consultations de votre enfant ?
- Êtes-vous fatiguée ?
- Êtes-vous senti capable de gérer vous problèmes conjugaux ?
- Avez-vous eu le soutien de votre famille ?
- Avez-vous un soutien financière ?.
- Que pensez vous sur l'avenir de votre enfant ?.

### Annexes B :

#### L'échelle de stress perçu « perceived stress scale » de Cohen et Williamson

Au cours du dernier mois, combien de fois ...	<b>jamais</b>	<b>Presque e Jamais</b>	<b>Parfois</b>	<b>Assez Souvent</b>	<b>souvent</b>
1. avez vous été dérangé(e) par un évènement inattendu ?					
2. vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?					
3. vous êtes vous senti(e) nerveux (se) ou stressé(e) ?					
4. avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?					
5. avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?					

6. vous êtes vous senti(e) confiante(e) à prendre en main vos problèmes personnels ?					
7. avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?					
8. avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?					
9. avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?					
10. avez-vous senti que vous dominez la situation ?					
11. vous êtes vous senti(e) irrité(e) parce que les événements échappaient à votre contrôle ?					
12. vous êtes-vous surpris(e) à penser à des choses que vous deviez mener à bien ?					
13. avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?					
14. avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?					
TOTAL					

- **La cotation :**

Echelle de fréquence en 5 points (de jamais à souvent)

Jamais : 1 point

Presque jamais : 2 points

Parfois : 3 points

Assez souvent : 4points

Souvent : 5points

Les items 4-5-6-7-9-10 et 13 sont notes en sens inverse

Souvent : 1points

Assez souvent : 2points

Parfois : 3points

Presque jamais : 4points

Jamais : 5points

- **Interprétations des scores :**

Total > 25 : Pas de stress

Total 25 à 49 Stress moyen.

Total < 50 : stress élevé ou pathologique