



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane mira de Bejaia

Faculté des sciences Humaines et Sociales

Département de psychologie et d'orthophonie

Mémoire de fin de cycle

EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME DE MASTER

EN PSYCHOLOGIE

Option : Psychologie clinique

Thème

Surexposition aux écrans et Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) chez les enfants en âge précoce

-Etude de quatre (4) cas-

Réalisé par

AINSERI Loubna

AISSAOUI Nesrine

Encadré par :

Pr SAHRAOUI Intissar

Remerciements

Tout d'abord, nous nous tournons vers les hauteurs célestes pour remercier Dieu, source inépuisable de lumière et de sagesse, de nous avoir guidés et protégés tout au long de cette aventure intellectuelle. Sa bienveillance infinie a été le socle sur lequel nous avons bâti chaque étape de cette recherche.

À présent, nous souhaitons dédier un éclatant témoignage de reconnaissance à une enseignante d'exception, professeur I. Sahraoui. Votre dévouement, votre présence bienveillante et vos précieux conseils ont façonné notre cheminement intellectuel, nous offrant une vision claire et une inspiration sans limites. Nous tenons donc à vous exprimer notre gratitude sincère, en vous assurant que ces simples mots ne suffisent pas à exprimer l'étendue de notre reconnaissance. Votre impact sur nos vies académiques et personnelles est inestimable, et nous sommes honorés d'avoir pu bénéficier de votre présence et de votre contribution exceptionnelle.

Un hommage tout particulier s'adresse au psychologue Hamed, ainsi qu'à l'orthophoniste Bouabida. Votre approche bienveillante et vos conseils éclairés ont grandement enrichi notre compréhension du sujet étudié.

Je ne peux passer sous silence l'importance capitale des mamans des enfants qui ont gracieusement consenti à participer à cette recherche. Votre confiance et votre engagement ont constitué les fondations solides sur lesquelles repose ce travail.

À tous nos camarades de parcours et à nos enseignants, vos échanges stimulants, vos encouragements sincères et votre esprit de collaboration ont façonné notre formation intellectuelle de manière indélébile.

Merci à tous

Dédicaces

En cet instant solennel, je souhaite dédier ce modeste travail à :

Mes chers parents,

Cette dédicace est un témoignage sincère de ma gratitude infinie envers vous, mes précieux père et mère. Aucun mot ne peut véritablement exprimer la profondeur de l'amour, de l'admiration, de l'affection, de l'amour et du respect que j'éprouve à votre égard.

Mes grands-parents,

Mes chers grands-parents Rebiha et Rachid, vos qualités uniques, votre douceur et votre générosité resteront à jamais gravées en moi, témoins de l'amour et de l'admiration que je vous porte.

Et aussi à tous ceux qui m'ont aidé et soutenu durant mes études universitaires et tous ceux qui ont contribué de prêt ou de loin, notamment :

À mes chères sœurs Dounia et Amina

À mon oncle Toufik et sa femme Linda

À notre ange Eline

À mes chères amies Nesrine et Souhila

À mon confident Anis

Que Dieux le tout puissant vous préserve et vous procure santé et langue vie afin que je puisse à mon tour, tous vous combler autant que vous le faites pour moi.

Je vous remercie toutes et tous grandement.

LOUBNA

Dédicaces

Je souhaite dédier ce mémoire à mes parents

Mon père qui m'a toujours encouragé et ma mère qui m'a accompagnée toujours dans mes moments difficiles en me comblant d'affection et de tendresse

Mes chers sœurs (Nina, Nassima ,Wassila ,Émilie)

Et mes chères tantes dont le soutien indéfectible a été ma force motrice tout au long de ce parcours académique.

A mon meilleur ami son encouragement a été l'un des éléments essentiels dans la réalisation de ce projet.

A mes amis exceptionnels, qui ont été une source constante de soutien, d'encouragement, en particulier Loubna, Yasmine, Lydia .

Nesrine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau N°1 : Questionnaire diagnostique d'addiction à internet de K. Young	20
Tableau N°2 : L'évolution du concept de l'autisme dans le DSM et la CIM.....	47
Tableau N°3 : Récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude	83
Tableau N°4 : Récapitulatif des scores de Anis.....	107
Tableau N°5 : Récapitulatif des scores de Wassim	118
Tableau N°6 : Récapitulatif des scores de Youcef	129
Tableau N°7 : Récapitulatif des scores de Meriem	139

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Activation de la zone cérébrale impliquée dans la reconnaissance de la voix humaine chez le groupe témoin (à droite), pas d'activation de cette zone chez le groupe atteint de troubles du spectre autistique (à gauche).....68

Sommaire

Introduction	1
---------------------------	----------

Partie théorique

Chapitre I : la surexposition aux écrans

Préambule	7
1. Définitions et types des écrans	7
1.1. Définitions	7
1.2. Les types des écrans	12
2. Surexposition et addiction	15
2.1. Définition de l'addiction.....	15
2.2. Addictions comportementales	17
2.3. Addiction aux écrans et diagnostic	19
3. Les effets de la surexposition aux écrans	22
4. Principales théories explicatives de l'addiction	30
4.1. Théorie psychanalytique	31
4.2. Théorie cognitivo-comportementale	34
5. Recommandations du bon usage des écrans	38
Synthèse	41

Chapitre II : Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA)

Préambule	44
1. Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) à travers l'histoire	44
2. Définition et classification de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA)	49
3. La dyade autistique	52
4. La démarche du diagnostic de TSA	55
4.1. L'établissement du diagnostic nosologique	56
4.2. L'établissement du diagnostic fonctionnel.....	57
4.3. La recherche de pathologies associées	57
5. L'enfant autiste au sein de la famille	58

6. L'enfant autiste au sein de l'école	60
7. Réflexion sur le terme "d'autisme virtuel"	61
8. Principales théories explicatives de TSA.....	63
Synthèse.....	68

Chapitre III : Problématiques et hypothèses

Problématique et hypothèse.....	71
---------------------------------	----

Partie méthodologique

Chapitre IV : Méthodologie de la recherche

Préambule	80
1. Méthode de recherche et population d'étude	80
2. Le déroulement de la recherche	84
2.1. La pré-enquête	84
2.2. L'enquête	86
3. Techniques utilisées dans la recherche	86
3.1. L'entretien clinique	86
3.2. L'échelle de C.A.R.S.....	93
4. L'analyse des techniques utilisées	94
4.1. Les données de l'entretien	94
4.2. L'analyse de l'échelle de C.A.R.S	94
Synthèse.....	97

Partie pratique

Chapitre V : Présentation et analyse des résultats

Présentation et l'analyse des résultats.....	99
--	----

Chapitre VI : Discussion des hypothèses

Discussion des hypothèses	143
Conclusion	151
Bibliographie	
Annexes	

Introduction

Le monde aujourd'hui assiste à une révolution numérique et à une innovation technologique rapide et irréversible, telle que la télévision, l'ordinateur, le téléphone portable, la tablette électronique, etc.

Ces nouvelles technologies numériques ont considérablement évolué au cours des dernières décennies et ont réussi à s'imposer dans quasiment toutes les actions humaines quel que soit l'âge de la personne : pour communiquer avec ses proches, travailler, étudier, faire des rencontres ou tout simplement surfer dans le monde virtuel. Nous assistons donc à une véritable métamorphose de l'environnement social, passant d'une société humaine caractérisée par l'interaction de l'être humain avec ses semblables à une société du "clic" et du "zap", impulsée par cette révolution numérique.

Ces écrans sont des outils qui ont permis une nouvelle forme de communication, un accès facile à l'information, et une transformation du mode de l'éducation et du travail. De plus, ils ont offert de nouvelles opportunités d'apprentissage et de loisirs. De ce fait, on constate un usage plus fréquent et plus intense voire accru de ces écrans, ce qui a entraîné une dépendance croissante à ces dernières. Par ailleurs, nous ne pouvons faire abstraction de la réalité selon laquelle les écrans ont modifié les comportements individuels et les relations sociales, notamment grâce à leur omniprésence dans la plupart des foyers, ce qui fait que les enfants peuvent être donc exposés précocement à l'utilisation des écrans.

Les petits sont particulièrement vulnérables à l'exposition aux écrans en raison de leur incapacité à contrôler leur temps d'écran et de choisir un contenu adapté et bénéfique pour l'apprentissage. Or, un temps excessif devant l'écran accroît le risque d'une addiction comportementale au virtuel et entraîne des

conséquences néfastes sur la bonne santé mentale et physique de l'enfant. Par ailleurs, qui passe trop de temps devant les écrans peut être exposé à des contenus inappropriés, ce qui peut avoir des répercussions flagrantes sur le plan socioculturel et éducatif du concerné.

De même, les recherches démontrent que la surexposition de l'enfant aux écrans affecte plusieurs sphères de son développement et engendre des déficiences de communication, la désocialisation et les troubles de comportements. Car le temps passé devant les écrans est un temps volé pour l'interaction sociale et les activités ludiques, qui sont essentielles pour le développement de langage, la motricité, le développement cognitif et encourageant par là même la créativité, l'imagination et la curiosité de l'enfant.

De ce fait, plusieurs auteurs ont abordé la question de la surexposition aux écrans en tant que problème de santé publique, en se basant sur leurs recherches ou leurs observations sur le terrain comme c'est le cas de A.L. Ducanda (2017) qui a soulevé une éventuelle corrélation entre la surexposition aux écrans et l'apparition des traits autistiques chez les enfants, autrement dit "l'autisme virtuel".

Les enfants moins de 3 ans exposés d'une manière excessive et abusive aux écrans risquent de développer des troubles de communication, une altération des relations sociales, et des comportements et intérêts restreints et répétitifs, ce qui fait référence au Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA).

Cette pathologie est considérée comme un trouble neurodéveloppemental lourd en raison de la nature complexe des symptômes et de leur impact sur la communication, la socialisation et le comportement de l'enfant. Il peut y avoir aussi un effet significatif sur la vie quotidienne de la personne affectée ainsi que sur son entourage familial et social.

Donc, afin de mener à bien notre étude, on a opté pour la théorie cognitivo-comportementale comme référence théorique dont l'objectif est de comprendre les facteurs déclencheurs et les renforçateurs de ce comportement erroné.

Ainsi, comme méthode de recherche, nous avons recouru à la méthode clinique et plus spécifiquement l'étude de cas, et cela dont l'issue est de comprendre profondément ce phénomène d'actualité qui est la surexposition aux écrans en lien avec le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA). En se basant sur l'entretien semi-directif et l'échelle de C.A.R.S.

Alors, afin d'approfondir et d'apporter des éclaircissements aux idées que nous avons préalablement exposées, nous avons élaboré un plan de travail qui débute par une introduction générale et qui se compose des parties suivantes :

La première partie : Théorique subdivisée en trois chapitres qui sont présentés comme suit :

Chapitre I : La surexposition aux écrans.

Chapitre II : Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA).

Chapitre III : Problématique et hypothèse.

La deuxième partie : Méthodologie qui contient le chapitre suivant :

Chapitre IV : Méthodologie de la recherche.

La troisième partie : Pratique subdivisée en deux chapitres qui sont comme suit :

Chapitre V : Présentations et analyses des résultats.

Chapitre VI : Discussion des hypothèses.

A la fin, une conclusion générale, dans laquelle on posera d'autres questions de perspective concernant cette catégorie, dans le but d'ouvrir le champ à d'autres recherches.

Partie théorique

Chapitre I

La surexposition aux écrans

Préambule

Ces dernières décennies, le rythme et le mode de vie des individus sont presque complètement bouleversés. L'être humain adopte actuellement certaines attitudes, comportements et une nouvelle façon de vivre largement différente de celle de ses ancêtres. Cela s'explique par le numérique qui a fait irruption dans la vie de l'humanité. De plus en plus moderne et sophistiqué, le support numérique est devenu un objet indispensable dans la vie de chaque personne.

Les individus sont tout au long de la journée scotchés à leurs Smartphone, tablette, ordinateur, télévision, etc. Les enfants, les adolescents et les adultes deviennent limite des esclaves de cette arme à double tranchant, qui les connecte à un monde virtuel, et par conséquent les débranche du monde réel et de la vie sociale.

De ce fait, aujourd'hui la société du « clic » et du « zap » a pris le dessus sur la société humaine, caractérisée par l'interaction et le partage de l'être humain avec ses semblables. Du coup, la société souffre, les familles se plaignent et l'être humain se noie dans une nouvelle addiction qui l'envahit dans sa dimension bio-psycho-sociale.

Dans ce chapitre, on va aborder l'écran comme un objet d'ambivalence entre un usage bénéfique, un usage nocif et dans l'extrémité une forme d'addiction comportementale s'installe chez les usagers.

1. Définitions et types des écrans**1.1.Définitions**

- **Un écran**

D'après le dictionnaire Larousse, il s'agit d'un « appareil sur lequel sont affichés les caractères, les illustrations, les données ou les résultats d'opérations effectuées

sur un matériel électronique ». (<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>, consulté le 24/12/2022).

À cet effet, l'écran est une surface de vision, c'est un appareil, sa raison d'être initial est « faire voir » donc il permet la diffusion d'un contenu, d'une image, d'une vidéo,... , entre les usagers. Pour cela il est considéré comme un signe d'innovation dans le domaine des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC).

Le terme écran est générique et peut tout à la fois désigner divers supports numériques possédant un écran, tels que les tablettes électroniques, les téléphones intelligents (Smartphones), les ordinateurs (fixes ou portables), les télévisions (traditionnelles ou intelligentes), ou encore les consoles de jeux vidéo et les liseuses de livres numériques. (Shanoor, Romina, 2020, p.13)

Ainsi, « L'écran est toujours l'écran de quelque chose, du cinéma, de la télévision, de l'ordinateur, des télécommunications » (Seux, 2014, p. 16).

• **Avantages des écrans**

Ces dernières décennies, l'écran occupe une place primordiale et fondamentale dans la vie des êtres humains, qu'ils soient enfants ou adultes. Cela renvoie aux multitudes de leurs avantages. Ils sont efficaces dans le domaine d'apprentissage, pratique dans la vie professionnelle et c'est le premier moyen auquel les gens ont recours lorsqu'ils veulent se détendre.

Ces écrans sont conçus pour faciliter la vie de l'être humain. Quand on parle d'apprentissage, ils sont des extraordinaires outils d'apprentissage et d'échange d'information, grâce aux écrans aujourd'hui l'enfant peut apprendre des différentes langues, connaissances ainsi de développer son potentiel dans certains domaines comme le dessin, la musique, etc., avant même qu'il soit scolarisé. L'utilisateur peut suivre des enseignants et des spécialistes dans diverses spécialités qui

partagent un contenu très intéressant et ainsi bénéficier d'une formation ou d'un apprentissage. Ajoutant à cela les émissions éducatives, les reportages animaliers, les diffusions d'événement culturel et plein d'autres programmes bénéfiques pour l'apprentissage.

Aussi, par le biais des contenus partagé par ceux qu'ils s'appellent des « blogueur », « youtubeur », etc, les usagers voyagent dans les cultures dans les quatre coins du monde tout en étant allongé sur leurs lits.

D'autre part, l'écran quelle que soit sa forme, mais surtout la télévision à remplacer la baby-sitter pour l'enfant, lorsque la maman a besoin d'un moment pour elle, ou même si l'enfant est en état d'agitation dès qu'il se met face à un écran pour regarder généralement les dessins animés qui font partie de la culture générale de chaque génération, il change complètement d'attitudes vers un état de calme. Donc, c'est un moyen qui assure un bien-être pour les parents.

Ensuite, grâce au support numérique le monde s'est transformé en petit village, par le fait que c'est un moyen de communication, il offre à l'individu la possibilité d'entendre la voix de ses proches, mais également de les voir à travers l'écran qu'il possède. D'après J-F. Bach et coll (2013) « Les processus d'interactions s'amorcent à travers les chats, les courriels et les réseaux sociaux comme Facebook au même titre que dans les relations en face à face ». (Bach et coll, 2013, p.152).

De plus, aujourd'hui avec l'utilisation de cet outil l'utilisateur peut obtenir un revenu financier, en partageant des contenues sur les réseaux sociaux, en faisant des publicités.... La société de l'écran développe donc de nouveaux savoir-faire qui sont valides même pour un enfant.

Alors, les écrans ont tellement d'avantages mais aussi autant d'inconvénients quand l'utilisateur ne respecte pas les mesures. Notamment celle de contenu visionné, car comme l'utilisateur peut trouver des contenus éducatifs et bénéfiques, il

trouve aussi des contenus inappropriés pour certaines catégories d'âge ou par rapport à certaines normes socioculturelles. De plus que la mesure de « temps d'écran » qui désigne le temps d'usage des écrans, en effet, plus l'utilisateur consomme beaucoup de temps plus il est surexposé, plus il est susceptible de développer une addiction.

- **Le virtuel**

Virtuel est un adjectif utilisé pour désigner ce qui est seulement en puissance, sans effet actuel. Aujourd'hui, on utilise souvent cet adjectif pour désigner ce qui se passe dans un ordinateur ou sur Internet, c'est-à-dire dans un « monde numérique » par opposition au « monde physique ». (<https://educalingo.com>, consulté le 25/12/2022.)

D'après la revue de la littérature, le virtuel est un concept large, utilisé dans plusieurs domaines notamment la philosophie, la psychologie et le domaine des Technologies et l'Informatique.

- **En philosophie**

S.Vial (2012) déclare que le terme virtuel n'est pas à l'origine un terme informatique. « Il s'agit d'un vieux mot de la langue philosophique, dont la longue histoire ne facilite pas toujours un usage rigoureux ». (Vial, 2012, p. 180)

D.Noël (2007) a rédigé une synthèse sur les penseurs contemporains du virtuel dans la quelle il évoque que « L'utilisation massive et superficielle du mot " virtuel" masque un concept riche et subtil. » (Noël, 2007, p.109). Ces penseurs ont chacun expliqué ce concept d'un point de vue différent, mais ils ont un point commun qui est le faite de considérer quelque chose qui est virtuel comme quelque chose de réel.

Pour G. Deleuze, l'un de ces penseurs, chaque objet a un aspect actuel mais aussi un aspect virtuel (non- actuel) qui consiste la partie inaccessible ou latente de cet objet mais qui est bien réel. Selon cet auteur « le virtuel est essentiel puisqu'il est à la fois le support de l'idée, la condition de la différence et la réalité de la structure. » (Radillo, 2009, p.35)

- En psychologie

Les psychologues, plus exactement les psychanalystes s'intéressent au concept de « virtuel », parmi eux même ceux qui sont pour « une psychologie du virtuel » pour théoriser ; comprendre et expliquer ce concept.

Ils l'ont expliqué d'abord en l'appliquant à la réalité psychique. Une ou des parties du psychisme pourraient alors être virtuelles.

S. Tisseron, psychiatre, psychanalyste, il a analysé les évolutions rapides des usages numériques. Il s'est penché sur les rapports de l'utilisateur aux images et aux médias. Il a travaillé sur l'image et la relation d'objet virtuelle qui comprend donc « toutes les situations dans lesquelles nous n'envisageons pas l'existence d'un être humain réel derrière l'image ou le numéro qui le représente. En ce sens, ce ne sont pas les technologies du virtuel qui ont créé la relation virtuelle, mais elles ont incontestablement contribué à nous en faire prendre conscience. » (Radillo, 2009, p. 37)

Donc l'utilisateur peut accepter l'existence d'un corps humain derrière le monde virtuel mais c'est l'absence de prise en compte de cette existence qui détermine la relation d'objet virtuelle. Ainsi pour S.Tisseron, cette relation ne s'agit pas forcément d'une addiction mais elle se rapproche de l'espace transitionnel élaboré par D.Winnicott.

- En Technologies et l'Informatique

La réalité virtuelle (en anglais, virtual reality ou VR) est une technologie qui permet de plonger une personne dans un monde artificiel créé numériquement. Il peut s'agir d'une reproduction du monde réel ou bien d'un univers totalement imaginaire. L'expérience est à la fois visuelle, auditive et, dans certains cas haptique avec la production d'un retour d'effets. Lorsque la personne est équipée des interfaces adéquates, comme des gants ou des vêtements, elle peut alors éprouver certaines sensations liées au toucher ou à certaines actions. (<https://www.futura-sciences.com> , consulté le 27/ 12/2022.)

1.2. Les types des écrans

L'écran aujourd'hui est une nécessité dans la vie quotidienne, professionnelle, scolaire et même familiale de l'individu. Mais ça n'a pas été toujours le cas dès son apparition.

Comme on l'a déjà indiqué dans la définition de l'écran, sa raison d'être initiale c'est de « faire voir », mais aujourd'hui il semble éloigner de cette raison, l'écran occupe de plus en plus d'espace dans la vie de l'individu car il est devenu un dispositif de pratique, l'être humain a le ressenti que chaque moment de sa vie est désormais régi par l'écran. Donc, il n'est pas juste un dispositif de vision. À l'époque il permet de vivre une expérience collective mais aujourd'hui il peut faire vivre à l'utilisateur une expérience individuelle et intime.

Ainsi d'après ces deux critères ; l'espace et l'expérience, une typologie peut s'établir des écrans les plus utilisés par l'individu.

- **L'écran collectif**

Comme son nom l'indique, c'est l'écran qui permet à son usager de vivre une expérience collective, de partager ce moment de visionnage avec d'autres personnes. Il s'agit de grand écran qui est le cinéma.

« Le cinéma est inséparable du fait de choisir un spectacle, de se déplacer pour aller le voir, de payer sa place, de voir le film dans un espace étranger à son environnement habituel et de le voir avec d'autres ». (Bach et coll, 2013, p.137-138).

Ce type d'écran, est caractérisé par un espace et un temps limité, c'est-à-dire les personnes restent dans une chambre fermée durant la durée de visionnage de film. Ainsi il permet le partage d'émotion entre les visionneurs, ils réagissent collectivement face aux évènements du film, donc il permet de vivre une expérience sociale.

- **L'écran domestique**

Dans l'écran domestique se trouve la télévision, qui permet un visionnage familial et une expérience privée aux membres de la famille et non pas sociale. Ainsi elle permet un certain partage au sein de la famille qu'on peut constater même dans la discussion familiale qui se déroule autour de programme visionné dans un espace familial c'est-à-dire au sein d'un foyer. Mais avec l'évolution de celle-ci notamment la multiplication des chaînes et l'invention de la télécommande, le visionnage est devenu de plus en plus individuel, chacun a sa propre télévision dans sa chambre et ses propres programmes préférés. Et ce qui a accentué ce comportement c'est surtout la télévision connectée.

Cette dernière « permet d'utiliser son poste de télévision comme un ordinateur et de le connecter à Internet grâce au wi-fi. Cette « télé-Internet » permet au

télespectateur de surfer sur la Toile, de faire des recherches, de visionner des films ou de jouer à des jeux en ligne. » (Bach et coll, 2013, p.139)

- **Les écrans capteurs**

Il s'agit des écrans plats lumineux avec un mouvement des images qui remplacent les panneaux publicitaires.

Ils sont appelés « écrans capteurs » car ils cherchent à capter et attirer l'attention des personnes et pour cela d'ailleurs on les trouve souvent dans les espaces publics et les grandes villes. Ils ne sont pas considérés comme des écrans collectifs car chacun les perçoit comme il veut, il n'y a pas une expérience collective, mais plutôt individuelle. Ainsi, contrairement au cinéma, ces écrans capteurs n'ont pas une limite de temps ni de l'espace.

- **Les écrans intimes**

Ce type d'écran est accentué ces dernières années avec le développement des technologies numériques. Ce sont des écrans pratiques grâce à leurs avantages, chaque individu les utilise quotidiennement et individuellement. Cet écran peut être une tablette électronique, un téléphone intelligent (smartphone), un ordinateur (fixe ou portable), etc.

- **La tablette électronique (tactile)** : à la croisée entre le téléphone intelligent et l'ordinateur portable (généralement plus lourd et plus grand), elle a généralement l'avantage d'être peu encombrante et dispose de presque toutes les fonctionnalités offertes sur un ordinateur. Avec l'apparition des stylets et des claviers dédiés, il est désormais plus aisé d'y faire du traitement de texte, ainsi que de recourir à l'écriture manuscrite ou au dessin sans l'ajout de matériel trop encombrant. (Shanoor, Romina, 2020, p.14).

- **Un téléphone intelligent (smartphone)** : visant principalement la téléphonie mobile traditionnelle, il bénéficie désormais de pratiquement toutes les

fonctionnalités offertes par un ordinateur, tout en pouvant être transporté partout et en toute occasion en raison de sa petite taille. (Shanoor, Romina, 2020, p.14).

- **Un ordinateur** : possédant les plus grandes performances techniques, c'est certainement de tous les supports celui qui possède le plus grand choix de fonctionnalités. À l'inverse de la tablette, il n'est guère possible d'utiliser l'écriture ou le dessin manuscrit sans l'ajout d'outil complémentaire, dont l'acquisition est peu démocratisée pour l'heure. Avec la multiplication des accessoires dédiés ainsi que la diversification des formats (tailles, fixe/portable), il demeure l'outil de travail principal dans de nombreux domaines professionnels. (Shanoor, Romina, 2020, p. 14).

2. Surexposition et addiction

L'écran est un dispositif d'ambivalence, entre ses avantages très intéressants et ses effets néfastes lorsque la personne est surexposée.

La surexposition aux écrans renvoie à l'usage problématique de toutes les formes d'écran ; télévision, tablette, smartphone, ordinateur..., en termes de quantité, c'est-à-dire d'une durée d'exposition excessive à ce dispositif. Mais aussi en termes de qualité, c'est-à-dire un contenu inadapté (contenu pornographique, scène de violence,). La surexposition est aussi dans le cas d'une exposition précoce au virtuel, plus exactement pour les enfants moins de 3 ans pour lesquels l'exposition aux écrans est fortement déconseillée vu ses répercussions néfastes sur le développement de l'enfant.

Ainsi cette surexposition peut devenir une forme d'addiction.

2.1. Définition de l'addiction

Le terme addiction désigne une sorte de dépendance problématique à l'usage d'une substance (drogue, alcool, tabac, médicaments,) et/ ou à une pratique telle que les jeux pathologiques. Cette dernière est connue aussi par le nom

« toxicomanies sans drogue » ou « addiction comportementale ». Mais elle représente un débat chez la communauté scientifique.

« Les toxicomanies sans drogue ou addictions comportementales sont encore l'objet de controverses où se retrouvent, de façon à peine décalée, les débats qui continuent d'opposer, en matière de toxicomanie, les tenants d'approches biomédicales aux défenseurs d'approches psychosociales. » (Valleur, Velea, 2002, p. 2).

Certains présentent un malaise d'utiliser le terme addiction comportementale, ils pensent que ce n'est pas légitime de pouvoir ranger dans la même famille de troubles, les consommations pathologiques de substances psychoactives, que des conduites envahissantes du quotidien, comme le jeu pathologique, les achats compulsifs, etc. Pour eux on ne peut pas considérer ces comportements comme un type d'addiction mais plutôt comme des « conduites de dépendance » ou « recours excessif ».

En raison de ce débat provoqué par l'élargissement de cette notion, il est difficile d'établir une définition qui fait l'unanimité, et celle de A. Goodman (1990) reste encore le moyen le plus simple de comprendre l'addiction : « l'addiction est un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par 1) l'échec répété dans le contrôle de ce comportement et 2) la persistance de ce comportement en dépit de conséquences négatives significatives. » (Huerre, Belamich, 2014, p. 125)

En d'autres termes, l'addiction c'est une pathologie, une habitude difficile de s'en débarrasser car elle provoque un sentiment de plaisir et de bien être chez la personne. Qui elle souffre d'une perte de sa liberté de consommation et d'une compulsion ; qui signifie l'incapacité de pouvoir résister ou de contrôler son comportement addictif face au besoin et au désir puissant de consommer la

substance et/ou de pratiquer une activité, même si ces conduites sont envahissantes du quotidien de la personne.

De ce fait, l'individu addict est considéré comme un prisonnier de son objet d'addiction qu'il soit un produit ou une pratique, car il est privé de sa liberté de consommation, et c'est cela qui détermine la frontière entre un état normal et un état pathologique, c'est-à-dire d'une addiction. Dans le premier cas la personne consomme une substance ou /et pratique une activité dans le but de ressentir une sensation de plaisir, alors que dans le second cas la conduite est devenue un besoin, dans le but de satisfaire un manque qui fait souffrir l'utilisateur dans sa dimension biopsychosociale et son entourage. Donc « La notion d'addiction recouvre un continuum de comportements liés à la consommation ou à des conduites répétitives, des plus anodins aux plus pathologiques en passant par l'usage à risque et l'usage nocif. » (Streel, 2018, p. 07).

2.2. Addictions comportementales

Les addictions comportementales ou « les nouvelles addictions », sachant que certains auteurs évoquent qu'elles ne sont pas vraiment nouvelles, mais elles existent depuis toujours, et c'est la prise en conscience et la considération que ce genre de comportement s'agit d'une addiction qui est récent. D'ailleurs c'est depuis mai 2019 que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) reconnaît officiellement l'addiction aux jeux pathologiques comme trouble mental, qui est l'une des formes des addictions comportementale et d'autres formes qu'on va aborder dans ce qui suit sont actuellement à l'étude.

2.2.1. Addiction aux jeux pathologiques

Les jeux pathologiques signifient les jeux de hasard et d'argent, ainsi que les jeux vidéo.

Le premier consiste à une mise de l'argent ou un objet de valeur de façon irréversible dans des lieux de jeu ou par internet, pour aboutir à un gain ou une perte, et cela dépend seulement de hasard.

Les jeux vidéo, c'est une pratique assez courante qui peut toucher même les enfants. Dans le cas excessif c'est-à-dire d'une addiction, le jeu devient la principale activité de la personne et elle occupe son temps et ses pensées.

2.2.2. Addiction aux achats compulsifs

Ce concept concerne les acheteurs pathologiques, et il est de plus en plus amplifié avec le développement des ventes par correspondance et des achats sur Internet. « Il apparaît comme une impulsion soudaine, une envie irrésistible qui s'accompagne d'une forte tension intérieure ; le sujet se sent à la fois excité et coupable de l'acte auquel il va se livrer. Cette tension qui précède, soutient et accompagne l'acte d'achat, se trouve momentanément réduite après l'acquisition d'un objet souvent inutile, parfois même acheté en plusieurs exemplaires. » (Fernandez et coll, 2004, p.7).

2.2.3. Addiction sexuelle

Aussi appeler addiction à l'amour, c'est une pratique pathologique de sexuel, caractérisée par une pratique très fréquente de l'acte sexuel sans aboutir à une satisfaction pour la personne addictive et un besoin interminable d'acte sexuel, donc en conséquence la personne fait recours à des comportements d'auto-érotisme qui désigne une pratique sexuelle pour obtenir la satisfaction en ayant recours à un organe du corps propre, comme la masturbation.

« Les addictions sexuelles regroupent des comportements sexuels compulsifs, l'hypersexualité et les troubles caractérisés par un désordre du contrôle des impulsions. » (Fernandez et coll, 2004, p. 7).

2.2.4. Addiction au virtuel

Aussi appeler l'addiction aux écrans, désigne donc une addiction ou une dépendance liée à l'usage excessif et pathologique d'un support numérique (télévision, portable, tablette tactile, ordinateur...).

2.3. Addiction aux écrans et diagnostic

C'est une dépendance à une pratique, qui est bien l'usage d'un écran qu'il soit une télévision, un portable, une tablette et tout autre support numérique qui permet à l'utilisateur d'accéder à un contenu virtuel. Elle inclut la cyberaddiction, l'addiction à la télévision, et toutes sortes d'addictions liées à l'usage d'un écran.

Un téléspectateur peut être considéré comme addict quand il présente une surconsommation et un usage pathologique de la télévision (de ses émissions, séries, films,..) accompagné d'un échec de résistance au besoin répétitif et compulsif de regarder la télévision.

Bien que regarder la télévision n'est pas en soi problématique, mais comme toute autre addiction, quand la consommation est au détriment d'autres activités et d'interaction familiale, sociale, professionnelle, ainsi l'utilisateur éprouve du mal à réduire sa consommation, que sa peut être considéré comme un état pathologique.

Ainsi, l'omniprésence d'Internet comme un réseau accessible, abordable et anonyme, ainsi que la multiplication des applications poussent les personnes à être de plus en plus accros aux nouvelles technologies, ce qui augmente le risque d'une cyberaddiction ou appeler aussi addiction au Web.

Le terme « cyberdépendance » désigne des usages problématiques et malsains de l'Internet. Ce concept a vu le jour en (1995) avec I. Goldberg, pour lui il s'agissait juste d'une plaisanterie pour critiquer la rigidité du Manuel de Diagnostic et Statistique des troubles mentaux (DSM). Cependant, la plaisanterie est prise au

sérieux et plusieurs personnes présentant une véritable souffrance l’ont contacté pour demander de l’aide. Donc, une année après, lors du congrès annuel de l’American Psychological Association (APA), la psychologue américaine K.Young évoque le concept d’addiction à l’Internet et propose une symptomatologie.

Cette nouvelle forme de dépendance d’après I.Goldberg et K.Young, « s’inscrit comme une addiction silencieuse. Elle englobe des formes de dépendance à l’outil informatique, à la sexualité sur Internet, aux achats compulsifs on-line, aux formes de communication synchrones et asynchrones par e-mail ou dans les groupes de discussion. » (Fernandez et coll, 2004, p. 11).

En outre, l’addiction à l’internet peut être une polyaddiction, c’est- à-dire elle englobe plusieurs conduites pathologiques d’usage de l’écran notamment l’achat compulsif, la cybersexualité, l’addiction au travail (workaholic), l’addiction communicationnelle. Cependant la majorité des études sur la cyberdépendance se sont concentrée sur les activités des jeux en ligne.

Les cyberdépendants se caractérisent par certains symptômes décrites par K.Young en se basant sur celle d’addiction au jeu pathologique, elle a inventé un test de cyberdépendance sous forme d’un questionnaire pour aider le professionnel à établir un diagnostic.

Questionnaire diagnostique d’addiction à internet de K.Young	
1. Vous sentez-vous préoccupé par Internet (en pensant à votre dernière connexion et en anticipant la prochaine)?	3. Restez-vous sur le net plus longtemps que prévu ?
2. Eprenevez-vous le besoin de surfer sur Internet pendant de plus en plus	6. Avez-vous mis en danger une relation, votre emploi, une opportunité de carrière à

longues périodes avant d'être rassasié ?	cause de l'usage d'Internet ?
3. Avez-vous tenté à plusieurs reprises et sans succès de limiter ou de contrôler votre temps passé sur Internet ?	7. Avez-vous menti à votre famille, votre thérapeute ou d'autres personnes afin de pouvoir disposer de plus de temps sur Internet ?
4. Vous sentez-vous épuisé, patraque, déprimé ou irritable lorsque vous essayez de limiter ou de stopper votre usage du réseau ?	8. Utilisez-vous Internet comme un moyen de vous évader de vos problèmes quotidiens ou pour échapper à des sentiments négatifs (culpabilité, anxiété, déprime, solitude...) ?

Tableau N°1 : questionnaire diagnostique d'addiction à internet de K. Young (<https://www.psycho-ressources.com> , consulté le 03/03/2023.)

Concernant l'interprétation :

- Les sujets qui répondaient « oui » à cinq ou plus de ces questions étaient considérés comme des utilisateurs souffrant d'une addiction à l'Internet.
- Toutefois, si vous avez répondu oui à plus de trois de ces questions, il convient de vous poser de sérieuses questions sur l'utilisation que vous faites de l'Internet.

Donc, l'addiction aux écrans est un usage problématique de numérique dont lequel se trouve certainement les outils qui permettent à la personne d'avoir accès à Internet et par conséquent un risque d'une cyberaddiction, or que l'addiction à l'écran inclut tous contenu virtuel dont l'individu peut y accéder par internet, ou

simplement par une télévision, c'est-à-dire les émissions, les séries, les dessins animés, etc.

3. Effets de la surexposition aux écrans

D'après une étude menée en 2021 auprès de 5000 adultes, un Français passerait en moyenne 56 heures par semaine devant les écrans, ce qui représente 27 ans, 7 mois et 6 jours c'est-à-dire un tiers de la vie d'une personne. Ce qui apparaît beaucoup, mais alors là dans le cas d'une surexposition ou d'une addiction aux écrans où la personne consomme d'une manière abusive et excessive.

De nombreux chercheurs et associations s'intéressent aux effets de ce phénomène, et alertent sur les risques et les conséquences d'une telle consommation, ajoutant à cela les spécialistes (médecin, psychologue...) observent chez les patients qui demandent de l'aide pour se libérer d'une dépendance aux écrans, une multitude de signes et une souffrance envahissante de la vie bio-psycho-sociale de sujet qu'il soit un adulte, adolescent ou un enfant.

3.1. Effets biologiques

L'usage problématique d'écran est souvent associé à un manque d'activité physique. L'utilisateur adopte un mode de vie sédentaire ; qui se caractérise par une diminution d'activité physique et l'augmentation de temps de l'écran. Ainsi ce rythme mène fréquemment à une santé défavorable en affectant le poids, le sommeil, la vision, etc.

- **Surpoids et obésité**

Les spécialistes soulignent une corrélation entre la surexposition aux écrans et la prise du poids voire l'obésité, expliquée par l'augmentation des prises alimentaires et le grignotage devant un écran même dans l'absence de la sensation de faim. Ces grignotages sont souvent stimulés par les publicités alimentaires, « on ne

s'étonnera pas que des études longitudinales aient montré que le visionnage de programmes éducatifs, sans publicité, n'était pas positivement relié avec le surpoids et l'obésité chez les enfants ». (Shanoor, Romina, 2020, p. 38.)

Néanmoins, ce qui favorise plus la prise de poids c'est l'inactivité de la personne scotchée à son écran, et la perturbation de son sommeil et le dysfonctionnement hormonal causé par la surexposition aux écrans.

•Le sommeil

L'impact de l'usage problématique des écrans sur le sommeil est l'un des champs les plus investigués par les chercheurs. D'après ces recherches les écrans sont considérés comme l'ennemi de sommeil en impactant sa quantité et sa qualité. Et cela à travers la perturbation de l'horloge naturelle par l'effet de la lumière bleue.

Cette dernière est associée à la lumière de jour par le cerveau, par conséquent une baisse de sécrétion de la mélatonine ; qui représente l'hormone du sommeil, et donc responsable de l'endormissement retardé chez l'utilisateur.

Ce dysfonctionnement va générer donc un manque de sommeil, une fatigue chez la personne, et surtout une dette de sommeil.

•La vision

Plusieurs spécialistes alertent sur le syndrome de vision informatique ou aussi appelé fatigue oculaire numérique, qui est caractérisé par un ensemble de symptômes, les plus fréquents sont : la myopie, la fatigue oculaire, la sensation de brûlure, l'irritation, les yeux sèches et une sensibilité à la lumière. Ressenti généralement après une exposition excessive à un écran. « il s'agit de la combinaison de problèmes oculaires et visuels associés à l'utilisation d'ordinateurs (y compris les ordinateurs de bureau, les ordinateurs portables et les tablettes) et

d'autres écrans numériques (par exemple les Smartphones et les appareils électroniques de lecture) » (Shanoor, Romina, 2020, p.39).

Ainsi, une personne scotchée à l'écran risque de développer une myopie. Cette dernière signifie un trouble de vision où la personne atteinte voit flou en vision de loin. Et les dernières recherches en ophtalmologie affirment que ce trouble peut être causé par l'exposition excessive à la lumière bleue et d'ailleurs, « La revue Ophthalmology dresse un constat sans appel : en 2050, 5 milliards d'êtres humains seront myopes. Soit la moitié de la population mondiale Parmi eux, près d'un milliard risquera la cécité complète ». (<https://nomdezeus.fr>, consulté le 25/02/2023).

3.2. Effets psychologiques et sociologiques

Si les écrans rapprochent l'individu de ceux qui sont loin, ils peuvent l'éloigner de ceux qui sont proches, avec une consommation solitaire, intime, mais surtout problématique, qui le prive de son entourage social et impacte son fonctionnement psychologique.

Cette surexposition voire une addiction, favorise une désocialisation ; l'utilisateur préfère rester isolé dans sa bulle virtuelle que d'interagir avec le monde extérieur, parfois même un effet hypnotique est remarquable chez des enfants, des adolescents et des adultes scotchés à leurs écrans qui captent toute leur attention. Certainement ce comportement d'un usager replier sur soi va augmenter le risque d'un trouble de l'humeur telle que la dépression, et le problème d'inattention. Aussi cet isolement affect le bien être affectif et émotionnel et favorise les comportements agressifs, violents voire le cyberharcèlement.

- **Les troubles de l'humeur**

Les études montrent que l'âge, le genre, les traits de personnalité et la vulnérabilité de l'utilisateur peuvent être des facteurs de risque pour être influencé par

le monde virtuel d'une manière plus au moins différente (notamment les réseaux sociaux et l'internet).

Une personne accro aux écrans va adopter un comportement antisocial, ce qui favorise un épisode dépressif. « C'est ce que conclut une étude américaine publiée en octobre 2018 à partir des données sur 40 000 enfants de 2 à 17 ans. Début 2019, une étude britannique réaffirmait le lien entre la dépression chez les adolescents et l'utilisation abusive des réseaux sociaux. Là encore, la causalité n'est pas prouvée. » (<https://www.quebecscience.qc.ca> , consulté le 03/01/2023).

- **Problème d'inattention**

Une corrélation entre la surexposition et les difficultés d'attention peut avoir lieu notamment chez les enfants qui ont eu une exposition précoce à la télévision, plusieurs études se sont focalisées sur une éventuelle causalité, « une étude publiée dans JAMA et menée auprès de 3 000 adolescents de 15 ou 16 ans a révélé que l'utilisation intensive des médias électroniques était liée à davantage symptômes d'inattention et d'hyperactivité. » (<https://www.quebecscience.qc.ca> , consulté le 03/01/2023).

- **L'agressivité, la violence et cyberharcèlement**

Comme on l'a déjà souligné, une surexposition ne désigne pas uniquement le temps de l'écran mais aussi la qualité de contenu regardé. Avec l'utilisation de numérique, le risque pour l'utilisateur d'être exposé à des scènes de violence, pornographique ou tout autre contenu inapproprié est important. Ainsi l'impact de ce contenu est clairement remarquable dans les comportements des enfants, des adolescents et même les adultes, sous forme d'une imitation de la scène regardée. « Lissak (2018) explique par exemple que l'association observée dans certaines études entre un temps d'écran important et une propension à des comportements

agressifs est notamment liée aux contenus de nature violente transmis à la télévision ou dans les jeux vidéo. » (Shanoor, Romina, 2020, p.42).

Plus que la production d'une violence (physique ou verbale), l'académie américaine de pédiatrie a observé aussi une tolérance chez ces personnes de certaine forme de violence en raison d'habitation. Et elle souligne aussi que ces usagers en tendance à s'isoler puisqu'ils ont le sentiment de vivre dans un monde malveillant.

Concernant le cyberharcèlement, c'est un harcèlement en ligne, c'est une forme de violence, un acte agressif qui s'effectue par l'intermédiaire d'un écran via internet.

3.3. Effets de la surexposition aux écrans spécifiques aux enfants

Plus aux effets déjà cité ci-dessus, l'omniprésence des écrans dans la vie des enfants dès la naissance, ce qui signifie un usage précoce pour l'enfant, pousse les spécialistes à mettre l'accent et spécifier les conséquences nocives et les dommages presque irréversibles d'une éventuelle exposition.

L'enfant est un être fragile et vulnérable, et les chercheurs affirment avec une constance remarquable qu'il n'a rien à apprendre ou a bénéficier d'un écran avant l'âge de 3 ans. Mais c'est bien le contraire, l'écran va altérer le développement de l'enfant notamment l'acquisition des compétences sociale et son développement psychomoteur ; de fait qu'un temps devant l'écran est un temps volé de vivre une expérience et de jouer. Sachant que les spécialistes affirment en unanimité la place de jeu pour l'enfant, pour son apprentissage et le développement de sa motricité fine.

Aussi, l'acquisition de langage qui fait partie de développement cognitif de petit enfant. Cette acquisition se fait principalement par l'interaction et l'échange verbal et gestuel à visé de communication de l'enfant avec son entourage familial.

Néanmoins, un temps devant un écran notamment dans le cas d'une consommation abusive, c'est un temps volé à toute interaction familiale.« Le temps passé devant les écrans va priver l'enfant de son exploration du monde et d'interaction avec son entourage tout en le surstimulant de manière inadaptée ». (Shanoor, Romina, 2020, p.44)

De nombreux spécialistes soulignent une potentielle cause à effet entre l'exposition précoce à l'écran et le retard de langage chez l'enfant, tout en évoquant aussi que quelques programmes ou émissions éducatives peuvent être bénéfiques pour enrichir le vocabulaire de l'enfant mais avec certaines conditions ; notamment la qualité de contenu, le temps d'exposition, l'âge de l'enfant, mais surtout l'importance de la présence d'un adulte au moment de consommation. « Une récente revue systématique (Madigan, McArthur, Anhorn, Eirich, & Christakis, 2020) portant sur les compétences langagières des enfants de moins de 12 ans a mis en évidence des effets différents selon la quantité et la qualité d'utilisation des écrans. Les temps d'écran ainsi que la présence de programmes télévisés en arrière-fond (background télévision) y sont associés à un niveau de langage de l'enfant plus bas, alors que le visionnage de programmes éducatifs et le co-visionnage (accompagné par un adulte) sont associés à de meilleures compétences langagières ». (Shanoor, Romina, 2020, p. 45).

Donc comme le souligne la Société Canadienne de Pédiatrie (SCP), lorsque l'enfant regarde avec un adulte un contenu éducatif et adapté à son âge, ce temps d'écran peut être considéré comme une expérience d'apprentissage positive.

En outre, ces derniers temps plusieurs parents consultent et demandent de l'aide chez les spécialistes (psychologues, médecins, orthophonistes, etc.) car ils ont remarqué un retard de langage chez leur enfant et l'apparition de certains comportements similaires au tableau clinique autistique. Ainsi A-L.Ducanda, en se

basant sur sa propre pratique en tant que médecin, partage une vidéo sur les réseaux sociaux où elle déclare qu'un nombre important des enfants qui sont en plein développement (de 0 à 4ans), exposer d'une manière excessive aux écrans (6 à 12h par jour et tous les jours) peuvent être considéré comme des autistes, du fait qu'ils présentent une altération de comportement (stéréotype,...), de la communication (écholalie, ...) ainsi qu'une difficulté dans les interactions sociales.

Cette altération de développement fait référence à la dyade autistique et à des signes cliniques appartenant typiquement au diagnostic de l'autisme. Néanmoins l'étiologie de ce dysfonctionnement est bien la surexposition aux écrans comme le suppose plusieurs chercheurs. « Chonchaya (2011, 2015) décrit des troubles autistiques en lien également avec une surexposition aux écrans. Pour Wu (2017), en Chine, une surexposition est également mise en rapport avec des enfants présentant ces troubles autistiques. Au Japon, Yurika (2018) rapporte l'observation d'une enfant de 5 ans déclarée autiste (cars à 37) améliorée spectaculairement après deux mois de sevrage total des écrans (cars à 26.5). Cet enfant était toute la journée devant les écrans depuis l'âge de 6 mois. Et en Roumanie, Zamfir (2018) observe des enfants « autistes virtuels » en lien avec une surexposition aux écrans. » (Bossière et all, 2020, p. 184).

Donc vu l'existence d'une corrélation entre l'exposition aux écrans et l'apparition de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA), certains spécialistes utilisent le concept de « l'autisme virtuel », et d'autres préfèrent de dire « syndrome d'Exposition Précoce et Excessive aux Ecrans (EPEE) », mais quel que soit son appellation, la majorité des professionnels rencontrent ce type d'enfant troublé qui se caractérise par un ensemble de symptômes décrites par D.Mercelli et ses collaborateurs (2018) :

- 1/ un retard de communication et de langage qui devient patent vers 18/30 mois mais qui est souvent précédé d'une réduction du nombre de mots prononcés,

de l'apparition d'un pseudo-langage (répétition en écho de mots anglais, de chiffres...) ou d'une prosodie particulière, mécanique ;

-2/ un centrage d'intérêt de plus en plus exclusif à la maison sur les écrans ;

-3/ en dehors des écrans, une absence de recherche d'interaction avec le parent, contrairement à ce qui est habituel à cet âge, ce désintérêt pouvant aller jusqu'à un refus de la relation avec détournement du visage ;

-4/ une absence d'intérêt pour les jeux correspondant à l'âge, en particulier les jeux de construction ou de « faire semblant » ;

-5/ des activités spontanées pauvres et répétitives : alignement de petites voitures, objets passés devant les yeux ;

-6/ pour les plus âgés, une difficulté de contact avec les autres enfants ;

-7/ des comportements d'allure agressive : objets, jouets jetés à travers la pièce, feuilles déchirées ;

-8/ une agitation et une instabilité d'attention constante ;

-9/ une maladresse dans l'exploration fine, dans les jeux d'encastrement, les puzzles, devenant évidente vers 18/20 mois.

Chaque enfant ne « collectionne » pas tous ces symptômes mais peu s'en faut [...] Les chercheurs illustrent bien ces manifestations symptomatiques retrouvées par de nombreux autres cliniciens. (D.Marcelli et coll, 2018, p. 143).

Par ailleurs, dans cette problématique, l'exposition de l'enfant aux écrans ne représente qu'une facette parmi tant d'autres ayant un impact sur son développement. En effet, la surexposition aux écrans par les parents constitue une autre dimension qui influe considérablement sur le développement de l'enfant en perturbant la relation parent-enfant de manière significative.

Ce phénomène se nomme la « technoférence parentale » et fait référence aux interruptions dans les échanges dyadiques entre le parent et son enfant, provoquées par l'utilisation des nouvelles technologies au moment de l'interaction. (Gillioz et coll, 2022, p. 8).

Avoir des parents scotchés à leurs écrans d'une manière volontaire ou involontaire va impacter la relation parent-enfant, cette relation qui nourrit le développement psycho-affectif de l'enfant par le développement de liens d'attachement que ce dernier doit tisser dans ses premières années en fonction de comportement de ses parents. Néanmoins avec la technoférence parentale, l'enfant risque de développer un attachement insécure.

Dans ce cas pathologique, les parents ne sont pas suffisamment présents et disponibles pour répondre aux besoins de leur enfant, en termes d'expérience, de jeux, d'émotions, d'échange verbal et non verbale suffisant (regard, mimique...).

Par conséquent, un père ou/ et une mère occuper par l'écran, indisponible pour un partage émotionnel, éducatif avec l'enfant, peut générer un sentiment d'insécurité chez ce dernier, des troubles de comportement ; pour exprimer ses besoins et attirer l'attention des parents. Sans oublier le risque élevé d'une addiction aux écrans chez l'enfant à cause d'une transmission et l'imitation de comportement des parents, « Serge Tisseron insiste par ailleurs sur le fait que les parents servent de modèle aux enfants, lesquels ne cessent d'imiter leurs figures parentales dès le plus jeune âge ». (Streel, 2018, p. 18).

4. Principales théories explicatives de l'addiction

Il existe une diversité des théories en psychologie, qui est dû à la complexité de l'objet d'étude de cette science qui est « l'être humain », plus exactement son fonctionnement psychologique normal et pathologique. Ainsi chaque modèle

théorique explique l'étiologie d'une pathologie d'une manière plus au moins différente.

En ce qui concerne l'addiction, on va développer dans ce qui suit le point de vue de la psychanalyse et également celui de modèle cognitivo-comportementale.

4.1. Théorie psychanalytique

La psychanalyse est l'une des théories fondamentales en psychologie, qui explique et interprète la souffrance psychique d'une manière déférente en se basant sur les composants de l'appareil psychique, et pour la prise en charge elle propose une psychothérapie qui s'appuie essentiellement sur la libre parole. De ce fait, « La psychanalyse (Freud, 1922) est une méthode (procédé d'investigation des processus psychiques), une pratique thérapeutique, et une théorie générale du psychisme (métapsychologie) comportant une psychopathologie, c'est-à-dire une interprétation de la souffrance (pathos) (Pedieli, 2005). » (Pedieli, Bonnet, 2012, p. 91).

La psychanalyse possède une place dans le contexte explicatif de l'addiction. Et pourtant elle a pris son temps pour s'intéresser à cette pathologie du fait qu'elle n'ait pas dans sa pratique de traiter les sujets addicts, d'ailleurs, « L'intérêt de la psychanalyse pour l'addiction correspond à une sortie des paradigmes traditionnels fondés sur le discours, l'imaginaire, pour s'intéresser à des actes sans paroles, à des besoins non représentés, à un corps et à des objets au plus près du réel. » (Pedieli, Bonnet, 2008, p.46). Mais surtout la psychanalyse a évité de considérer la dépendance comme une souffrance et un trouble spécifique.

D'après la revue du littéraire, S. Freud a porté peu d'attention pour la question d'addiction, au début de sa carrière il avait des rapports ambigus avec la cocaïne, et il en a même conseillé à son ami V. Fleischl. Aussi, il était addicté au tabac. Rajoutant à cela que d'après M. Laxenaire (2010), le mot « addiction » n'existe pas

dans l'œuvre de S. Freud, mais plutôt des concepts qui s'en rapprochent comme : habitude, besoin, passion, nostalgie romantique et aussi dépendance. Cependant d'après ses écrits et sa correspondance il a évoqué des éléments essentiels pour comprendre les mécanismes qui s'impliquent dans l'apparition d'une addiction.

S. Freud s'intéresse à cette pathologie qu'avec l'apparition de l'addiction sexuelle, plus exactement la masturbation. Il déclare dans une lettre à W.Fliess, « J'en suis venu à croire que la masturbation était la seule grande habitude, le besoin primitif, et que les autres appétits tels que les besoins d'alcool, de morphine, de tabac, n'en sont que les substituts, les produits de remplacement » (Pages-Berthier, 1993, p.2).

En outre, parmi les éléments essentiels dont la psychanalyse a parlé et qui peut aider à comprendre l'addiction, c'est ce qui est appelé en psychanalyse « la relation d'objet ».

La relation d'objet peut être définie comme la relation d'une personne envers son entourage, c'est la relation qu'entretient un individu avec l'objet vers lequel se tournent ses pulsions.

Selon J. Laplanche et J-B. Pontalis, « la relation d'objet est la relation du sujet avec son monde, résultat complexe et total d'une certaine organisation de la personnalité, d'une appréhension plus ou moins fantasmatique des objets et de tels types privilégiés de défense ». (Laxenaire, 2010, p. 526).

Cette relation objectale se développe dès l'enfance, dans chaque stade de son développement (orale, anal, phallique, latence, génital) l'enfant présente une relation spécifique. En commençant par une relation fusionnelle avec l'objet fantasmatique qui est la maman ou plus précisément le sein de la maman.

Dans le cas d'une addiction aux substances, l'objet fantasmatique peut être une drogue, l'alcool, le tabac C'est la substance à laquelle le sujet est addictive. Mais

dans une addiction sans drogue, notamment l'addiction aux écrans, l'objet est plus complexe, c'est le contenu ou le monde virtuel auquel la personne établit un sens pour satisfaire une pulsion et alimenter son fantasme.

« En d'autres termes, dans les addictions sans substances, la relation d'objet concerne non un objet au sens réaliste du terme, mais un mode de relation ; celui que le sujet établit avec le monde environnant. Ce monde, au départ indifférent, sans signification, se transforme sous la contrainte d'un désir exclusif en un monde intériorisé, subjectif, porteur de sens. » (Laxenaire, 2010, p. 526).

D'autre part, cet objet est souvent comparé et considéré comme l'objet transitionnel forgé par D. Winnicott.

Cet objet transitionnel consiste à un objet précieux sur le plan représentatif de l'enfant, il peut être aussi une habitude pratiquée par l'enfant pour qu'il soit rassuré. Cet objet est important car d'une part il remplace une présence rassurante plus exactement la figure maternelle. Et d'autre part il permet les premiers décollements avec la maman et donc les premiers mouvements de l'enfant vers l'indépendance et s'ouvrir au monde extérieur. Sachant qu'il se séparera s'il le souhaite, de lui-même de cet objet quand il trouve qu'il est prêt.

Les psychanalystes considèrent que l'addiction est une technique défensive très coûteuse en énergie, et une solution pour se protéger d'une dépression ou d'un traumatisme, c'est une tentative d'auto-guérison comme illustre le médecin, psychanalyste E. Glover (1932) « L'addiction agit comme protection contre une réaction psychotique dans les états de régression » (Pages-Berthier, 1993, p. 3).

En effet, pour mieux expliquer le lien entre l'objet transitionnel et l'objet addictif, la personne dans sa tentative défensive, c'est-à-dire en addiction, elle essaie de trouver un objet transitionnel pour le rassurer, remplacer une séparation, et tout simplement jouer le rôle d'un objet transitionnel chez un enfant. Donc « Les

comportements addictifs sont ressenti comme obligatoire lorsque le sujet se sent seul (abandonné) la dépendance tente de maintenir l'illusion de la permanence d'un objet perdu, jamais intériorisé. (Refus de l'absence qui renvoie à la crainte du vide) ». (Teillard-Dirat, 2016, p. 5).

4.2. Théorie cognitivo-comportementale

Le modèle cognitivo-comportementale à son tour a donné une explication sur le processus et les mécanismes qui favorisent l'acquisition d'une addiction. En se focalisant sur le comportement observable qu'ils considèrent comme un mauvais apprentissage dû à la répétition de stimuli. Ainsi sur les processus mentaux et le système de traitement de l'information c'est-à-dire les cognitions. Le modèle comportemental fait référence à la contrainte et implique un apprentissage passif par continuité de stimuli (le stimulus de base entraînant la répétition du comportement) alors que le modèle cognitif prend en compte les processus mentaux (traitement de l'information, attribution d'un sens au vécu, transformation des informations en événements cognitifs) ». (Fernandez, Sztulman, 1998, p.47).

4.2.1. Le modèle comportemental

Les comportementalistes ou les behavioristes font référence aux théories d'apprentissage pour expliquer l'addiction comme un mauvais conditionnement.

Dans cette optique, on trouve premièrement le conditionnement classique (répondant), il a été fondé par I. Pavlov (1963) et il consiste à un déclenchement d'une réponse par association, c'est-à-dire cette réponse est un comportement répondant précédé par un stimulus.

Pour expliquer cela, I. Pavlov d'après son expérience sur son chien, évoque qu'il est possible d'obtenir une réponse conditionnelle par la baie de l'association répéter d'un stimulus neutre avec la présence d'un stimulus inconditionnel ; c'est-à-dire :

- Stimulus inconditionnel → réponse inconditionnelle (sans apprentissage)
- Stimulus conditionnel + stimulus inconditionnel → réponse inconditionnelle (lié à la présence de stimulus inconditionnel)
- Avec la répétition on arrive à obtenir la même réponse avec seulement le stimulus conditionnel.

« Par exemple, le stimulus conditionnel **allumette** peut être annonciateur de la présentation d'un stimulus conditionnel **cigarette** qui déclenche toujours la réponse conditionnelle **fumer**(allumette → cigarette → fumer). » (Fernandez, Sztulman, 1998, p.51)

Dans le cas d'une addiction comportementale telle que l'addiction aux écrans. L'écran est un stimulus inconditionnel pour le déclenchement de comportement qui est regarder un contenu. La personne peut associer dans la plupart du temps la faite qu'elle est allongée dans son lit quand elle pratique cette activité. Autrement dit ;

- Ecran (stimulus inconditionnel) → regarder un contenu (réponse inconditionnelle)
- Allongé dans un lit (stimulus conditionnel) + écran (stimulus inconditionnel) → regarder un contenu (réponse inconditionnelle).
- Allongé dans un lit → regarder un contenu (réponse conditionnelle)

Ainsi on peut appliquer ce principe sur d'autres situations qui provoquent une envie de manipuler un écran comme par exemple : pendant les repas, dans le bus, avant de dormir, etc.

Par la suite, B-F. Skinner (1971) a fondé le conditionnement opérant, et il met l'accent sur le rôle et l'importance de renforcement et la punition sur l'apprentissage et l'acquisition d'un comportement, car « le sujet a tendance à répéter les actions qui lui paraissent avoir des conséquences bénéfiques, ou alors

qui lui permettent d'échapper à certaines situations désagréables ». (Aubin, Skanavi, 2015, p. 2).

Donc, les renforcements sont la procédure qui a pour objet de modifier la fréquence d'apparition d'une réponse. Ils peuvent être positifs ou négatifs.

Le renforcement positif joue le rôle d'une récompense, d'un stimulus agréable comme conséquence de comportement de la personne. Et le renforcement négatif consiste la suppression d'un stimulus désagréable. Pour un seul objectif qui est renforcer l'action par ses conséquences et poussé la personne à l'augmentation de la production de l'action.

Dans le cas d'une addiction aux écrans. Il existe certains renforçateurs primaires, immédiates lié à cette pratique :

- Renforçateur positif : l'accès aux informations, un sentiment de plaisir, etc.
- Renforçateur négatif : un soulagement du sevrage, déstressé, etc.

Donc, cette pratique est renforcée ce qui explique le maintien de ce comportement chez la personne.

4.2.2. Le modèle cognitif

Les processus mentaux et le système de traitement de l'information signifie les cognitions de la personne. Ces cognitions d'après le modèle cognitif influencent aussi sur l'apparition d'un comportement addictif. Les cognitions désignent « La cognition est l'ensemble des processus mentaux relatifs à la connaissance tels que la perception, la mémorisation, le raisonnement, la résolution de problèmes et les processus de la pensée au repos. » (<http://www.psychomedia.qc.ca> , consulté le 05/02/2023).

Chaque personne est unique par ses cognitions, plus spécifiquement par son schéma cognitif, celui-ci représente le savoir, la vision que la personne possède de

monde extérieur et de la réalité concrète. Ce schéma dépend de l'histoire de sujet, ses croyances, sa culture, ses expériences.... Et il joue un rôle fondamental dans la compréhension de l'individu de son environnement mais aussi de sa propre personnalité (ses besoins ...).

Par ailleurs, parlant d'environnement, la vie quotidienne, scolaire ou professionnelle de l'individu est pleine d'obstacles, ce que ce modèle appelle « stimulus ». Celui-ci peut être externe c'est-à-dire provoqué par l'environnement ou interne comme les émotions (tristesse, colère, ...).

Pour les cognitivistes, la résolution de problème et l'interprétation de stimulus dépend de schéma cognitif de la personne. Alors dans le cas d'une addiction la personne présente un schéma dysfonctionnel qui l'emmène vers des idées automatiques par la suite à des envies compulsives et finalement un passage à l'action c'est-à-dire le comportement addictif.

Pour cela donc, le psychologue dans la prise en charge d'un patient toxicomane, il s'intéresse à trois dimensions ; son comportement, ses cognitions et ses émotions afin de modifier le comportement addictif et développer chez le patient une autorégulation pour éviter le risque de rechute mais surtout de substitution de symptôme.

D'après la revue de la littérature, un modèle plus générale, spécifique aux addictions reste à construire, en englobant la dimension biologique qui insiste sur le rôle de la dopamine, la dimension psychologique, et sociale, partant de l'idée que l'être humain est un être bio-psycho-social alors les facteurs de risques et les conséquences doivent avoir un aspect biologique, sociologique, et psychologique.« Un modèle général devrait pouvoir intégrer des propriétés biologiques du produit mais aussi les conditionnements, les apprentissages, les modélisations sociales, il devrait pouvoir permettre la pris en compte des données

cognitives mais aussi des données intrapsychiques plus profondes comme les affects, les complexes et les fantasmes ». (Fernandez, Sztulman, 1998, p. 49).

5. Recommandations du bon usage des écrans

Ces dernières décennies, les outils numériques font partie intégrante de la vie de l'individu, malgré ses effets néfastes que démontrent les études et signalent les nombreux chercheurs et spécialistes, mais l'écran fait irruption même dans la vie de la petite enfance, ce qui risque d'aggraver les dommages et d'influencer négativement le développement de l'enfant. Pour cela le Haut Conseil de Santé Publique en France (HCSP), La Société Canadienne de Pédiatrie (SCP), L'Académie Américaine de Pédiatrie (AAP), et plusieurs autres associations et organisme au niveau international élaborent des recommandations d'utilisation des écrans qui sont plus au moins différentes, mais pour le même objectif qui est de sensibiliser le consommateur aux effets néfastes de la surexposition aux écrans ainsi que d'aider les parents à savoir à quel moment introduire les écrans dans la vie de leurs enfants, et d'illustrer le bon usage en terme de temps d'écran. Parmi ces recommandations les plus recommander sont les balises des « 3-6-9-12 » de S. Tisseron, et « Les 4 pas » de S. Duflo.

5.1. Les balises des « 3-6-9-12 » de S. Tisseron

Ce sont des règles élaborées par le psychiatre S.Tisseron en (2008), qui sont dédiées aux parents comme repère pour mieux gérer la consommation des écrans de leurs enfants en fonction de leurs âges.

- D'après S.Tisseron, l'enfant moins de 3 ans n'a rien à apprendre en utilisant un écran, mais c'est bien le contraire, cela peut être considéré comme un usage précoce qui altère son développement. L'enfant à cet âge a plutôt besoin de jouer et d'interagir avec son environnement pour le découvrir, pour cela donc « mieux vaut éviter toute forme d'écran, sauf des logiciels de visio-téléphonie comme Skype et

encore, lorsque l'enfant peut y interagir avec une personne qu'il a l'occasion de côtoyer dans la réalité, ne serait-ce qu'épisodiquement ». (Tisseron, 2021, p. 25).

- Entre 3 à 6 ans, la console est interdite mais l'usage de certains écrans est toléré comme les DVD, qui sont même préférables que la télévision d'après S. Tisseron, mais la mesure de temps doit être limitée et fixé et l'enfant doit respecter les tranches d'horaires dont lesquelles l'utilisation des écrans est autorisé. Et cela sans abandonner évidemment les jeux traditionnels. Ajoutant à cela que dans cette tranche d'âge il ne faut pas acheter un support numérique (portable, tablette...) pour l'enfant car il devient délicat de contrôler son usage, donc les écrans doivent être familiaux et dans une pièce commune.

- De 6 à 9 ans, l'accès à internet est interdit, et vaut mieux que les parents parlent à leur enfant sur les dangers de cette dernière. Néanmoins, l'enfant dans cette période peut utiliser l'outil numérique pour la créativité mais toujours en gardant la mesure de temps. Et les parents peuvent commencer à discuter avec l'enfant sur l'âge dont ils vont lui offrir un portable, mais surtout lui parler aussi des conditions d'utilisation de celui-ci.

- De 9 à 12 ans, les réseaux sociaux sont interdits, mais l'enfant peut avoir son premier téléphone portable dès l'âge de 10 ans, alors que les parents essaient de retardé ce moment le plus longtemps possible, Et contrôlent toujours l'usage de leur enfant en terme de temps et de la qualité des contenus regarder, et les parents doivent aussi apprendre à l'enfant comment gérer sa consommation, c'est important aussi le fait de « lui apprennent les trois règles d'Internet pour se protéger : tout ce qu'on y met peut tomber dans le domaine public, tout ce qu'on y met y restera éternellement et il ne faut pas forcément croire tout ce que l'on y trouve ».(Tisseron, 2021, p. 27).

- Après l'âge de 12 ans, les parents doivent rester toujours présents, d'une part pour discuter sur les activités et le contenu visionné par l'enfant. Ainsi que d'élaborer le sujet de cyber-harcèlement et de la pornographie pour limiter les risques, et d'autre part pour assurer que l'enfant respecte la règle de temps d'écran.

5.2. Les « 4 pas » de S. Duflo

« Les 4 pas », est une méthode élaborée par S. Duflo, psychologue et membre du Collectif Surexposition aux Ecrans (CoSE), qui a pour objectif de souligner l'enjeu de la surexposition aux écrans et le considéré comme un problème de santé publique.

Cette méthode consiste à un ensemble d'attitudes que l'usager doit respecter pour éviter le risque d'une surexposition voire d'une addiction à l'écran. « Les 4 pas » signifient 4 temps sans écrans, qui sont : le matin, pendant les repas, avant de se coucher et aussi pas d'écran dans la chambre de l'enfant.

- Pas d'écran le matin, car les écrans sont des captures d'attention, et pour l'utilisateur, spécifiquement pour un enfant cela peut affecter sa scolarisation par la diminution de sa concentration en classe puisque « L'enfant qui regarde un écran le matin fatigue son système attentionnel avant d'arriver en classe. » <http://www.sabineduflo.fr/> , consulté le 20/03/2023.

Et cela explique par la suite l'apparition de certains comportements comme l'agitation, les oublis, etc.

- Pas d'écran pendant les repas, car l'attirance et l'occupation par l'écran empêche l'enfant de mener une discussion avec l'autre notamment ces parents. Et par conséquent un manque d'échange et de communication pour l'enfant est un facteur de risque pour son apprentissage et l'acquisition de langage.

- Pas d'écran avant de se coucher, vu les répercussions néfastes des écrans sur le sommeil. D'une part, la lumière bleue qui empêche la sécrétion de la mélatonine, et suite à cela l'utilisateur souffre des difficultés d'endormissement. Et d'autre part, la qualité de contenu regarder et les images visionnées notamment dans le cas d'un enfant, même si le contenu est adapté à son âge mais il ne permet

pas un état de calme pour le cerveau, et donc un sommeil perturbé et de moins bonne qualité.

- Pas d'écran dans la chambre de l'enfant, cette règle permet aux parents de mieux contrôler l'usage de l'écran de leur enfant, en termes de qualité c'est-à-dire d'interdire les contenus inappropriés, et aussi en termes de quantité et le temps autorisé pour l'enfant d'utiliser un écran.

Ces recommandations sont claires et simples mais pas si facile à mettre en œuvre, car pour éliminer les écrans de champ visuel de l'enfant, les parents doivent éteindre la télévision, stopper l'utilisation de leur smartphone, tablette, et tout sorte d'écrans quand l'enfant est présent dans la pièce. Ce qui signifie donc qu'un changement des comportements des adultes eux même est nécessaire pour assurer l'application de ces recommandations en premier lieu. Et en second lieu, l'adaptation de comportement des parents est primordiale car l'enfant apprend par imitation et les parents représentent l'image et le modèle que l'enfant suit et imite leurs comportements. Donc « l'emploi des écrans par un parent détermine les futures habitudes des enfants qui peuvent devenir sources de conflit ». (Dubois, 2020, p. 24). Sans oublier aussi les terribles inconvenants qui peuvent être causés dans le cas d'une technoférence parentale. Donc pour le bien-être de l'enfant, et à fin d'assurer l'application de ses recommandations et garantir une consommation saine et bénéfique pour l'enfant, le rôle des parents, des éducateurs est capital.

Synthèse

L'écran est conçu pour faciliter la vie de l'individu. Il se considère comme un outil extraordinaire et bénéfique dans les différents aspects. Néanmoins, son omniprésence le rend plus nocif qu'avantageux, à tel point qu'aujourd'hui la surexposition à l'écran fait l'objet d'un problème de santé publique.

Cette surexposition à l'écran est un nouveau fléau qui touche la société humaine en entière. Dans ce cas, la personne se sent incapable de gérer son temps d'écran,

alors qu'un recours abusif à la technologie numérique perturbe la façon de vivre, modifier les comportements et les manières d'agir de l'être. Surtout lorsqu'il devient addict, de ce fait il souffre d'une forme d'addiction comportementale.

Toutefois, l'existence d'un écran est devenue primordiale pour chaque personne, ainsi le respect des recommandations de son utilisation est extrêmement important pour éviter le risque d'une addiction avérée.

Aujourd'hui, de nombreux chercheurs, tirent la sonnette d'alarme compte tenu des multiples répercussions néfastes d'un tel usage sur l'être humain qu'il soit un enfant, un adolescent ou un adulte. Certains de ces effets sont démontrés par les recherches et d'autres sont actuellement en cours, comme c'est le cas pour l'autisme, qui fera l'objet du prochain chapitre.

Chapitre II

Trouble du Spectre de l'Autisme

(TSA)

Préambule

L'enfance est une période de la vie de l'être humain où il subit des changements et de transformations intenses. C'est la phase dont laquelle un développement dans plusieurs aspects doit se réaliser, notamment la motricité, les cognitions, les capacités de communication et l'établissement des relations sociales.

Néanmoins cette période de croissance peut être altérée par divers facteurs biopsychosociales, et par conséquent l'enfant peut présenter un développement pathologique qui s'explique par l'un des troubles envahissant de développement tel que l'autisme.

L'autisme ou Trouble de Spectre Autistique (TSA), est une entité clinique qui fait référence à des perturbations qui surviennent pendant la petite enfance et concernent l'ensemble du développement et du fonctionnement de l'enfant en particulier dans sa relation au monde. Il est considéré comme une pathologie neuro-développementale, précoce, durable et qui se manifeste principalement par l'altération de la communication et les relations sociales, ainsi qu'un caractère restreint et répétitif des comportements et des intérêts.

L'enfant autiste est souvent éloigné de son entourage social, car il n'arrive ni à s'exprimer ni à comprendre les codes sociaux, et il présente des déficiences relativement sévères. Donc c'est un trouble lourd et qui a des répercussions néfastes sur la vie personnelle, familiale et sociale de l'enfant.

1. Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) à travers l'histoire

Le terme « autisme » a été utilisé en premier temps par E. Bleuler, pour décrire une symptomatologie atypique de la schizophrénie décrite préalablement par le même auteur. Cette symptomatologie se caractérise principalement par la perte de contact avec la réalité, qui est un critère major de la schizophrénie, mais

ajoutant à cela le symptôme de repli sur soi du sujet atteint. Donc, il a introduit le concept « autisme » dans le but de spécifier cette catégorie des sujets schizophrènes, et jusqu'en (1943) ce trouble à un sens et une définition restreinte ; « l'autisme. Cette dernière, provenant du grec « autos » (soi-même) visait donc en premier lieu un champ très circonscrit : le symptôme secondaire de repli sur soi du sujet atteint de schizophrénie ». (Bemben, 2014, p. 2).

« En 1930, Mélanie KLEIN emploie le terme de « schizophrénie infantile » et décrit pour la première fois deux tableaux d'enfants présentant « un manque de contact affectif » ainsi que des « stéréotypies ». Descriptions par la suite identifiées comme similaires à l'autisme de KANNER. » (Clarenc, 2015, p.20).

En (1943), L. Kanner, a publié un article intitulé « Autistic disturbance of affective contact » (Les perturbations autistiques des contacts affectifs), dont le quel il a présenté les résultats de ses observations sur les enfants depuis (1938). Ces enfants présentent des problèmes de communication et un comportement de « repli sur soi », ainsi il a utilisé le terme « autisme infantile précoce » pour décrire ces symptômes observés chez ces enfants comme un trouble spécifique, et une entité clinique qui est loin d'être une manifestation associée à la schizophrénie.

L. Kanner dans sa description de ce tableau clinique propre à l'autisme infantile (devenant plus tard « autisme de Kanner ») il a distingué deux symptômes pathognomoniques qui sont l'aloneness ; qui signifie l'extrême solitude, et le sameness ; qui désigne le besoin d'immuabilité et qui se manifeste par une résistance au changement.

Une année plus tard, en (1944) H. Asperger a publié un article qui reste méconnu jusqu'en (1981) quand L. Wing y fera référence. Dans cette publication H. Asperger décrit la souffrance observée chez quatre enfants dont les signes se résument d'après cet auteur « d'un manque d'empathie, d'une

faible capacité à se créer des amis, d'une conversation unidirectionnelle, d'une intense préoccupation pour un sujet particulier, et de mouvements maladroits » (Bemben, 2014, p. 3). Et pour lesquels il donne l'appellation de « la psychopathie autistique » et devenant plus tard « autisme d'asperger ».

Concernant la reconnaissance de l'autisme dans la nosographie, « Ce n'est qu'en 1980 que "l'autisme infantile" et les troubles envahissants du développement (TED) ont fait leur apparition dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III) ». (Baghdadli et all, 2015, p.3). Par la suite, sa typologie et son appellation est modifié et évolué au fur et à mesure des mises à jour de cette classification, jusqu'aujourd'hui avec le DSM-5, et la CIM-11 l'appellation de « Trouble du Spectre Autistique (TSA) » supplante désormais celle de Trouble Envahissant de Développement (TED) qui a été utilisée auparavant dans le DSM-III-R, la CIM 10, le DSM-IV et le DSM- IV-R.

DSM-III (1980)	DSM-III-R (1987)	CIM-10 (1992)	DSM-IV (1994) et DSM-IV-R (2000)	DSM-5 (2013)	CIM-11 (2019)
Trouble global du développement (en 1983)	Trouble envahissant du développement (en 1992)	Trouble Envahissant du Développement (en 1993)	Trouble envahissant du développement (en 1996)	Trouble du Spectre Autistique (en 2013)	Trouble du spectre de l'autisme (en 2019)
Autisme infantile Syndrome complet Syndrome résiduel	Trouble autistique TED non spécifié	Autisme infantile Autisme atypique Syndrome de Rett Autres troubles désintégratifs de l'enfance Troubles hyperactifs avec	Trouble autistique Syndrome de Rett Trouble désintégratif de l'enfance Syndrome d'Asperger TED non spécifié (dont	Trouble autistique Troubles désintégratifs de l'enfance Syndrome d'Asperger Troubles du Spectre Autistique non spécifiés (TSA-NS)	Trouble du spectre de l'autisme sans trouble du développement intellectuel et avec une légère ou aucune altération du langage fonctionnel Trouble du spectre de l'autisme avec trouble du développement intellectuel et avec une légère ou aucune altération du langage fonctionnel Trouble du spectre de l'autisme sans trouble du développement intellectuel et avec altération du langage fonctionnel Trouble du spectre de l'autisme avec

		retard mental et stéréotypies	autisme atypique)		trouble du développement intellectuel et altération du langage fonctionnel
		Syndrome d'Asperger			Trouble du spectre de l'autisme avec trouble du développement intellectuel et absence de langage fonctionnel
		TED sans précision			

Tableau N° 2 : l'évolution du concept de l'autisme dans le DSM et la CIM.

2. Définition et classification de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA)

D'après la revue de la littérature, l'appellation de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) est de plus en plus utilisée dans la documentation scientifique de façon distincte ou interchangeable avec l'appellation de Trouble Envahissant de Développement (TED).

Le TSA est une pathologie neuro-développementale, précoce, globale et sévère. C'est un trouble qui touche plusieurs sphères de fonctionnement de l'enfant dès ses premières années, notamment la communication, les cognitions et la motricité. « Ce trouble global des modalités de relation du sujet avec autrui et le monde environnant, généralement constitué avant l'âge de trois ans, s'accompagne ainsi de difficultés caractéristiques du comportement avec des aspects paradoxaux, étranges, variables ». (Lenoir et al., 2007, p.11).

2.1. Selon la CIM-11

D'après la CIM-11 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « Les troubles du spectre de l'autisme se caractérisent par des déficits persistants dans la capacité à initier et à maintenir une interaction sociale réciproque et une communication sociale, et par un éventail de schémas restreints, répétitifs et inflexibles du comportement, des centres d'intérêt ou des activités qui sont clairement atypiques ou excessifs pour l'âge et le contexte socioculturel de l'individu ». (<https://icd.who.int/browse11/l-m/fr>, consulté le 26-03-2023).

La CIM-11 affirme aussi que ce trouble entraîne des déficits suffisamment sévères pour engendrer une souffrance et une difficulté plus au moins importante dans les différents aspects de la vie de la personne (personnel, familial, social, scolaire, professionnel, etc). Et elle distingue quatre catégories de cette pathologie en fonction des manifestations cliniques apparaissent chez l'enfant :

- 6A02.0 Trouble du spectre de l'autisme sans trouble du développement intellectuel et avec une légère ou aucune altération du langage fonctionnel.
- 6A02.1 Trouble du spectre de l'autisme avec trouble du développement intellectuel et avec une légère ou aucune altération du langage fonctionnel.
- 6A02.2 Trouble du spectre de l'autisme sans trouble du développement intellectuel et avec altération du langage fonctionnel.
- 6A02.3 Trouble du spectre de l'autisme avec trouble du développement intellectuel et altération du langage fonctionnel.
- 6A02.5 Trouble du spectre de l'autisme avec trouble du développement intellectuel et absence de langage fonctionnel.

1.2. Selon le DSM-5

Et selon le DSM-5 de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) sont définis par un ensemble de manifestations qui constituent la dyade autistique ;la communication et les relations sociales, ainsi que le comportement stéréotypie et les intérêts limités. « Les caractéristiques essentielles du trouble du spectre de l'autisme sont des déficits persistants de la communication sociale réciproque et des interactions sociales (critère A) et le mode restreint et répétitif des comportements, des intérêts et des activités (critère B). Ces symptômes sont présents depuis la petite enfance et limitent ou retentissent sur le fonctionnement de la vie quotidienne (critères C et D) ». (DSM-5, 2013, p. 59).

La manifestation clinique et la sévérité de ce trouble sont variables, pour cela les dernières versions de la nosographie parlent actuellement de troubles du spectre autistique afin d'illustrer cette variabilité clinique.

Le DSM-5 illustre cette variabilité clinique et regroupe les catégories de TSA notamment ; le trouble autistique, le syndrome d'asperger, les troubles

désintégratifs de l'enfance et les Troubles du Spectre Autistique Non Spécifiés (TSA-NS). Ainsi que « Le mot « spectre » fait référence au fait que pour chacun de ces troubles, le caractère adaptatif de l'individu peut être observé le long d'un continuum (allant de trouble sévère à trouble léger) ». (Cottraux et all, 2015, p. 255)

- Le trouble autistique : est connu sous l'appellation « Autisme » c'est le trouble le plus fréquent, et il se manifeste par les deux perturbations principales de la dyade autistique qui se réunies dans les trois premières années de la vie de l'enfant ; la communication et les relations sociales ainsi que le comportement et les intérêts limités.

- Le syndrome d'asperger : comme le trouble autistique, les enfants atteints de ce syndrome présentent des difficultés au niveau du fonctionnement social, ainsi que les activités et intérêts restreints et répétitifs sont également présents. « Il se différencie de l'autisme essentiellement par le fait qu'il ne s'accompagne pas d'un déficit ou trouble du langage, ou du développement cognitif ». (Cottraux et all, 2015, p. 255).

- Les troubles désintégratifs de l'enfance : dans ce cas les signes cliniques apparaissent après trois à quatre ans de développement normal, où l'enfant subit une désintégration et une régression rapide de ses capacités langagières, motrices et de ses compétences sociales, avec l'apparition des comportements restreints et répétitifs. Les symptômes sont alors semblables à ceux de trouble autistique.

- Les Troubles du Spectre Autistique non spécifiés (TSA-NS) : dans cette rubrique les symptômes autistiques sont présents chez l'enfant, mais pas suffisamment pour poser le diagnostic TSA.

Le DSM-5 admet que les sujets diagnostiqués auparavant par le trouble autistique, le syndrome d'Asperger ou le trouble envahissant du développement non spécifié doivent recevoir un diagnostic de Trouble du Spectre de l'Autisme

(TSA), car ces catégories ne représentent pas des syndromes spécifiques, mais plutôt un continuum de faible à sévère, ainsi « la sévérité repose sur l'importance des déficits de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs ». (DSM-5, 2013, p. 56).

3. La dyade autistique

La triade autistique (l'altération de la communication, difficulté dans les relations sociales et les comportements stéréotypés) se transforme en dyade autistique avec l'apparition de DSM-5, et il s'agit de déficit de la communication et des relations sociales, ainsi que d'un caractère restreint et répétitif des comportements et des intérêts.

3.1. Déficit de la communication et des relations sociales

La communication est un moyen avec lequel l'individu puisse échanger et exprimer ses besoins, ses idées et ses désirs. Dans le cas de développement normal, l'enfant commence à communiquer après quelque mois de sa naissance, il découvre la communication non- verbale (il pointe les objets, il sourit,...) avant de découvrir et d'acquérir la communication verbale vers l'âge de 2 ans.

Néanmoins, cette capacité est altérée chez l'enfant autiste, « Il existe un retard d'acquisition du langage. Certaines personnes autistes n'atteignent jamais le niveau de l'expression verbale (50 %). » (Rogé, 2008, p. 26). De ce fait, l'enfant autiste n'arrive pas ou peu à s'exprimer ni à comprendre le langage verbal mais aussi le langage non verbal. Et l'altération de ce dernier se manifeste par :

- Le regard ; l'enfant présente un regard périphérique et le contact oculaire est généralement absent.
- L'expression faciale notamment le sourire et les mimiques sont appauvries ou exagérées, et généralement elles ne sont pas adressées aux

personnes, mais plutôt aux objets. Ces mimiques ne transmettent pas un sens communicatif avec l'autre, l'enfant peut sourire en regardant un objet quelconque et ne pas sourire à la personne qui lui parle.

- L'expression gestuelle telle que le pointage de doigt ; sont aussi appauvries, et rarement utilisé pour attirer l'attention des proches et exprimé un besoin, « L'enfant autiste peut en revanche « instrumenter » le corps de ses parents, sans les reconnaître en tant que personnes, pour leur faire apporter le jouet qu'il désire, mais cela se fait sans interaction interhumaine. L'adulte n'est que machine à pourvoir ce qu'il voit ». (Broca, 2017, p.229).

D'autre part, concernant le langage verbal, il se développe souvent tardivement, et il comporte des anomalies du rythme, de l'intonation et du volume. Ainsi qu'une utilisation inadéquate et l'inversion des prénoms personnels. Ajoutant à cela que l'enfant autiste peut exprimer un langage inadapté au contexte et ne contient pas un sens communicatif comme c'est le cas de l'écholalie. Qui signifie une répétition de mots ou de phrases ou une sonorité qu'il vient d'entendre immédiatement, donc c'est une écholalie immédiate. Ou des fragments qu'il a déjà entendus auparavant et qui ont capté son attention, dans ce cas c'est une écholalie déférée.

L'enfant avec un fonctionnement autistique a des difficultés dans les relations sociale et aura tendance à s'isoler, et cela s'explique par une faible compréhension de l'autre, de ses expressions et ses codes sociales. « L'enfant autiste est plus intéressé par les objets que par les personnes. Il ne présente pas ce sentiment d'empathie, c'est-à-dire de reconnaissance qu'autrui est un humain, ni d'ailleurs lui-même puisqu'il peut ne pas du tout réagir en se voyant dans la glace ». (Broca, 2017, p.229).

Les études illustrent que les compétences sociales les plus altérées touchent la communication interpersonnelle, l'évaluation des réactions affectives d'autrui et

l'expression de ses propres sentiments. Et ce déficit peut être lié à une impuissance à comprendre et décoder les comportements sociaux par la personne autiste, comme le témoigne J. Sinclair, qui est le premier militant historique des droits des personnes autistes, et ayant lui-même reçu un diagnostic d'autisme, il déclare que « les interactions sociales incluent des choses que la plupart des gens connaissent sans avoir à les apprendre. J'ignore comment faire cela. Je ne sais même pas quand je devrais essayer de le faire. Les gens semblent s'attendre à ce que je les remarque et entre en relation avec eux, qu'ils soient n'importe qui, simplement parce que cela se présente. Mais je ne sais pas comment ni pourquoi leur parler. Cela ne signifie pas pour autant que je sois indifférent. Je ne suis pas conscient des indices sociaux, ou, si parfois je les remarque, je ne sais pas ce qu'ils signifient. Et même si je peux dire ce qu'ils signifient, je ne peux pas savoir comment y réagir. » (Tardif, Gepner, 2003, p.82).

3.2. Un caractère restreint et répétitif des comportements et des intérêts

Les enfants atteints d'autisme ont une préoccupation excessive pour un ou plusieurs centres d'intérêts restreints et stéréotypés qui peuvent être motrices du corps, appelés le flapping comme l'agitation des doigts devant les yeux. Ainsi que à des activités et des jeux inhabituels comme le fait de ; toucher une poignée de porte, l'ouvrir et la fermer des dizaines de fois, allumer et éteindre la lumière, etc.

Aussi, ils sont généralement intéressés par certains objets ou partie de ses objets qui attirent leur attention et ils les utilisent dans des activités répétitives comme les objets ronds que l'enfant fait tourner (la roue de la petite voiture).

En plus, ils présentent une grande immuabilité et une forte résistance aux changements. « Les changements sont mal supportés et l'enfant affectionne les activités routinières. Il peut insister pour utiliser le même itinéraire ou pour que

l'on fasse les choses de la même manière. Des rangements ou alignements d'objets sont aussi observés. » (Rogé, 2008, p. 27-28).

4. Démarche du diagnostic de TSA

Le TSA est un trouble d'apparition très précoce, sa symptomatologie apparaît généralement avant 3 ans, mais les études affirment qu'un diagnostic précoce peut être établi vers l'âge de 18 mois, et le dépistage des indicateurs et des signes de TSA est crucial. « L'importance que le dépistage soit effectué rapidement après l'apparition des premiers signes tient à son but : permettre d'organiser précocement la prise en charge, éducative et thérapeutique, de l'enfant et l'accompagnement des parents dans cette démarche mais aussi éviter le surhandicap ». (Schauder et al, 2007, p.333).

L'enfant présente une altération plus au moins complexe de son développement fait souvent l'objet d'inquiétude de ses parents, ce qui nécessite une consultation chez un spécialiste afin de les soulager, de trouver des explications ou de confirmer leurs hypothèses ; car l'autisme est de plus en plus fréquent, connu et les parents peuvent repérer ses premiers signes précocement.

Néanmoins l'établissement d'un tel diagnostic qui peut bouleverser la vie familiale est basé essentiellement sur les données de l'entretien avec les parents, l'observation de comportement et les tests psychométriques car « Il n'y a pas de test diagnostique biologique, génétique notamment, ni radiologique de l'autisme. Le diagnostic est établi cliniquement par une évaluation multidisciplinaire recouvrant habituellement des examens clinique, psychologique, psychomoteur et orthophonique. » (Baghdadli et al, 2015, p.16)

Donc le diagnostic de TSA nécessite l'accomplissement d'une démarche diagnostic qui consiste à se référer à une classification, évaluer les capacités de l'enfant et ainsi de chercher l'existence éventuelle d'une pathologie associée.

4.1. L'établissement du diagnostic nosologique

C'est-à-dire en premier lieu de faire référence à la nosographie, tel que le DSM-5, qui décrit les critères diagnostic dans une approche athéorique. Ainsi que la catégorisation de signes repérés par le spécialiste dans un tableau clinique propre à une entité pathologique.

Donc, cela permet au clinicien de classer la déficience de l'enfant dans la catégorie qui reflète au mieux sa souffrance, en éliminant l'hypothèse d'existence d'autres pathologies qui ont une symptomatologie proche à celle observé chez le patient. Ce qui signifie qu'un diagnostic différentiel doit être effectué. J. cottraux et al (2015) déclare que « En parlant d'autisme, on indique tout simplement que l'on ne sait pas de quoi l'enfant est atteint. Il faut écarter d'abord un grand nombre de possibilités génétiques, métaboliques ou infectieuses pour parler alors de troubles envahissants du développement. » (Cottraux et al, 2015, p.23).

Les manifestations de TSA sont variables, et se diffèrent d'un enfant à un autre. Certains enfants peuvent présentés des traits autistiques comme l'isolement, la perturbation de communication ou autres, mais ils ne présentent pas suffisamment de critères pour poser le diagnostic TSA. Dans ce cas le DSM-5 présente un ensemble de troubles qui peuvent être à l'origine de la souffrance de l'enfant et dont le spécialiste doit faire la distinction avec le TSA, qui sont : le syndrome de Rett, le mutisme sélectif, les troubles du langage et trouble de la communication sociale (pragmatique), l'handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) sans trouble du spectre de l'autisme, les

mouvements stéréotypés, le déficit de l'attention/hyperactivité, et la schizophrénie.

4.2. L'établissement du diagnostic fonctionnel

C'est-à-dire, une évaluation globale des répercussions de trouble et le degré de l'altération de fonctionnement de l'enfant ; qui intègre la communication et le langage, l'interaction sociale, les cognitions, la motricité et le comportement.

Le spécialiste en utilisant des outils psychométriques, et à l'aide des personnes proches de l'enfant (parents, éducateurs, enseignants...) doivent évaluer les capacités, et l'autonomie de l'enfant pour préciser la sévérité de l'autisme.

D'après le DSM-5, « La sévérité repose sur l'importance des déficits de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs. » (DSM-5, 2013, p. 56). Ainsi cette classification distingue 3 niveaux de sévérité, de moins au plus grave, et en fonction de la gravité de déficience et les spécificités de l'enfant qu'une prise en charge et un programme thérapeutique sera proposé.

4.3. La recherche de pathologies associées

Les manifestations cliniques de ce trouble neuro-développementale peuvent être présentent dans des combinaisons variées et s'accompagnent parfois d'autres troubles. « Parmi les caractéristiques cliniques le plus fréquemment associées à l'autisme, on retrouve les retards mentaux (75 % des cas ont un QI inférieur à 70), l'épilepsie (30 % des sujets autistes) et la macrocéphalie (20 % des autistes). » (Baghdadli et al, 2015, p. 12).

Ajoutant à cela les anomalies génétiques tel le syndrome de l'X fragile, et plusieurs troubles psychiatriques ou du neuro-développement sont fréquemment

associés dont la prévalence varie en fonction de la sévérité de TSA, il est donc recommandé qu'un certain nombre d'examen soient proposés.

5. L'enfant autiste au sein de la famille

Avoir un enfant atteint de TSA est un défi et peut entraîner un bouleversement dans la vie de la famille en entière. A partir de jour de l'annonce de diagnostic, les parents et la fratrie vont commencer une aventure plus au moins délicate en fonction de la sévérité de trouble, de fonctionnement familial ainsi que de soutien social.

L'annonce de diagnostic lui-même est une situation problématique car il peut être considéré comme un événement traumatique susceptible de déclencher diverses réactions pathologiques souvent lié à l'inquiétude des parents sur l'avenir de leur enfant. Et donc un travail de deuil est nécessaire afin d'accepter un enfant particulièrement différent et qui a besoin d'une éducation spécifique.

Avoir un enfant autiste qui nécessite des soins particuliers plus au moins complexes et compliqué à réaliser par les parents, peut les mettre dans une situation de stress difficile à gérer, et dont les conséquences sont généralement néfastes sur tous les membres de la famille, car ce stress peut-être à l'origine de l'apparition de plusieurs troubles, et des conflits familiaux. Les auteurs affirment que « Le niveau de stress des parents d'enfants avec TSA apparaît supérieur à celui observé chez des parents d'enfants du même âge atteints d'autres handicaps. »(Baghdadli et al, 2015, p. 19). Cela s'explique d'une part par la lourdeur des tâches à réaliser pour répondre aux besoins de l'enfant. Et d'autre part par la complexité de la prise en charge, les problèmes financiers, et le regard de l'entourage social.

Les caractéristiques de fonctionnement autistique sont relativement intenses en fonction de sa sévérité, et aussi des pathologies associées. L'enfant présente

généralement des difficultés d'apprentissage, des comportements stéréotypés, de l'auto-agressivité accompagné de l'altération de la communication et des relations sociales et un manque d'autonomie. Donc, les parents doivent réajuster leurs habitudes pour accompagner l'enfant dans sa démarche thérapeutique et s'adapter à cette situation, ce qui peut être au détriment de temps consacré pour eux même (loisir, sommeil ...) et celui des autres enfants. S.Fisman et M.Steele (1996) déclarent que « la surcharge quotidienne de travail et de soins accroît la fatigue, entraîne de l'irritabilité, voire de la dépression, ce qui limite la disponibilité des parents pour les autres enfants et leur propre couple.» (Sénéchal, Rivières-Pigeon,2009, p.246). Plusieurs mères d'enfant autiste abandonnent même leurs vies professionnelles pour se consacrer à leurs enfants et à la satisfaction de leurs besoins.

De plus, un regard de stigmatisation de l'entourage sociale envers les parents d'un enfant autiste peut renforcer leur souffrance et être à l'origine d'un sentiment de honte et de culpabilité et donc la qualité de vie de cette famille sera généralement affecter et les parents peuvent vivre une détresse particulière, de fait que l'entourage social peut jouer un rôle crucial pour le bien-être ou le mal-être des individus, dont les parents des enfants autistes, en fonction de son soutien ou sa stigmatisation.

C'est important de souligner aussi que tous les parents ne réagissent pas de la même façon, plusieurs facteurs influencent la réaction de la famille et ses capacités d'adaptation, et essentiellement la culture des parents (croyances, religion...).

D'après plusieurs études, l'aspect socioculturel est un élément déterminant dans l'acceptation des parents de leur enfant autiste, mais aussi dans le choix thérapeutique. Une recherche mené par I. Ben-Cheikh et C.Rousseau (2013) sur les croyances et les choix thérapeutiques de dix parents immigrants originaires

du Maghreb et ayant un enfant diagnostiqué avec un trouble du spectre autistique au Québec. Leurs résultats montrent que ces parents croient aux explications étiologiques d'ordre biomédicales, religieuses et traditionnelles. Et par conséquent ils font appel à la fois à tous les modèles thérapeutiques qui sont compatibles avec ces systèmes explicatifs. De ce fait ces auteurs affirment que « la religion joue un rôle particulièrement important dans l'acceptation de la condition de l'enfant. Une ouverture et un respect face aux croyances des parents et leurs choix thérapeutiques sont des éléments-clés pour faciliter l'alliance avec ces derniers. » (Lamouchi Chebbi, 2021, p. 143.).

6. L'enfant autiste au sein de l'école

Comme tous les enfants handicapés, l'enfant autiste a le droit d'intégrer le milieu scolaire et de bénéficier d'une scolarité ordinaire à condition qu'elle soit possible pour l'enfant ; c'est-à-dire l'enfant doit acquérir d'abord certaines capacités et atteindre le développement d'un enfant neurotypique. Car l'école représente un environnement social stimulant et face à ses perturbations et aux manifestations de trouble de spectre autistique, cette scolarisation peut devenir un enfer pour l'enfant.

L'inclusion de milieu scolaire est fortement souhaitée par les parents d'un enfant autiste, et leur premier objectif est souvent la socialisation, car cette scolarisation va permettre à l'enfant non seulement d'accéder aux apprentissages, mais aussi de développer ses capacités sociales. Cependant cela nécessite des aménagements de la part de l'école pour assurer le mieux-être de l'enfant autiste.

En effet c'est à l'établissement scolaire de s'adapter aux besoins spécifiques de l'enfant et non pas à l'enfant de s'intégrer dans le milieu scolaire tel qu'il est. Pour cela plusieurs auteurs aujourd'hui parlent d'inclusion scolaire et non pas d'intégration. La différence entre les deux concepts est que le premier signifie que c'est l'établissement qui fait l'effort pour répondre aux besoins de l'enfant,

alors que le seconde signifie que c'est l'enfant qui doit faire l'effort de s'adapter au milieu scolaire. Néanmoins « Concernant l'école publique algérienne, on peut à peine parler d'intégration. Le gouvernement, doit d'abord améliorer le dépistage, le suivi et la prise en charge des personnes autistes » (Allal, 2021, p.50).

En Algérie, plusieurs parents d'enfant autiste éprouvent des difficultés à inclure leur enfant dans un établissement scolaire publique ou privée, notamment en termes de moyen financiers, car ils sont souvent contraints à payer eux-mêmes un salaire à l'Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) de l'enfant. En plus, « Plusieurs familles ont été ainsi victimes de manipulation des responsables des établissements scolaires et de la procrastination des services concernés par l'éducation en Algérie. » (Allal, 2021, p.49).

7. Réflexion sur le terme "autisme virtuel"

Ces dernières années les chercheurs soulèvent la question de la surexposition aux écrans comme facteur de risque de l'apparition des comportements autistiques chez l'enfant.

En premier temps, A-L. Ducanda, médecin de la Protection Maternelle Infantile (PMI) et fondatrice de Collectif Surexposition écrans (CoSE), a diffusé une émission télévisée en (2017) en collaboration avec I.Terrasse, qui s'intitule : « les écrans : un danger pour les enfants de 0 à 4 ans », dans le but d'alerter les parents, les professionnels et les pouvoirs publics sur les conséquences graves de la surexposition aux écrans de l'enfant de 0 à 4 ans particulièrement le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA).

Dans cet appel, A-L. Ducanda souligne que, « les émissions de télévision pour enfants apprennent à l'enfant à répéter des mots sans savoir ce que les mots signifient. Un enfant peut compter, mais il ne sait pas ce que signifient les chiffres. Par exemple, l'enfant peut répéter le chiffre trois. Mais si vous demandez à l'enfant : "Donnez-moi trois crayons", l'enfant ne peut pas le faire.

Lorsqu'on lui montre une photo et qu'on lui pose une question comme "Que fait la petite fille ?" l'enfant fait simplement écho aux mots "Que fait la petite fille ?" au lieu de répondre à la question ». (<https://www.pacensure.com>, consulté le 05/05/2023).

Elle évoque que d'après ses observations, la grande majorité des enfants diagnostiqués avec le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) sont surexposés précocement aux écrans, ainsi un arrêt total de l'utilisation de ces écrans mène à une progression remarquable voire à une disparition totale des symptômes en seulement quelques mois.

De ce fait, cette spécialiste déclare clairement qu'une surexposition précoce aux écrans de l'enfant peut être à l'origine de l'apparition d'une symptomatologie similaire au TSA, donc caractérisée par les troubles de communication (écholalie), l'altération des relations sociales, les comportements stéréotypés, agressifs, etc. Le terme pour ce phénomène est "l'autisme virtuel" qui représente pour le CoSE, un faux autisme secondaire (à la surexposition) aux écrans. Or, cette expression "d'autisme virtuel" est inventée par le psychologue clinicien roumain, M. Zamfir. Ce clinicien a mené une étude longitudinale en Roumanie visant à comparer les enfants diagnostiqués TSA entre (2012) et (2017), suivant au cours de leur traitement thérapeutique, en fonction de leur exposition à l'environnement virtuel entre 0 et 3 ans. « Les enfants diagnostiqués TSA ayant présenté de leur histoire d'anamnèse une consommation moyenne de plus de 4h/jour d'environnement virtuel évolue plus favorablement au processus thérapeutique par rapport aux enfants diagnostiqués TSA non exposés ». (Reynaud, 2018, p. 27).

Ajoutant à cela, ces chercheurs ont fait une association entre l'augmentation fulgurante de l'autisme et la révolution numérique, du fait que cette augmentation est uniquement dans tous les pays riches, alors que les pays qui n'ont pas connu la révolution numérique n'aient pas connu d'augmentation exponentielle des diagnostics d'autisme parce que leurs jeunes enfants ne passent

pas de temps devant les écrans. A-L Ducanda déclare même dans son émission qu'après que ses patients "autistes" aient passé un mois en Afrique, sans écrans, ils sont revenus sans aucun symptôme.

Il est également important d'ajouter que ce terme "d'autisme virtuel" fait débat dans la communauté scientifique, et A-L. Ducanda déclare que l'accent doit être mis sur le phénomène lui-même au tant que problème de santé publique majeur peu importe soit son appellation, en disant : « Il faut savoir que beaucoup de parents qui viennent me voir avec leur enfant arrivent très souvent avec une suspicion "d'autisme" après avoir consulté internet ou des professionnels qui s'occupent de l'enfant. Ils me disent que leur enfant est surexposé aux écrans mais que personne ne leur a posé la question. Il faut donc différencier les enfants surexposés aux écrans des enfants autistes. Je propose avec le professeur Daniel Marcelli, président de la Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, le terme EPEE : Exposition Précoce et Excessive aux Écran. Indépendamment de la terminologie, il faut s'intéresser à la réalité du phénomène. Dès le début, j'ai appelé à plus de recherches sur le sujet. On peut améliorer la vie de très nombreuses familles, c'est de notre devoir d'agir en ce sens ». (<https://www.liberation.fr/> consulté le 05/05/2023).

8. Principales théories explicatives de TSA

L'autisme est un trouble d'origine multifactoriel, plusieurs modèles théoriques différents, voire opposés, proposent des hypothèses étiologiques et des explications de fonctionnement pathogène d'un enfant autiste.

8.1. Théorie psychanalytique

D'après la revue de la littérature, certains de ces modèles explicatifs sont dominant, comme c'est le cas du modèle psychanalytique qui a marqué l'histoire de ce trouble, en étant une référence capitale pendant plusieurs décennies.

En psychanalyse souvent le terme utilisé c'est « psychose autistique », ainsi « les psychanalystes abordent généralement l'autisme infantile à travers le concept clé de « défense », et pour eux, l'autisme est une psychose. » (Tardif, Geoner, 2003, p. 71).

D'après ce modèle, l'étiologie repose essentiellement sur les interactions précoces entre le bébé et sa mère. Ces interactions ont largement été étudiées par les psychanalystes d'enfants ; notamment M. Klein, M. Mahler, F. Tustin, D. Meltzer,... . Mais les avancés de B. Bettelheim semble être les plus connus du fait de leur succès massif à l'époque.

B. Bettelheim, par sa pratique, ses observations et son expérience des camps de concentration, déclare que le repli autistique de l'enfant ressemble à celui de certains déportés plongés dans l'univers concentrationnaire hostile, qui est considéré comme une réaction face à un environnement désespérant et qui représente une situation extrême.

Donc, pour cet auteur, il découle que si l'enfant est autiste, c'est qu'il a reçu de ses parents, et surtout sa mère, des messages inconscients si hostiles, ou si froids, d'où le terme « mère frigidaire » ou « mère froide ».

Cette mère froide dans les interactions avec son enfant, qui ne répand pas ou peu à ses besoins, c'est une mère qui n'est pas suffisamment bonne, et pas compétente. B. Bettelheim postule que « les enfants autistes ont dû être également soumis (par insuffisance de protection psychique maternelle) à des menaces de perte et d'abandon les obligeant à se replier sur eux-mêmes dans une *«forteresse vide»*. » (Lenoir et al, 2015, p.115.)

Donc, cet auteur, accuse les parents et plus spécifiquement les mères d'avoir confronté leurs enfants dans une étape critique de leur développement à cette situation extrême qui est l'origine de l'apparition de la symptomatologie autistique. Donc par conséquent, « l'enfant autiste désinvestirait le monde

extérieur, se replierait sur lui-même, éviterait toute action susceptible d'entraîner pour lui de la frustration ou du plaisir, consacrerait toute son énergie à oblitérer les stimuli extérieurs, et vivrait toute intrusion dans son monde intérieur comme une menace de rupture, ou de destruction. » (Tardif, Geoner, 2003, p. 72).

De ce fait, partant de l'idée que la cause de l'autisme est un environnement familial défavorable notamment la relation avec la mère, donc la prise en charge proposée pour ces enfants est le traitement résidentiel, qui s'est largement répandu à travers le monde à cette époque. Mais plusieurs spécialistes ont critiqué cette approche pour ses répercussions dramatiques sur les familles d'enfant autiste, et de son effet culpabilisateur sur les mères, en les rendant victimes d'une double peine.

8.2. Théorie cognitive

Dans le cas d'un fonctionnement équilibré, l'enfant apprend à partir de son environnement et interagit avec lui, car il possède un niveau de pensée lui permettant d'acquérir les principaux concepts et codes sociaux de son environnement.

Dans cette optique, l'accent est mis sur la compréhension des relations sociales pour un autiste sous l'appellation de « déficit en théorie de l'esprit ».

La théorie de l'esprit concerne la capacité de l'enfant à comprendre son propre fonctionnement mental et celui des autres personnes. Autrement dit, c'est la capacité de l'enfant à comprendre que les états mentaux ; c'est-à-dire les croyances, les émotions, les désirs, les intentions, influencent et impactent le comportement de la personne. Ainsi le terme « théorie » est utilisé, car ces états mentaux ne sont pas directement observables et cette capacité peut être un moyen pour prédire relativement les comportements des autres.

Le développement et l'acquisition de cette capacité cognitive se fait progressivement et en deux niveaux, « Le premier niveau est l'habileté à attribuer à autrui des états mentaux en fonction d'un événement objectif. Ce niveau est présent chez l'enfant vers l'âge de quatre ans (Leslie, 1987 ; Wimmer et Perner, 1983). Le deuxième niveau est l'habileté à juger les états mentaux d'une autre personne selon les états mentaux d'une tierce personne en fonction d'un événement objectif (Baron-Cohen, 1989b). Ce second niveau d'attribution de l'esprit est atteint par l'enfant vers l'âge de six à sept ans (Baron-Cohen, 1989a) ». (Poirier, 1998, p.116).

Dans le cas d'un enfant autiste plusieurs auteurs défendent l'hypothèse de l'altération de la théorie de l'esprit, car les enfants autistes montrent une incapacité d'attribuer à autrui des intentions, souhaits ou croyances. Plusieurs études basées sur les tests portant sur la théorie de l'esprit, ont été effectuées auprès d'enfants autistes, ont montré la difficulté de ce dernier à prendre en compte ce qu'une autre personne espère, sait, ignore, croit, surtout lorsque cette croyance est erronée. Donc, « cette théorie prétend que, la plupart du temps, les personnes avec autisme reconnaissent bien les auteurs comme des individus, mais ne reconnaissent pas que ceux-ci ont également un esprit unique et différent de leur, un esprit indépendant. » (Vermeulen, 2011, p.18).

D'après la revue de la littérature, il semble que les études effectuées sur la théorie de l'esprit aient apporté certains points permettant de comprendre les déficits cognitifs des enfants autistes, et la théorie cognitive gagne de plus en plus de terrain. Cependant, un déficit ou un retard sévère dans le développement de la théorie de l'esprit n'est pas une caractéristique typique d'un fonctionnement autistique, et les personnes autistes ne présentent pas tous une déficience importante dans ce domaine. A cet instar, « En particulier les jeunes et les adultes de haut niveau peuvent parfois obtenir des résultats excellents à des tests portant sur la théorie de l'esprit... Ainsi, être doté d'une théorie de

l'esprit ne garantit aucunement des contacts sociaux normaux : des personnes avec autisme de haut niveau qui obtiennent de bons résultats dans les domaines de la théorie de l'esprit et lors d'autres tests sociocognitifs rencontrent, au quotidien, d'importants problèmes dans leurs contacts avec les autres. » (Vermeulen, 2011, p.19-20).

8.3. Neurosciences

L'anatomie du cerveau des personnes TSA a d'abord été considérée normale, mais ces dernières décennies plusieurs auteurs supposent un dysfonctionnement cérébral et donc l'existence d'une cause organique de Trouble du Spectre Autistique (TSA), grâce au développement de l'imagerie cérébrale notamment l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) et de l'imagerie fonctionnelle.

En effet, ces techniques récentes permettent une analyse anatomique fine des images obtenues, et donc elles ont permis de comprendre certains marqueurs et anomalies cérébrales présentes chez les patients autistes.

Ces marqueurs concernent essentiellement le processus émotionnel, cognitif et perceptif. D'après la revue de la littérature, la plupart des études sur le TSA convergent pour établir l'existence d'anomalies dans les régions du « cerveau social », impliqué notamment dans la perception et la cognition sociale, il désigne donc l'ensemble des compétences neurophysiologiques nécessaires pour vivre en société ; réaliser des échanges interactionnels et ressentir de l'empathie.

Cette région cérébrale inclut la zone de l'amygdale et plus globalement le circuit appelé système limbique impliqué dans la régulation des émotions, la zone des neurones miroirs impliqué dans l'imitation, l'empathie et l'apprentissage. Ainsi que le cortex préfrontal qui désigne la zone responsable du traitement cognitif, attention, motivation et jugement.

A propos de ces anomalies les études déclarent leur existence précocement dans la période prénatale, et dans diverses régions cérébrales ; « aires frontales plus volumineuses que la moyenne, neurones des aires limbiques (mémoire et émotions) plus petits et plus nombreux, défaut de développement d'une partie du cervelet, le vermis. » (Yvon et al, 2014, p.41). Ajoutant à cela, « des sujets de sexe masculin atteints d'autisme, sans épilepsie présentent un développement anormal de l'amygdale. Une taille supérieure de l'amygdale est observée dans l'enfance, et un nombre réduit de neurones à l'âge adulte ». (Rogé, 2008, p. 65).

De plus, certaines études se sont focalisées sur la reconnaissance de la voix humaine par la personne autiste, ont démontré que la zone responsable de la perception de la voix humaine ne s'active pas chez certains autistes lorsqu'ils écoutent une personne par rapport à un groupe témoin.

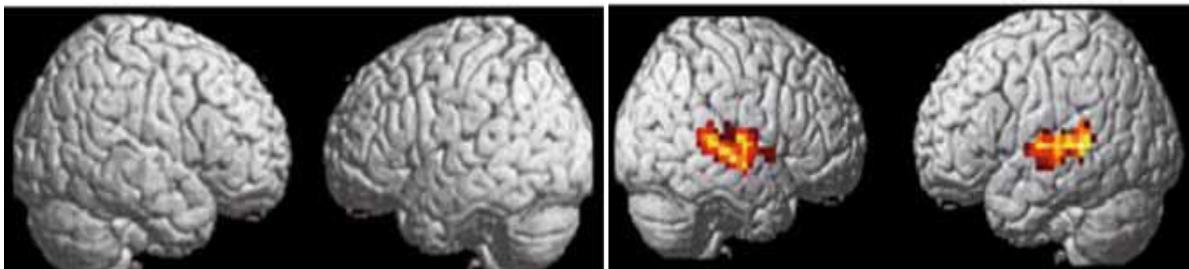


Figure 1 : activation de la zone cérébrale impliquée dans la reconnaissance de la voix humaine chez le groupe témoin (à droite), pas d'activation de cette zone chez le groupe atteint de troubles du spectre autistique (à gauche). (Dardel et al, 2012, p.17).

Synthèse

Pour synthétiser, le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) représente une pathologie complexe et lourde, du fait qu'il affecte plusieurs sphères de développement chez l'enfant, notamment le comportement, la communication et les interactions sociales. Ainsi, il peut varier considérablement en termes de gravité et de symptômes, les enfants TSA peuvent avoir des difficultés à

comprendre les normes sociales et les signaux non verbaux, à communiquer verbalement et non verbalement, à interagir avec les autres et à jouer.

De ce fait, le TSA peut avoir des impacts significatifs sur la vie personnelle, familiale, scolaire ou professionnelle de la personne atteinte ainsi que celle de leur entourage. Donc, une intervention appropriée, le soutien familial et communautaire sont cruciaux afin de l'aider à développer ses compétences, ainsi qu'à réduire l'isolement social, la stigmatisation afin de mener une vie épanouissante et productive.

Problématique et hypothèse

Problématique et hypothèse

Ces dernières décennies, on assiste à une montée en puissance et à une croissance importante des nouvelles technologies numériques, requérant l'utilisation des smartphones, des tablettes électroniques, des ordinateurs, des consoles de jeux, etc.

Ces supports numériques peuvent être clairement considérés comme l'innovation de siècle, car ils sont devenus omniprésents dans la vie de l'individu, et s'avèrent indispensables pour la réalisation de la plupart des activités quotidiennes. Comme ces objets sont des moyens de communication, ils rapprochent les gens les uns des autres, favorisent le partage de l'information à la vitesse de la lumière, et constituent des outils extraordinaires d'apprentissage.

Alors, ces supports numériques munis d'un écran ont envahi la sphère professionnelle, sociale, familiale et personnelle, et ils sont, même, devenus des éléments considérables dans la vie des individus. Et par conséquent, cela a contribué fortement à une modification, voire un bouleversement, dans le rythme de vie de l'être humain et un changement impressionnant de ses comportements et ses habitudes.

Aujourd'hui, les statistiques démontrent que l'utilisation d'écrans est devenue une source d'occupation importante pour l'adulte, l'adolescent et l'enfant. D'après l'étude réalisée par NordVPN en juin (2021), sur le temps que l'utilisateur passe devant un écran, et notamment sur internet, celle-ci détermine qu'un Français passerait en moyenne 56 heures par semaine devant les écrans, ce qui signifie 27 ans, 7 mois et 9 jours, pour une durée de vie d'environ 82 ans.

Ce temps d'écran inclut un usage dans le cadre professionnel mais la majeure partie se déroule hors de ce cadre ; c'est-à-dire en regardant les films, séries et

programmes télévisés, et en se connectant aux réseaux sociaux,... etc. Et ce qui est préoccupant et incite les spécialistes à tirer la sonnette d'alarme, c'est que ces chiffres ne cessent d'augmenter, notamment dans le cas de la petite enfance où il est fortement déconseillé de l'exposer à un écran avant l'âge de 3 ans, mais « les 1-6 ans passent 4h37 sur Internet en moyenne (contre 2h10 en 2012) ». (<https://www.prevoir.com> , consulté le 22/04/2023).

En Algérie, peu d'études sont réalisées sur ce sujet, et il n'existe pas de données épistémologiques sur le temps d'écran des Algériens. D'ailleurs, l'Association de Protection et Orientation du Consommateur et son Environnement (APOCE) est la première à faire le pas en alertant l'opinion publique, en général et les parents en particulier sur les risques liés aux écrans, notamment sur le bien-être et le bon développement physique et mental des enfants. Néanmoins, d'après les statistiques dévoilées par le site "data reportal" : « 26.35 millions d'internautes en Algérie, le nombre d'internautes a augmenté de 3.6 millions en une année soit 16% de plus qu'en 2020, les réseaux sociaux enregistrent une hausse de 3 millions d'utilisateurs, franchissant ainsi la barre des 25 millions, soit 15% de plus qu'en 2020, 56.6 % de la population utilise les médias sociaux, 46.82 millions d'Algériens se connectent via leur téléphone mobile ». (<https://www.whitelineservices.dz> , consulté le 24/04/2023).

En outre, l'étude Elfe, qui est une étude longitudinale réalisée sur 18000 enfants nés en France dans la même année (en 2011) mobilise 150 chercheurs appartenant à des spécialités différentes, afin d'observer ces enfants et de comprendre comment ils grandissent et ce qui impacte leur développement. Cette recherche illustre des données épidémiologiques considérables concernant l'usage de plusieurs types d'écrans par l'enfant, et elle estime que : « 28 % des enfants de 2 ans jouent avec un ordinateur ou une tablette au moins une fois par semaine, et environ 12 % y jouent tous les jours ou presque. 21 % des enfants jouent avec un téléphone mobile multifonction au moins une fois par semaine et

10 % y jouent tous les jours ou presque. Seuls 6,6% des enfants jouent au moins occasionnellement aux jeux vidéo sur console. 84 % des enfants regardent la télévision au moins une fois par semaine, et 68 % tous les jours ou presque ». (La Direction Générale de la Santé, 2018, p. 4-5).

Donc, d'après ces données, et à partir des études réalisées par plusieurs chercheurs, ainsi que le témoignage des spécialistes et des parents, l'enfant, dès un âge très précoce, peut être exposé aux multiples contenus virtuels ; la télévision, l'ordinateur, la tablette, le smartphone, les consoles de jeux, etc., qui prennent une place importante dans les emplois du temps enfantins, jusqu'à devenir un objet fétiche pour lui.

Ce phénomène fait référence à une surexposition aux écrans, qui signifie une consommation problématique des outils numériques, et qui s'explique par une utilisation précoce (avant 3 ans), excessive en termes de temps d'écran, et/ ou inappropriée (scène de violence, contenu sexuel, ...etc). Ainsi les spécialistes déclarent que cet usage excessif des écrans peut être transformé en une forme d'addiction comportementale dont les symptômes sont pénibles.

Alors, ces écrans peuvent être, à la fois, remède et péril car cette surexposition de l'individu notamment l'enfant au contenu virtuel est, sans doute, néfaste et influe négativement sur plusieurs sphères de son développement, notamment sur le plan moteur, intellectuel, affectif et social. Ces dernières décennies, une corrélation est démontrée entre la surexposition voire l'addiction aux écrans et l'émergence de divers troubles, cet emploi problématique des écrans par l'enfant représente un véritable facteur de risque pour l'apparition de certaines pathologies physiques, comme c'est le cas de l'obésité, les perturbations du sommeil, et les problèmes de vision particulièrement le syndrome des yeux secs et la myopie. Et, en ce qui concerne les troubles psychologiques ; la manifestation des troubles de comportement, l'inattention, l'altération de la

communication et la socialisation chez l'utilisateur. Ajoutant à cela le risque de cyberharcèlement et l'isolement.

De plus, un ensemble de symptômes est observé par les spécialistes (psychologues, pédiatres, orthophonistes,...) Chez les enfants surexposés aux écrans dès les premières années de leur vie. Ces jeunes consommateurs se caractérisent par des traits autistiques ; des troubles de communications (écholalie...), des comportements stéréotypés et parfois l'agitation et l'agressivité notamment lorsqu'ils sont privés de l'écran considéré comme leur centre d'intérêt au détriment des autres activités ludiques et d'interaction avec les autres enfants.

D'après le psychologue M. Zamfir (2013) qui est à l'origine de la notion " autisme virtuel ", ces enfants remplissent les critères diagnostiques des manuels de Trouble du Spectre Autistique (TSA), et la principale différence de ces deux manifestations pathologiques est l'exposition de l'enfant d'une manière abusive à l'environnement virtuel, ce qui est envisagé comme facteur déclencheur des symptômes autistiques, mais qui disparaissent progressivement à l'arrêt des écrans.

Dans ce contexte, M-C Bossière et al (2020) ont publié un article en se basant sur leurs observations en tant que spécialistes, intitulé « L'arrêt d'une surexposition aux écrans peut-il normaliser un score d'autisme à la cars ? Réponse en trois cas cliniques ». Dans cette étude, trois cas d'enfants âgés entre 2 et 3 ans, ont été présentés, dont le motif de consultation est souvent une difficulté de développement, particulièrement un retard de langage associé à des traits autistiques. Les enfants reçus en consultation avec leurs parents ont été tous surexposés aux écrans selon l'entretien avec les adultes et le questionnaire de COSE, et ont été soumis à une évaluation par la CARS (Childhood Autism Rating Scale), avant et après l'arrêt de la surexposition aux écrans.

Les trois cas observés ont obtenu dans la première évaluation un score de 36 (légèrement à moyennement autistique) pour le premier cas, 41 (sévèrement autistique) pour le second cas, et 35,5 (légèrement à moyennement autistique) pour le troisième enfant. Donc un sevrage total des écrans est recommandé, sans faire référence à un soin complémentaire (orthophonie ou prise en charge pédopsychiatrique).

Après deux mois et demi, les enfants ont été reçus par les mêmes professionnels et selon le même protocole. Le score de CARS cette fois est de 21 (non autistique) pour le premier cas, 36 (légèrement à moyennement autistique), et une impression générale bien meilleure est remarquée par les professionnels. Néanmoins pour le troisième cas, où le sevrage des écrans n'est pas respecté, le score le CARS s'élève à 37, très légèrement supérieur à la première évaluation.

Donc, d'après cette observation clinique, une amélioration des symptômes est possible sur cette seule modification environnementale.

Alors, de par la gravité et la lourdeur de ces répercussions, ce nouveau fléau est devenu un problème de santé publique et il est considéré comme un sujet de recherche d'actualité qui intéresse plusieurs branches de psychologie notamment la psychologie clinique, sociale, scolaire, et la neuroscience, etc. le tout dans la perspective de comprendre et d'expliquer cette utilisation abusive et pathologique des écrans en se basant sur divers cadres théoriques tel que le modèle cognitivo- comportemental.

La théorie cognitivo- comportementale analyse la surexposition voire l'addiction aux écrans, en premier lieu, comme un mauvais apprentissage acquis par la répétition et renforcé par le sentiment de plaisir, de soulagement et de satisfaction de l'utilisateur. Aussi, dans cette optique, les processus mentaux sont pris en considération et on parle souvent d'un comportement erroné dû à un

dysfonctionnement dans le système de traitement de l'information, autrement dit les cognitions qui signifient l'ensemble des activités mentales telles que voir, se souvenir et résoudre les problèmes. Donc, pour modifier ce comportement pathologique, ce modèle s'intéresse à la personne ; ses cognitions, ses croyances, et ses traits de personnalité, ainsi qu'au facteur déclencheur et les éléments qui le maintiennent. Tout en prenant en compte les répercussions de cette utilisation abusive des écrans sur les différents aspects de la vie de l'utilisateur.

Donc, afin de mener à bien notre recherche, on a opté sur le modèle cognitivo-comportemental comme fondement et référence théorique.

Ensuite, nous avons entamé le côté pratique par une pré-enquête, en étape importante voire indispensable dans toute recherche. Elle consiste une première exploration de terrain dans le but de cerner notre population d'étude et notre question de recherche, ainsi que de se perfectionner par rapport à nos outils d'investigation et d'enrichir notre entretien semi-directif.

En effet, notre rencontre avec un enfant autiste et sa mère, organisé au sein de l'hôpital psychiatrique d'Oued Ghir nous a permis d'élaborer nos hypothèses de prospection.

Ainsi, à partir de la revue de la littérature et de notre pré-enquête nous avons essayé de répondre à la question suivante :

- La surexposition aux écrans est-elle un facteur de risque pour l'apparition de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) ?

Hypothèse générale

Dans le cadre de notre étude, nous avons examiné la relation entre la surexposition aux écrans chez les enfants, en tant que variable indépendante, et

l'apparition du Trouble du Spectre Autistique (TSA), en tant que variable dépendante. Notre objectif était de sensibiliser les professionnels de la santé à l'importance de la distinction entre les enfants surexposés aux écrans et ceux atteints de TSA.

Hypothèse partielle

La surexposition aux écrans peut représenter un facteur de risque dans l'émergence de traits autistiques chez les enfants. Ces traits peuvent se manifester de différentes manières selon chaque enfant ; les troubles de communication et l'absence de contact visuel ; difficultés à nouer des relations sociales et isolement ; les comportements stéréotypes, l'agitation et l'agressivité, la présence des intérêts restreints et le manque d'activités ludiques avec les autres.

Opérationnalisation des concepts

- **Surexposition aux écrans**
 - Un temps d'écran excessif ;
 - Un besoin permanent d'utiliser l'écran au détriment des autres activités ;
 - La surexposition aux écrans est une source de plaisir indispensable pour l'utilisateur ;
 - La présence de l'écran lors des activités vitales (repas, sommeil, etc).
- **Le Trouble du Spectre Autistique (TSA)**
 - Trouble de communication et l'absence de contact visuel ;
 - Difficultés à nouer des relations sociales et isolement ;
 - Les comportements stéréotypes, agitation et agressivité ;
 - Intérêts restreints pour tout ce qui l'environne et le manque d'activités ludiques avec les autres.

Partie pratique

Chapitre IV

Méthodologie de la recherche

Préambule

Dans ce chapitre on va définir la méthode utilisée ainsi que les étapes de la réalisation de notre recherche, car la détermination de la méthode de recherche est un élément primordial et important dans chaque travail scientifique, tout comme l'exploration de terrain et l'utilisation des instruments de recherche tels que l'entretien, et les échelles.

Donc, dans ce chapitre nous présentons la démarche et le déroulement de notre recherche sur le terrain.

1. Méthode de recherche et population d'étude

Pour la réalisation de toute recherche, le chercheur doit suivre un enchaînement d'étapes et une démarche organisée pour aboutir à un résultat et obtenir des connaissances fiables. En psychologie, il existe plusieurs méthodes que le chercheur doit choisir en fonction de son sujet de recherche et l'objectif de son étude, notamment la méthode clinique qui se repose sur l'analyse des données du cas individuels et sur l'utilisation des outils d'investigation (entretiens, observation, tests,...).

1.1. Méthode clinique

La méthode clinique est l'une parmi les méthodes les plus utilisées en psychologie clinique, elle guide l'intervention de clinicien dans le cadre de la pratique et aussi dans la recherche qui se réalise dans le but de comprendre et expliquer certains comportements et manifestations chez le sujet.

Pour D. Lagache ce qui spécifie la psychologie clinique, c'est la méthode clinique, et il l'a défini comme « la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la

structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits » (Bénony et Chahraoui, 2013, p.11).

Autrement dit, c'est un ensemble des conduites et des opérations avec lesquelles le psychologue clinicien approche le fonctionnement de l'être humain. Et elle a pour objectif d'étudier de façon approfondie, des sujets individuels, en prenant en considération les spécificités et la singularité de sujet, de ce fait, le recueil des informations se fait de la manière la plus large et la moins artificielle en laissant à la personne des possibilités d'expression, donc, « La spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle ». (Fernandez, Pedinielli, 2006, p.43).

Ainsi, pour pouvoir comprendre, expliquer les conduits de l'être humain cette méthode s'appuie d'une part sur divers techniques et outils d'investigation qui peuvent être utilisées tant dans la pratique que dans la recherche tel que ; l'entretien, l'observation, les tests psychométrique.... Et d'autre part sur l'étude de cas qui désigne une description plus précise que possible de la réalité clinique de cas.

Donc, dans le cadre de notre recherche qui porte sur la surexposition aux écrans et l'apparition de Trouble de Spectre Autistique (TSA), on va se baser sur la méthode clinique, dans l'objectif d'étudier profondément nos cas en réalisant une étude de cas.

- **L'étude de cas**

En psychologie chaque cas est un cas ; les traits de personnalité, l'histoire personnelle et familiale, la culture et les croyances, ainsi que le contexte socio-économique, impactent le fonctionnement de l'individu et peuvent être des facteurs de risque de l'apparition de certaines pathologies. De plus ces éléments

influencent aussi la perception de patient de ses manifestations pathologiques et déterminent la façon dont la personne va faire face à son trouble.

De ce fait, l'étude de cas est une méthode cruciale pour toucher la subjectivité de sujet, et pouvoir comprendre la pathologie de ce dernier, ses origines, sa genèse et ses répercussions sur la vie personnelle, professionnelle, scolaire et familiale, car « c'est une méthode qui permet l'analyse en profondeur des pensées, des sentiments, des croyances, des expériences, des comportements ou des problèmes d'un seul individu ou d'un regroupement d'individu ». (Plotnik, 2007, p. 22).

Ainsi, par l'étude de cas le psychologue clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenant actuel et passées, le but est d'appréhender le sujet à travers sa pathologie mais surtout à travers son histoire et sa personnalité, dans sa globalité.

Néanmoins, adopter une démarche clinique nécessite donc de respecter un ensemble de règles déontologiques, de se plier à une éthique professionnelle qui permettront à chacun de se situer et de s'impliquer.

1.2. Population d'étude

Notre population d'étude est constituée de quatre enfants, qui sont sélectionnés en respectant un ensemble de critères d'homogénéité.

1.2.1. Les critères d'homogénéité

- Tous les enfants sont âgés entre 3 et 5ans (la petite enfance).
- Tous les cas sélectionnés sont surexposés aux écrans.
- Ils présentent tous des manifestations autistiques relativement différentes.

- Ils sont tous diagnostiqués récemment par le TSA.

1.2.2. Critères de non-pertinents de sélection

- Les cas sélectionnés proviennent des différentes classes sociales.
- Notre population d'étude englobe les filles et les garçons, donc la variable de genre n'est pas étudiée indépendamment.

Tableau N°3 : Récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude.

Le cas	L'âge	Le temps d'écran estimé	L'âge d'exposition aux écrans	L'âge du diagnostic	Le niveau de TSA
Anis (garçon)	4 ans	Toute la journée	Dès sa naissance	3 ans et demi	TSA sévère
Wassim (garçon)	3 ans et demi	Toute la journée	Dès sa Naissance	3 ans et 3 mois	TSA moyen
Youssef (garçon)	4 ans	Toute la journée (sauf au moment des repas)	A partir de 1 an	3 ans et demi	TSA sévère
Meriem (fille)	3 ans	Environ 7 heures par jour	A partir de 3 mois	2 ans et 8 mois	TSA sévère

C'est important de souligner aussi qu'afin de préserver la confidentialité et l'anonymat de nos cas comme l'indique le code déontologique et l'éthique en psychologie clinique, on a changé les noms des cas.

1.3. Lieu de la recherche

Notre étude a été menée à l'hôpital psychiatrique d'Oued Ghir, situé dans la wilaya de Bejaïa. Cet établissement a ouvert ses portes le 1er novembre 2022 et occupe une superficie de 1289,66 mètres carrés. Il comprend un service de pédopsychiatrie, un service de psychiatrie pour adultes, ainsi qu'une section administrative. La capacité de l'hôpital est de 120 lits.

2. Le déroulement de la recherche

Dans le contexte de la pratique, l'exploration de terrain comporte deux étapes indispensables dans toute recherche qui sont ; la pré-enquête et l'enquête.

2.1. La pré-enquête

La pré-enquête désigne la première exploration de terrain, c'est une phase primordiale de fait qu'elle permet de collecter des données sur notre thème de recherche, et d'établir le premier contact avec notre population d'étude. Aussi, de pouvoir modifier certaines questions dans notre entretien et l'enrichir. De plus, « Elle consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments prévus pour effectuer l'enquête ». (Grawitz, 2001, p.550).

Cette phase a durée 10 jours, dont la quelle nous avons suivi une approche rigoureuse pour obtenir les autorisations nécessaires. Tout d'abord, nous avons sollicité l'accord du directeur de l'établissement, qui joue un rôle clé pour l'autorisation de mener notre recherche sur place. Sa validation nous a permis de poursuivre notre démarche.

Ensuite, une rencontre avec le chef de service et l'orthophoniste afin de présenter notre thématique de notre recherche, ainsi que les cas que nous souhaitons étudier.

Ainsi, nous avons veillé à disposer d'un bureau approprié, mis à notre disposition par les responsables, afin de garantir la confidentialité et le confort des participants. Cet espace adéquat a favorisé un échange d'informations fluide et a permis aux participants de se sentir en confiance pour partager leurs expériences. Cela a contribué à instaurer un environnement respectueux et propice à l'échange d'informations.

Au début, nous avons demandé le consentement libre de chaque maman. Cela signifie qu'elles ont eu la possibilité de décider en toute liberté si elles souhaitaient participer à notre étude. Nous leur avons fourni toutes les informations nécessaires pour prendre une décision éclairée, en leur expliquant les conditions pour garantir leur anonymat et leur confidentialité. C'est important de noter que, le consentement a été obtenu de manière volontaire, sans aucune forme de contrainte ou de pression exercée sur les participantes. Nous avons respecté leur droit de se retirer de l'étude à tout moment, sans préjudice ni conséquence négative.

Alors, notre pré-enquête s'est déroulée sans obstacles, avec un seul cas, donc en rencontrant une maman d'un enfant autiste individuellement dans des conditions favorables pour la réalisation de l'entretien, et par la suite, on a assisté à une séance avec l'orthophoniste pour pouvoir observer le comportement de l'enfant et pour mieux coter l'échelle de Children Autism Rating Scale (C.A.R.S).

2.2. L'enquête

Après avoir effectuée l'étape de la pré-enquête, on a mené notre enquête sur une population d'étude limitée qui regroupe quatre enfants autistes surexposés aux écrans et leurs mamans.

Alors, suite à l'obtention du consentement libre de toutes les personnes impliquées, nous avons pu procéder à cette investigation, et effectué un entretien semi directif avec la maman afin de récolter le maximum d'information sur l'enfant et sa consommation des écrans, ainsi que sur son comportement autistique dans l'objectif de pouvoir coter l'échelle de C.A.R.S en observant l'enfant durant la séance avec l'orthophoniste.

3. Techniques utilisées dans la recherche

En psychologie, il existe une multitude de méthodes et techniques tel que l'entretien, l'observation, les questionnaires, les tests.... Ces outils permettent au clinicien dans le cadre de la pratique et/ ou de la recherche de récolter le maximum d'informations en termes de quantité et qualité.

Dans notre travail, afin de vérifier nos hypothèses, on a utilisé comme technique : l'entretien semi-directif, et l'échelle de C.A.R.S.

3.1. L'entretien clinique

L'entretien de manière générale se considère comme un échange, une communication entre deux personnes au moins où la communication verbale et non-verbale ont autant d'importance, il représente la pièce maîtresse d'un travail psychologique car en effet l'individu en face de nous est un individu de langage qu'on doit comprendre et apprendre à connaître. On parle bien donc d'une relation entre deux individus au moins.

Autrement dit, « Il s'agit de tête-à-tête oral, un contact direct, entre deux personnes ou une personne (ou plusieurs) et un groupe de personnes dont l'une transmet à l'autre des informations recherchées sur un problème précis ». (N'Da, 2015, p. 142).

Dans la pratique de psychologue, il représente un outil indispensable et irremplaçable qui va permettre au psychologue d'obtenir un certain nombre d'informations subjectives sur le patient dans un but bien défini (recherche, diagnostic,) comme les événements de vie marquants, croyances, émotions, histoire personnelle

Alors que, dans le cadre de la recherche, il désigne un échange au cours duquel l'interlocuteur exprime ses perceptions, ses interprétations, ses expériences, tandis que le chercheur, par ses attitudes et ses réactions, facilite cette expression, évite que celui-ci s'éloigne des objectifs de la recherche. Donc, l'entretien peut fournir au chercheur des informations et des éléments de réflexion riches en fonction de son type, notamment l'entretien directif, l'entretien libre, et l'entretien semi directif.

Raison pour laquelle, on a opté à l'utilisation de l'entretien semi-directif qui répond aux objectifs de notre recherche.

3.1.1. L'entretien semi- directif

Ce type d'entretien n'est pas seulement dirigé par les questionnements du clinicien, mais aussi par les verbalisations produites par le patient, l'espace est moins strict il est plus ouvert aux divagations, qui permettent aux patients de sortir un peu du cadre des questions posées pour aborder des éléments qui lui semblent importants.

Ce type d'entretien est accompagné d'un guide dont le quel se trouve un ensemble de questions relativement ouvertes, liées à l'objectif de la recherche et

préalablement préparer par le chercheur, et dont l'enquêté réponds en toute liberté, et le rôle de l'enquêteur consiste donc à encourager le participant à parler et donner davantage d'informations sur la thématique de sa recherche. Comme disait C. Chiland « le clinicien se tait pour laisser l'autre parler, et parle pour lui faciliter la parole ». (Chiland, 1983, p.23).

- **L'attitude du clinicien lors de l'entretien**

L'attitude du psychologue clinicien pendant l'entretien clinique fait référence à la manière dont celui-ci se comporte et interagit avec son patient, notamment en termes de respect, d'écoute attentive, de neutralité bienveillante et d'empathie. Cette attitude est très importante car elle peut avoir un impact significatif sur la qualité de l'entretien et, par conséquent, sur la qualité des informations récoltées.

Le psychologue durant l'entretien doit se comporter avec une certaine manière, il doit être spontané et naturel pour qu'il puisse mettre le participant à l'aise, et lui montrer qu'il le comprend sans jugement et en absence de toute position idéologique pour qu'il l'encourage à s'exprimer et donner plus de données.

Cela fait référence à la notion de "neutralité bienveillante" qui signifie que le clinicien doit s'abstenir de formuler des jugements ou des critiques à l'égard des propos de son patient. Toutefois, cette neutralité dont doit faire preuve le clinicien ne doit pas être confondue avec de la froideur ou de la distance envers le patient. Au contraire, la neutralité doit être associée à la bienveillance et à l'empathie. H.Bénony et K. Chahraoui affirment qu' « il s'agit de mettre en confiance le sujet pour le laisser s'exprimer librement ». (Bénony et Chahraoui, 1999, P.18).

En effet, l'attitude bienveillante, de non-jugement et empathique est essentielle pour établir une relation de confiance qui favorise l'expression de certaines émotions et expériences qui peuvent être très difficiles pour le patient.

De plus, le psychologue doit faire preuve de vigilance et d'attention flottante pendant l'entretien clinique, ce qui implique de prêter attention à tous les aspects de la communication du patient, y compris son langage corporel. Les gestes, les mimiques, le taux de la voix, etc. sont tout aussi importants et significatifs que le langage verbal, car ils peuvent révéler des émotions et des sentiments que le patient ne verbalise pas. En étant attentif à ces signaux non verbaux, le psychologue peut mieux comprendre les pensées, les émotions de son patient.

- **Guide d'entretien¹**

Comme on l'a indiqué préalablement, l'entretien clinique semi-directif est toujours associé à un guide d'entretien qui comprend, « les axes thématiques à traiter, le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois, celles-ci ne doivent pas être posées d'une manière directe, il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien ». (Bénony, Chahraoui, 1999, p. 69).

Ces questions sont plus au moins structurées et doivent être liées d'une manière cohérente, en utilisant un langage simple et traduites préalablement à la langue maternelle du participant.

Alors, afin d'atteindre nos objectifs de recherche et récolter le maximum d'informations sur la surexposition aux écrans et l'apparition des traits autistiques, on a établi un guide d'entretien destiné aux parents de l'enfant autiste. Ce guide comprend deux axes : l'utilisation des écrans par l'enfant, et information sur les comportements autistiques chez l'enfant.

¹ L'intégralité du guide d'entretien traduit en Kabyle est disponible dans les annexes.

Du coup, le guide est conçu de la manière suivante :

Informations personnelles

- Le genre (la mère/le père)
- L'âge
- Le niveau d'études
- Le nombre d'enfants

Axe I : L'utilisation des écrans par l'enfant : Cet axe est consacré pour recueillir des informations sur l'utilisation des écrans, dont les questions sont destinées aux parents.

- Combien d'écrans possédez-vous dans votre domicile ?
- Pouvez-vous estimer votre temps d'écran ?
- Est-ce que vous utilisez votre écran devant votre enfant ?
- Votre enfant utilise-t-il les écrans ?
- A quel âge votre enfant a commencé l'utilisation des écrans ?
- Est-ce que votre enfant préfère utiliser un écran spécifique ? Et est-ce qu'il éprouve un intérêt particulier ?
- Votre enfant a-t-il un accès facile aux écrans ?
- Il les utilise seul ou vous l'accompagnez ?
- Que regarde-t-il sur ces écrans ?
- Est-ce que votre enfant joue ou regarde des contenus violents ? lesquels ?
- Est-ce que votre enfant utilise les écrans sans la surveillance d'adulte ?
- Pouvez-vous estimer le temps d'écran de votre enfant ?
- Contrôlez-vous son temps d'écran ?

- Est-ce que votre enfant a accès à un écran dans sa chambre où il dort ? Si oui, est-ce qu'il l'utilise avant de dormir ?
- Votre enfant utilise-t-il les écrans pendant ses repas ?
- Quand votre enfant, joue ou fait une autre activité, est ce que la télévision est allumée ?
- Comment votre enfant réagit quand vous lui confisquez son écran ?
- Pensez-vous que l'écran affecte négativement votre enfant ?
- Pensez-vous que la surexposition aux écrans peut provoquer l'autisme (l'autisme virtuel) ?
- Pensez-vous que votre enfant est autiste à cause des écrans ?
- Quelles sont les recommandations proposées par l'équipe soignante concernant l'utilisation des écrans ?

Axe II : informations sur les comportements autistiques chez l'enfant : dans cet axe les questions sont destinées aux parents afin de recueillir des informations sur le comportement autistique de leur l'enfant.

- Votre enfant est-il né par accouchement normal ou par césarienne ?
- Comment est la relation de votre enfant avec vous ?
- Que pensez-vous de la relation de votre enfant avec ses frères et sœurs ?
- Votre enfant a-t-il des amis ?
- Aime-t-il imiter vos comportements et/ou celles de ses frères et sœurs ?
- Quel type de jeux ou objet préfère votre enfant ?
- Et si vous lui confisquez ce jouet, quelle sera sa réaction ?
- Est-ce que votre enfant est agressif ? comment ?
- Est-ce que votre enfant est obéissant ? comment ?
- Votre enfant présente-t-il des gestes bizarres ? Depuis quand ?
- L'enfant établit-il des rituels à propos d'activités spécifiques tels que les repas ou le coucher ?

- Insiste-t-il pour arranger certains objets à sa manière ou n'accepte-t-il pas de manger ou de boire qu'avec un ustensile particulier ?
- Est-t-il sensible à l'odeur, à la texture ou au goût de certains aliments ?
- Essaie-t-il de manger des objets non comestibles comme de la terre, des feuilles ou du bois ?
- Comment votre enfant réagit face à un changement dans sa routine ?
- Face à un bruit, comment il réagit ?
- L'enfant est-il préoccupé par la perception de certaines surfaces ?
- L'enfant renifle-t-il des objets usuels tels que les cubes ou les morceaux d'un puzzle ?
- Il présente des peurs, des cris, ou des rires nerveux ? Si oui, sont-ils limités à un seul type de circonstances ou concerne-t-il un nombre plus ou moins étendu de situations ?
- Concernant la communication, à quel âge il l'a acquise ?
- Le Langage de votre enfant est-t-il compréhensible ?
- Vous constatez une inversion pronomiale quand il parle ou une répétition de mots ?
- L'enfant utilise-t-il des gestes pour exprimer son besoin ?
- Ça lui arrive d'utiliser votre main pour indiquer quelque chose ?
- Votre enfant dort à quelle heure la nuit ?
- Votre enfant présente-il des troubles de sommeil ? Depuis quand ?
- Que pensez-vous sur le comportement de votre enfant ?
- Le développement de votre enfant étant petit, était-t-il normal ?
- Comment était votre réaction, suite à l'annonce de diagnostic ?

NB : Si le participant a anticipé spontanément sur des réponses à des questions prévues par nous-chercheurs, nous éviterons de les poser ultérieurement.

3.2. L'échelle de C.A.R.S

Le Children Autism Rating Scale (CARS) est une échelle d'évaluation de l'autisme infantile développé par E. Schopler et ses collaborateurs, en se basant sur cinq systèmes importants de diagnostic de l'autisme, dont les quels les critères de L. Kanner, celle de l'Association nationale pour les enfants autistiques et les critères du DSM.III-R.

Cette échelle est fréquemment utilisée par les spécialistes, car elle permet de relever et graduer les manifestations comportementales autistiques de l'enfant, du fait qu'elle a été construite en considérant que l'autisme est un continuum comportant des degrés divers, en conséquence, les scores du CARS représentent aussi un continuum ; plus le score est bas, moins l'enfant présente de comportements autistiques, et plus le score est élevé, plus l'enfant présente de comportements autistiques.

Cette évaluation nécessite une observation des comportements de l'enfant et des données de l'entretien avec les parents afin de coter les 15 items présentés dans cette échelle, qui sont: les relations sociales, l'imitation, les réponses émotionnelles, l'utilisation du corps, l'utilisation des objets, l'adaptation au changement, les réponses visuelles, les réponses auditives, le goût, l'odorat, le toucher (réponses et mode d'exploration), la peur et l'anxiété, la communication verbale, la communication non verbale, le niveau d'activité, le niveau intellectuel et homogénéité du fonctionnement intellectuel, l'impression générale.

En outre, cet outil présente divers avantages, par le fait que sa construction et son amélioration sont réalisés à partir d'un travail mené sur plus de 10 ans avec plus de 1500 enfants, en plus de sa possibilité d'application à des enfants de tous âges incluant les enfants d'âge préscolaire, et avoir des données quantifiables.

4. L'analyse des techniques utilisées

4.1. Les données de l'entretien semi-directif

Tout d'abord, il est crucial de souligner qu'il n'est pas possible d'effectuer une analyse des données de l'entretien, mais plutôt de présenter simplement les données indiquées.

Alors, les informations personnelles des sujets étudiés ont été recueillies, telles que son âge, son sexe, son niveau d'études et le nombre de frères et sœurs, et la position dans la fratrie avant d'entamer les données qualitatives du cas en abordant les éléments suivants :

- Environnement familial et l'utilisation des écrans par l'enfant.
- Relation et interaction de l'enfant avec sa famille.
- Les comportements autistiques chez l'enfant.

4.2. L'analyse de l'échelle de C.A.R.S

Pour la cotation de chaque item on s'est basé essentiellement sur l'observation et les données de l'entretien avec la maman tout en se référant au manuel de C.A.R.S afin d'être plus objectif que possible dans notre évaluation. D'après ce manuel chacun de ces 15 items doit être évalué comme suite :

• **Relations Sociales** : L'évaluation concerne le comportement de l'enfant porte sur son initiative à interagir avec autrui, sa sensibilité envers les personnes étrangères et sa réaction face aux contacts physiques.

• **Imitation** : Cet item d'évaluation se concentre sur la capacité de l'enfant à imiter les comportements verbaux et non verbaux.

• **Réponses émotionnelles** : L'évaluation de cet élément se concentre sur la réaction émotionnelle de l'enfant aux situations agréables et désagréables, en évaluant l'adéquation de ses émotions par rapport à la situation.

• **Utilisation du corps** : Cet item évalue la coordination et la normalité des mouvements corporels de l'enfant, en observant les postures et comportements tels que les tournoiements, les tapotements, les balancements, et l'auto-agression.

• **Utilisation des objets** : Il s'agit d'évaluer à la fois l'intérêt de l'enfant pour les jouets ou d'autres objets et l'utilisation qu'il en fait.

• **Adaptation au changement** : Cet item porte sur les difficultés à modifier des routines, ainsi que sur les difficultés à passer d'une activité à l'autre.

• **Réponses visuelles** : Cette évaluation vise à détecter les manifestations particulières de l'attention visuelle chez les enfants atteints d'autisme.

• **Réponses auditives** : Cet item d'évaluation se concentre sur les comportements inhabituels et les réponses atypiques de l'enfant aux sons, y compris sa réaction à la voix humaine.

• **Gout – Odorat – Toucher (réponses et mode d'exploration)**: Il s'agit d'évaluer la réaction de l'enfant à différents stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles, y compris la douleur.

• **Peur, Anxiété** : Il s'agit de l'évaluation de peurs inhabituelles ou inexplicables.

• **Communication verbale** : Il est important d'évaluer tous les aspects du langage, y compris la présence ou l'absence de langage ainsi que les particularités, bizarreries et anomalies du discours lorsque le langage est présent. Si un langage est présent, il faut évaluer le vocabulaire, l'intonation, le volume, et la signification du discours en rapport avec la situation.

• **Communication non verbale** : On évalue la communication non verbale à travers les expressions faciales, la posture, les gestes et les mouvements du corps de l'enfant.

•**Niveau d'activité** : Il s'agit d'évaluer le taux d'activité à la fois dans les situations structurées et non structurées, en prenant en compte l'hyperactivité ainsi que la passivité.

•**Niveau intellectuel et homogénéité du fonctionnement intellectuel** : Dans cette partie de l'évaluation, on retient à la fois le niveau général du fonctionnement intellectuel et l'homogénéité du niveau de fonctionnement d'un type d'habileté à l'autre.

•**Impression générale** : Il s'agit de fournir une impression subjective du degré d'autisme à partir des données recueillies dans les 14 items précédents.

Ainsi, chacun de ces 15 items peut recevoir une note de 1 à 4 :

➤ La note 1 indique que le comportement de l'enfant est dans les limites de la normale pour un sujet du même âge.

➤ Une note 2 signifie que le comportement de l'enfant est légèrement anormal comparé à celui d'un sujet du même âge.

➤ Une note de 3 indique que le comportement de l'enfant est moyennement anormal pour cet âge.

➤ Une note de 4 indique que le comportement de l'enfant est sévèrement anormal pour un sujet de cet âge.

(<https://comprendrelautisme.com/les-tests/la-cars> , consulté le 29/04/2023).

Aussi, des notes intermédiaires (1.5, 2.5, 3.5) doivent être utilisées, elles permettent une précision plus fine quand le comportement semble se situer entre deux catégories.

Ainsi, le score final de la C.A.R.S, qui reflète le degré de sévérité du Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA), est obtenu en additionnant les notes des 15 items. Un score inférieur à 30 indique un comportement non autistique, un score compris entre 30 et 38,5 indique un comportement légèrement à moyennement

autistique, et un score de 39 ou plus reflète un comportement sévèrement autistique.

Synthèse

Dans ce chapitre dédié à la méthodologie, on a élaboré des critères afin de sélectionner notre population d'étude, et on a présenté le déroulement et les techniques d'investigation utilisées ainsi que leur analyse dans le cadre de notre recherche, afin de collecter des informations et des données permettant de mieux comprendre la surexposition aux écrans et le Trouble de Spectre de l'Autisme (TSA).

De cette façon, cette phase nous a permis d'analyser et d'interpréter les résultats dans le chapitre de présentation des résultats suivant de manière cohérente et rigoureuse.

Chapitre V

Présentation et analyse de résultats

Préambule

Dans ce chapitre dédié à la pratique, nous aborderons quatre études de cas distinctes. Nous allons présenter nos 04 cas : Anis, Wassim, Youcef, Meriem. Chaque étude de cas mettra en lumière des situations uniques et spécifiques, offrant ainsi une vision approfondie sur la question de la surexposition aux écrans et l'apparition de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA).

Il est crucial de souligner que nous avons pris le soin d'expliquer le sujet de notre recherche aux mamans concernées afin d'obtenir leur consentement libre et éclairé. Avant de procéder aux entretiens semi-directifs et la passation de l'échelle C.A.R.S. Cette approche garantit leur pleine compréhension et leur participation volontaire dans notre recherche.

Premier cas : Anis**1. Les données de l'entretien clinique**

Anis est un enfant âgé de 4 ans, il est inscrit actuellement dans une crèche privée. Physiquement c'est un garçon potelé, et c'est le benjamin d'une fratrie composée de 4 garçons respectivement âgés de 17, 13 et 7 ans. Notre entretien s'est effectué avec sa mère Zahia, âgée de 45 ans, femme au foyer bien qu'elle ait atteint le niveau terminal, tandis que le père d'Anis est commerçant.

Zahia a l'air d'être une bonne vivante et a le sens de l'humour. Lorsqu'on l'a rencontrée, elle était coquette et affichait un sourire chaleureux.

Au cours de l'entretien, notre participante s'est montrée intéressée par le sujet de la surexposition aux écrans, et elle a expressément accordé son consentement libre pour le déroulement de toute la recherche afin de nous informer sur l'utilisation des écrans par son fils et ses comportements autistiques.

- **Environnement familial et l'utilisation des écrans par l'enfant.**

Zahia a indiqué qu'il y avait un total de six écrans dans sa maison, comprenant quatre smartphones (appartenant aux parents et aux deux premiers enfants) ainsi que deux télévisions (une dans le salon et une dans la chambre des parents).

Selon les dires de la mère, Anis a été exposé aux écrans dès sa naissance, en particulier à la télévision. Elle explique que, à cette période, elle était débordée par les tâches ménagères et les obligations familiales, d'autant plus qu'elle avait un autre enfant âgé de 3 ans qui demandait beaucoup d'attention. Ainsi, la télévision représentait une sorte de nourrice pour son nouveau-né puisque Anis, restait calme et tranquille devant cet écran. Elle déclare avec tristesse « oui il a énormément regardé la télévision, je ne te cache pas qu'il a passé des journées entières devant la télévision² ».

La maman a précisé que même pendant les repas, Anis ne peut résister à l'attrait de la télévision. Elle explique : « Même pendant les repas, je lui servais à manger dans sa poussette pendant qu'il regardait la télévision³ ».

Anis manifeste un intérêt particulier pour la télévision, spécifiquement pour la chaîne "Toyor Al Janah". La mère d'Anis exprime un sentiment de regret tout en témoignant : « Il regardait toujours Toyor Al Janah, d'ailleurs je la déteste maintenant⁴ ». Cependant, vers l'âge de deux ans et demi, l'intérêt d'Anis s'est tourné vers les téléphones portables. Étant donné que ses parents et ses deux grands frères en possèdent un, il y accède facilement, et il l'utilise pour regarder des émissions de construction de maisons qu'il apprécie.

Zahia mentionne que l'exposition d'Anis à ces écrans (télévision et smartphone) se fait généralement sans accompagnement. En ce qui concerne l'exposition au téléphone portable, Anis le regarde de temps en temps avec l'un de ses frères, mais la plupart du temps, il utilise celui de sa mère pour son propre

² « ih, ifrej ifrej bzaf la télé, otefrghara felam is3dayd les journées gher la télé ».

³ « même makla schayghas dina g la poussette ins lwahi d la télé ».

⁴ « ilaitferij toujours Toyor Al Janah, d'ailleurs kerhegh ttura ».

usage individuel. Elle a ajouté qu'elle ne contrôle pas ce qu'Anis regarde, mais qu'elle sait qu'il ne regarde pas de contenu violent.

Cette maman déclare que récemment les spécialistes (pédopsychiatre, psychologue, orthophoniste) ont tous recommandé un sevrage total des écrans pour son enfant. Cependant, elle rencontre beaucoup de difficultés en essayant de limiter l'utilisation de téléphone portable par son fils. Chaque fois qu'elle refuse de le lui donner ou essaie de le lui retirer, Anis déclenche une crise. Elle évoque clairement : « j'ai souffert, mais maintenant j'arrive petit à petit avec l'aide d'un minuteur Time timer à lui retirer l'écran sans qu'il déclenche une crise⁵ ». Ainsi, Zahia exprime sa conviction que les écrans sont la cause de l'autisme de son enfant. Elle avance comme argument : « Je te dirais oui, car il n'a pas joué comme ses frères, même si son pédiatre m'a assuré que les écrans n'ont absolument rien à voir avec l'autisme⁶ ».

• Relation et interaction de l'enfant avec sa famille

Zahia a remarqué qu'Anis entretient une relation harmonieuse avec elle, son père et ses frères, en particulier avec celui qui est né juste avant lui. Cependant, elle constate que lorsqu'il s'agit d'interagir avec d'autres enfants, Anis éprouve des difficultés, ce qui explique pourquoi il n'a pas réussi à nouer des amitiés avec ses pairs. Cette peine à socialiser suscite des inquiétudes pour Zahia, qui aspire à ce que son fils puisse développer des relations équilibrées avec d'autres enfants et bénéficier de l'enrichissement social que cela peut apporter à sa vie.

• Les comportements autistiques chez l'enfant

Anis est diagnostiqué par un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) à l'âge de 3 ans et demi. En ce qui concerne la communication d'Anis, selon sa maman, il n'a jamais développé le langage et, même, la communication non verbale est

⁵« souffrigh, mais tura skhdamegh time timer azuh azuh qlegh zmreggh asksegh téléphone bla ma ikhdem une crise ».

⁶« amdinighih, puisque oyl3ibara am aythmas ghas akn pédiatre ins inayid jamais les écrans ayi os3anara ik1 l3alaqa lwahi l'autisme ».

absente, telle que le pointage du doigt, les expressions faciales, etc. Zahia explique : « Quand il veut quelque chose, il vient vers moi et prend ma main⁷ ».

Ainsi selon la mère, le fils a une bonne dynamique avec son environnement familial. Néanmoins, la maman remarque qu'Anis a du mal à socialiser avec d'autres enfants. En revanche, elle constate qu'il préfère consacrer du temps à naviguer sur You Tube à l'aide de téléphone portable de la maman. Récemment, il s'est également montré attiré par un jouet appelé POP IT.

La maman rapporte aussi que son fils manifeste un comportement agressif dans certaines situations ; lorsque quelqu'un essaie de lui retirer ses objets préférés (le téléphone portable et le POP IT), face à un bruit, ou lorsqu'il y a un changement dans ses rituels.

Aussi, concernant son comportement, Zahia a remarqué que son enfant présente des gestes inhabituels, comme le fait de claquer dans ses mains, depuis l'âge de 3 ans. De plus, il présente des réactions émotionnelles inadaptées comme les rires nerveux ; « parfois il éclate de rire de façon excessive et sans raison apparente, et je suis obligée de le frapper pour y mettre fin⁸ ».

Quant au sommeil d'Anis, la maman rapporte qu'il fait face à une peur et à une anxiété nocturne. Il demande souvent à tenir la main de son frère pour pouvoir s'endormir. De plus, il émet certains sons, même pendant son sommeil. Elle déclare : « Il reproduit des sons, même pendant son sommeil, ce qui dérange particulièrement son frère qui dort avec lui dans la même chambre, cependant, nous savons qu'il est incapable de les réprimer⁹ ».

⁷ « assma adivgho lhaja adyas arghori adidem afussiw ».

⁸ « tiswi3in itertiq s thata bla sseba et obliger fli ami dayn othight akn adisosem ».

⁹ « ikhdemd les sons même g nodam omba3d itdérangi ymas ni iyganen dids g la chambre mais n3lem nta daghen izymirara ahnihves ».

En ce qui concerne son alimentation, Zahia affirme que son fils ne mange pas d'objets non comestibles et a une alimentation équilibrée. En revanche, elle remarque qu'il renifle souvent la nourriture et qu'il est sensible à certaines odeurs. Elle déclare : « mon fils est intelligent, il renifle tout ce qu'il mange et refuse de consommer certains aliments en raison de leur odeur¹⁰ ».

Vers la fin, Zahia nous a dit « je sais que mon enfant est conscient, lorsqu'il entend l'appel à la prière dans la télévision il court directement vers elle¹¹ ».

• Résumé de l'entretien

D'après les informations fournies par la maman d'Anis, il est clairement exposé de manière excessive aux écrans, passant de longues heures devant la télévision et utilisant fréquemment un téléphone portable dès un très jeune âge. Cette surexposition aux écrans suscite des inquiétudes quant à son développement et à sa santé, notamment en ce qui concerne sa communication ; car il présente un langage incompréhensible, non fonctionnel et non opérationnel, et il émet des cris, présente de l'écholalie et produit des sons étranges. De plus, qu'il est incapable de pointer du doigt, ou d'exprimer ses besoins ou désirs par le langage gestuel. Ainsi, par rapport à son comportement, il présente de l'agressivité, des gestes inhabituels comme le fait de claquer dans ses mains, et des réactions émotionnelles inadaptées comme les rires nerveux. De plus, la maman constate des difficultés d'interaction avec d'autres enfants et des réactions inappropriées. Récemment, Anis a été diagnostiqué par un pédopsychiatre comme étant atteint d'un Trouble du Spectre de l'autisme. En conséquence, un sevrage total des écrans lui a été recommandé.

¹⁰« emi ihrech israhay kolch oqvel athich irna itgami kra lhwayj 3lajal n riha nssent ».

¹¹« 3lmegh emi athan conscient, assmaa disel el adan g la télé adyazel direct ghors ».

2. L'analyse de l'échelle C.A.R.S

En se basant sur les données de l'entretien avec la maman et en observant l'enfant, nous avons utilisé l'échelle de Children Autism Rating Scale (CARS) pour évaluer Anis. Cette échelle nous permet de coter chaque item afin d'obtenir une évaluation globale de ses symptômes liés au Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA).

• **Relations Sociales** : Anis présente des anomalies moyennes dans les relations avec son environnement familial et son entourage. D'après nos observations, il s'avère nécessaire de faire des efforts persistants pour attirer son attention. Il répond rarement à l'orthophoniste et ne cherche presque jamais à entamer le contact avec elle. Sa réaction est tout autre face aux contacts physiques, quand l'orthophoniste a essayé de lui caresser ses cheveux il a manifesté une sensibilité aux contacts physiques. Alors il nous semble qu'Anis se situe dans la catégorie " anomalie moyenne dans les relations sociales" donc, on lui a attribué une note de 3.

• **Imitation** : d'après nos observations, Anis n'arrive pas à reproduire les sons, les mots dits par l'orthophoniste ni les comportements gestuels, alors que la maman déclare qu'il imite les comportements qu'il observe sur les vidéos youtube, et certains comportements de son frère. Donc, il nous semble qu'Anis se situe dans la catégorie " imitation moyennement anormale" du coup, on lui a attribué une note de 3.

• **Réponses émotionnelles** : d'après la maman, Anis présente parfois des émotions inappropriées à la situation, notamment les rires nerveux. Aussi pendant la séance avec l'orthophoniste, l'enfant présente parfois des pleurs et des cris sans qu'il y ait un stimulus dans son environnement qui puisse provoquer une telle émotion. Alors, il nous paraît qu'Anis se situe entre la catégorie " réponses émotionnelles légèrement anormales " et la catégorie

"réponses émotionnelles moyennement anormales « donc, on lui a attribué une note de 2.5.

•**Utilisation du corps** : grâce à notre observation, on a noté certains comportements chez Anis, comme le fait de claquer ses mains, de taper sur la table à plusieurs reprises, en plus de l'auto-agressivité évoquée par la maman. Alors il nous semble qu'Anis se situe entre la catégorie " utilisation du corps légèrement anormale " et la catégorie " Utilisation du corps moyennement anormale « donc, on lui a attribué une note de 2.5.

•**Utilisation des objets** : la maman n'a pas évoqué une utilisation inadéquate d'objets ou de jouets, ainsi lors de la séance avec l'orthophoniste, nous n'avons pas constaté une altération dans ce sens. Alors, il nous semble qu'Anis se situe dans la catégorie " intérêt normal pour jouets et autres objets, utilisation appropriée" donc, on lui a attribué une note de 1.

•**Adaptation au changement** : Suite à notre entretien avec la maman, nous avons constaté qu'Anis présente des réactions sévères, telles que des crises et de l'auto-agressivité, en cas de rupture dans sa routine. Lors de la séance avec l'orthophoniste, une transition a été effectuée, passant de l'activité de l'identification à une activité axée sur le développement du langage, et là Anis a résisté de manière intense. Alors, il nous semble qu'Anis se situe dans la catégorie " réaction sévèrement anormale au changement" donc, on lui a attribué une note de 4.

•**Réponses visuelles** : Nous avons observé qu'Anis détourne le regard et cherche à éviter le contact visuel. De plus, l'orthophoniste a dû souvent lui rappeler de regarder ce qu'il était en train de faire. Alors, il nous semble qu'Anis se situe dans la catégorie "réponse visuelles moyennement anormales" donc on lui a attribué une note de 3.

•**Réponses auditives** : D'après la maman, Anis présente une réaction incohérente face au bruit à la crèche, en criant et en pleurant. Cependant, lors de la séance, nous n'avons pas constaté de déviation dans ce domaine. Même

lorsque le minuteur Time Timer était déclenché, la réaction d'Anis était normale. Alors il nous semble qu'Anis se situe dans la catégorie "réponse auditives légèrement anormales" donc, on lui a attribué une note de 2.

•**Gout – Odorat – Toucher (réponses et mode d'exploration)** : D'après la maman, Anis renifle les aliments et est sensible à leur odeur, mais il ne goûte pas ceux non comestibles. Pendant la séance avec l'orthophoniste, nous n'avons pas constaté que l'enfant avait essayé de manger ou de renifler les jouets. Alors, il nous semble qu'Anis se situe dans la catégorie "réponses légèrement anormales aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles ; utilisation légèrement anormale des 5 sens." Donc, on lui a attribué une note de 2.

•**Peur, anxiété** : la maman a déclaré que son enfant est confronté à une peur et une anxiété nocturne, qui peuvent être légèrement anormales. Alors, il nous semble qu'Anis se situe entre la catégorie "peur et anxiété normale" et la catégorie peur et "anxiété légèrement anormales" donc, on lui a attribué une note de 1.5.

•**Communication verbale** : D'après les propos de la maman et nos constatations, il ressort qu'Anis présente un langage incompréhensible, non fonctionnel et non opérationnel. En outre, il émet des cris, présente de l'écholalie et produit des sons étranges. Alors, il nous semble qu'Anis se situe dans la catégorie "communication verbale sévèrement anormal." Donc, on lui a attribué une note de 4.

•**Communication non verbale** : Anis est incapable de pointer du doigt, ou d'exprimer ses besoins ou désirs par le langage gestuel, ni de comprendre celui des autres (sourire ...). En revanche, il utilise la main de sa mère pour exprimer son désir, comme si sa mère est une prolongation à soi-même. Et, il présente des gestes particuliers qui n'ont pas une signification apparente. Alors, il nous semble qu'Anis se situe dans la catégorie "communication non verbale sévèrement anormale." Donc, on lui a attribué une note de 4.

• **Niveau d'activité** : d'après nos observations, Anis est légèrement plus agité qu'un enfant du même âge dans une situation semblable ; dès qu'il est rentré dans le bureau il s'est montré un peu actif. Alors, il nous semble qu'Anis se situe entre la catégorie " niveau d'activité normal à l'âge et la situation" et la catégorie "niveau d'activité légèrement anormal." Donc, on lui a attribué une note de 1.5.

• **Niveau intellectuel et homogénéité du fonctionnement intellectuel** : Anis ne présente pas d'habileté exceptionnelle, il n'a pas une intelligence aussi développée que celle d'un enfant du même âge. Alors, il nous semble qu'Anis se situe entre la catégorie " fonctionnement intellectuel légèrement anormal" et la catégorie " fonctionnement intellectuel moyennement anormal." Donc, on lui a attribué une note de 2.5.

• **Impression générale** : D'après les données de l'entretien et nos observations, Anis présente un ensemble de symptômes de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA). Alors, il nous semble qu'il se situe entre la catégorie " Autisme moyen" et la catégorie "Autisme sévère." Donc, on lui a attribué une note de 3.5.

Tableau N°4 : Récapitulatif des scores de Anis

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	Score total
3	3	2.5	2.5	1	4	3	2	2	1.5	4	4	1.5	2.5	3.5	40

A la fin, après avoir coté l'ensemble des items et en additionnant les notes attribuées à chaque item, nous constatons que le score final d'Anis à l'échelle du C.A.R.S est de 40, ce qui indique qu'il est sévèrement autiste.

- **Résumé de l'analyse de C.A.R.S**

Selon l'analyse de l'échelle CARS, basée sur les observations directes durant la séance et les informations fournies par la maman, Anis présente des anomalies significatives dans plusieurs domaines évalués. Les principaux champs touchés sont la communication verbale et non verbale, les relations sociales et l'adaptation aux changements. Toutefois, il convient de noter que certains aspects ont été évalués comme étant proches ou conformes à la norme, telle que l'utilisation des objets.

Ces résultats suggèrent la présence de symptômes liés au Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) chez Anis. Le score total de l'échelle CARS, qui s'élève à 40, révèle un niveau d'autisme sévère chez Anis. Cela suggère qu'il présente des caractéristiques autistiques avec une intensité relativement élevée. Ces résultats mettent en évidence les défis spécifiques auxquels Anis peut être confronté dans son développement.

- ❖ **Résumé du cas Anis**

D'après les informations fournies par la maman d'Anis, il est clairement exposé de manière excessive aux écrans, passant de longues heures devant la télévision et utilisant fréquemment un téléphone portable dès un très jeune âge. Cette surexposition aux écrans suscite des inquiétudes quant à son développement et à sa santé, notamment en ce qui concerne sa communication ; car il présente un langage incompréhensible, non fonctionnel et non opérationnel, et il émet des cris, présente de l'écholalie et produit des sons étranges. De plus, qu'il est incapable de pointer du doigt, ou d'exprimer ses besoins ou désirs par le langage gestuel. Ainsi, par rapport à son comportement, il présente de l'agressivité, des gestes inhabituels comme le fait de claquer dans ses mains, et des réactions émotionnelles inadaptées comme les rires nerveux. De plus, la maman constate des difficultés d'interaction avec d'autres enfants et des réactions inappropriées. Récemment, Anis a été diagnostiqué par un

pédopsychiatre comme étant atteint d'un Trouble du Spectre de l'autisme. En conséquence, un sevrage total des écrans lui a été recommandé.

Ainsi, selon l'analyse de l'échelle CARS, basée sur les observations et les informations fournies par la maman, Anis présente des anomalies significatives dans plusieurs domaines évalués. Les principaux domaines touchés sont la communication verbale et non verbale, les relations sociales et l'adaptation aux changements. Ces résultats suggèrent la présence de symptômes liés au Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) chez Anis. Toutefois, il convient de noter que certains aspects ont été évalués comme étant proches ou conformes à la norme, tels que l'utilisation des objets.

Le score total de l'échelle CARS, qui s'élève à 40, révèle un niveau d'autisme sévère chez Anis. Cela suggère qu'il présente des caractéristiques autistiques avec une intensité relativement élevée. Ces résultats mettent en évidence les défis spécifiques auxquels Anis peut être confronté dans son développement.

Deuxième cas : Wassim**1. Données de l'entretien clinique**

Wassim est un jeune garçon âgé de 3 ans et demi, inscrit récemment dans une crèche privée. Sa fratrie est composée de deux garçons dont il est l'aîné et son frère benjamin âgé de 2 ans. Il présente un physique marqué par une maigreur prononcée, une petite taille et des cheveux courts et bouclés. Ainsi, il est connu pour sa tendance à pleurnicher fréquemment.

La mère de Wassim, prénommée Wahiba, a 31 ans. C'est une femme au foyer, bien qu'elle ait un diplôme de niveau universitaire (bac +5). Son père, quant à lui, occupe un poste dans une société privée à Bejaia.

Notre entretien s'est déroulé avec Wahiba, qui a affiché un sourire constant tout au long de notre entretien, et s'est démarquée par sa piété religieuse apparente. Dès que nous lui avons expliqué le sujet et l'objectif de notre rencontre, elle s'est montrée vivement intéressée par notre recherche et a spontanément engagé la conversation sur l'utilisation des écrans par son enfant.

- **Environnement familial et l'utilisation des écrans par l'enfant**

Wahiba a mentionné qu'il y avait quatre écrans au total dans sa maison, dont deux smartphones (le sien et celui de son conjoint) ainsi que deux télévisions (dans le salon et dans la chambre à coucher, où Wassim et ses parents dorment). Elle a déclaré qu'elle utilise son téléphone de manière modérée, mais elle a admis que la télévision reste allumée pendant de longues heures jusqu'à tard la nuit. En conséquence, Wassim, qui dort dans la même chambre, a été exposé à la télévision dès un âge très précoce.

Selon l'entretien avec Wahiba, il apparaît que Wassim regarde la télévision depuis son plus jeune âge, aussi bien pendant la journée que pendant la nuit. Elle

explique : « il passe des nuits blanches en regardant la télévision, ces derniers temps il dort vers 2h, 3h de matin¹² ».

Selon la maman, Wassim montre un intérêt pour les dessins animés en général, mais il est particulièrement attiré par la chaîne "Karameech TV". Elle déclare : « si je fais passer un film ou tout autre contenu, il pleure, crie et ne se calme que lorsque je mets la chaîne Karameech TV ou je lui donne mon portable pour regarder ses vidéos sur youtube¹³ ».

Aussi, La maman affirme qu'elle a tendance à donner son propre smartphone à son fils, notamment pendant les repas. Elle explique que son fils souffre d'un manque d'appétit, donc elle a recours au portable comme un moyen de l'encourager à manger en lui montrant des vidéos, elle témoigne en disant : « Quand mon fils utilise mon portable, toute son attention est captée, ce qui me permet de lui faire avaler de la nourriture sans qu'il s'en rende compte¹⁴ ».

Donc, Wassim utilise même le téléphone portable comme un deuxième écran, et sa maman déclare que celui-ci s'avère être son préféré en raison de son accès facile.

Cependant, selon Wahiba, cette situation s'est inversée et est devenue une source de souffrance pour elle. Après le diagnostic, la pédopsychiatre a recommandé un sevrage total des écrans, ce qui a entraîné des crises durant lesquelles Wassim refuse de manger et utilise le chantage pour obtenir le téléphone. Afin de le sustenter, la maman se retrouve contrainte de céder à ses exigences, elle exprime un sentiment de tristesse et d'impuissance en disant :

¹² « oyganara ikel l3cha ami isvah aditfrij ken, ossanayi igan f 2h, 3h n svah ».

¹³ « makhedmegh film ngh ayn yitn aka aditro adi3yet ami khdmeghasd karameech ngh asfkegh portable iw ahnifrej aken adisosem ».

¹⁴ « assma adidem emi portable iwi tkcham zyes itroh l3eqlis safi schayghas lmakla bla ma i3lem isbla3 ken. »

« Je ne sais pas quoi faire. Quand je le vois dans cet état, cela me fait de la peine, donc je finis par lui donner le téléphone¹⁵ ».

Ainsi, la maman déclare que l'utilisation excessive des écrans par son fils est préoccupante. Bien qu'il ait appris certaines choses grâce à ces écrans, comme les couleurs et les animaux, elle est convaincue que cette surexposition est à l'origine de ses comportements autistiques.

- **Relation et interaction de l'enfant avec sa famille.**

Concernant la relation de Wassim avec sa mère, Wahiba déclare que celle-ci est bonne. Elle affirme qu'elle le comprend et qu'il l'aime, en ajoutant même : « Il m'aime plus que son père¹⁶ ». Cependant, elle a également révélé que la relation entre Wassim et son père est plus compliquée, déclarant que ce dernier peut se montrer parfois violent envers son fils.

Quant à sa relation avec son frère, la maman mentionne qu'il peut parfois se montrer agressif envers lui. Cela est également le cas avec les autres enfants de son entourage. Selon la maman, Wassim n'a pas d'interactions sociales avec les enfants de son âge, même à la crèche, par conséquent, il n'a pas d'ami.

- **Les comportements autistiques chez l'enfant.**

Wassim a été diagnostiqué avec un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) à l'âge de 3 ans et 3 mois. Selon sa mère, il a très peu de contacts sociaux avec son entourage et préfère souvent s'isoler pour s'amuser avec ses jouets préférés (les animaux), ou passer la plupart de son temps à regarder "Karaméch TV", que ce soit à la télévision ou sur le téléphone portable de sa mère.

¹⁵« o3limghara dacho adkhmegh assma athezrgh akn itghitiyi, safi tafkghas ken portable ».

¹⁶« itehibiyi nki kter n bavas ».

Ainsi, la maman évoque le fait que lorsque Wassim est confronté à un groupe d'enfants, il présente des conduites hétéro-agressives, ce qui se manifeste également à la crèche. De plus, elle note qu'il peut également faire preuve d'auto-agressivité lors de certaines crises.

Aussi, dans ce contexte, Wahiba observe qu'il présente des mouvements corporels inhabituels et atypiques pour un enfant de son âge, depuis fort longtemps, la maman déclare « d'ailleurs je le frappe pour qu'il cesse de produire ses gestes¹⁷ ». De plus, il pleure et crie fréquemment sans que cela soit nécessairement lié à une situation stimulante.

En ce qui concerne la communication de Wassim, il a prononcé ses premiers mots ("Mama", "papa") à l'âge de 2 ans. Jusqu'à présent, son vocabulaire est très restreint par rapport aux enfants de son âge. Il est capable de prononcer certains mots, mais il ne forme pas encore de phrases complètes.

Concernant son sommeil, il rencontre de réelles difficultés pour s'endormir. Sa maman affirme qu'il souffre d'insomnie et que le moindre bruit ou la moindre lumière peuvent le réveiller.

Pour l'alimentation de Wassim, sa maman déclare qu'il ne mange pas d'objets non comestibles, mais il a une alimentation déséquilibrée, elle explique en disant « si je ne le force pas, il refuse même de prendre de l'eau¹⁸ ».

Vers la fin, la maman a exprimé sa profonde tristesse en lien avec le diagnostic de son enfant, et elle a partagé ses sentiments en avouant : « J'ai pleuré, j'ai énormément pleuré, mais je ne peux rien faire, je dois accepter la situation et prier Dieu¹⁹. »

¹⁷ « ami itkathegh akn adihves les gestes ayi ».

¹⁸ « okan otetforsi ghara même aman itgami adisso ».

¹⁹ « trough trough achehal, mais olach dacho adkhme gh ilaq adqevlgh w aded3ogh i rebi ».

- **Résumé de l'entretien**

D'après les données de l'entretien clinique, Wassim présente un fort intérêt pour les écrans, en particulier la chaîne "Karameech TV". Dès un âge très précoce il passe de longues heures à regarder la télévision et utilise également le téléphone portable de sa mère pour regarder des vidéos sur YouTube. Donc ce cas a développé une addiction comportementale et présente des réactions agitées accompagnées de pleurs lorsque ceux-ci lui sont retirés ou lorsque d'autres contenus sont proposés. Ainsi, en raison de ses difficultés de communication, notamment par le fait qu'il a un vocabulaire très limité, il est incapable à former des phrases complètes, il émet des cris et présente parfois une inversion pronominale, ainsi que des moments d'écholalie, et de ses interactions sociales limitées, ainsi que de son comportement, présentant de l'agressivité, des mouvements corporels inhabituels et atypiques pour un enfant de son âge, il a été récemment décelé par le pédopsychiatre un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA).

2. Analyse de l'échelle C.A.R.S

En se basant sur les données de l'entretien avec la maman et en observant l'enfant, nous avons utilisé l'échelle de Children Autism Rating Scale (CARS) pour évaluer Wassim. Cette échelle nous permet de coter chaque item afin d'obtenir une évaluation globale de ses symptômes liés au Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA).

- **Relations Sociales :** D'après les avancées de la maman, Wassim présente des anomalies moyennes dans ses relations avec son environnement immédiat et son entourage. Lors de la séance, il semble insensible à notre présence, et parvient rarement à répondre aux attentes. Cependant, l'orthophoniste fait des efforts persistants pour attirer son attention pendant les activités. Alors, il nous semble que Wassim se situe entre la catégorie "anomalie moyennes dans les

relations sociales" et la catégorie " anomalie sévère dans les relations sociales" donc, une note de 3.5 lui a été attribuée.

•**Imitation** : D'après nos observations, Wassim est capable de reproduire certains mots prononcés par l'orthophoniste, notamment les noms des animaux. Néanmoins, sa mère affirme qu'il imite certains de ses comportements ainsi que ceux de son frère. Alors, il nous semble que Wassim se situe dans la catégorie " imitation appropriée" donc, une note de 1 lui a été attribuée.

•**Réponses émotionnelles** : D'après la maman, Wassim présente parfois des émotions inadéquates à la situation, tels que des pleurs et des cris. Elle mentionne également une peur exagérée par rapport aux enfants de son âge, notamment une crainte particulière envers les chiens. Pendant la séance avec l'orthophoniste, Wassim a par moment, pleuré et parfois crié, même en l'absence de stimuli apparents dans son environnement immédiat qui pourrait justifier de telles réactions émotionnelles. Ces actes semblent se produire de manière spontanée, sans cause apparente. Alors il nous semble que Wassim se situe entre la catégorie " réponses émotionnelles moyennement anormales " et la catégorie "réponses émotionnelles sévèrement anormales « donc, on lui a attribué une note de 3.5.

•**Utilisation du corps** : Selon la maman, Wassim présente des conduites d'auto-agressivité. De plus, lors de notre observation, nous avons également remarqué certains comportements moteurs atypiques chez Wassim, qui ont été mentionnés par la maman lors de l'entretien. Il présente une utilisation inhabituelle de ses doigts en touchant son visage de manière bizarre. Néanmoins, nous n'avons pas constaté la présence d'autres mouvements corporels étranges. Alors, il nous semble que Wassim se situe entre la catégorie " utilisation du corps légèrement anormale " et la catégorie " Utilisation du corps moyennement anormale « donc on lui a attribué une note de 2.5.

•**Utilisation des objets** : La maman n'a pas mentionné d'utilisation inadaptée d'objets ou de jouets par Wassim, et lors de la séance avec

l'orthophoniste, nous n'avons pas constaté d'anomalie dans ce domaine. L'enfant semble utiliser les objets et les jouets de manière appropriée. Alors, il nous semble que Wassim se situe dans la catégorie " intérêt normal pour jouets et autres objets, utilisation appropriée" donc on lui a attribué une note de 1.

•**Adaptation au changement** : Selon notre entretien avec la maman, Wassim réagit de manière intense lorsque son téléphone portable lui est confisqué ou lorsqu'il est exposé à un changement de contenu autre que Karameech TV. Cette réaction notable suggère une difficulté d'adaptation à de nouvelles situations ou à des modifications de sa routine liées à l'utilisation des écrans. Or, lors de la séance avec l'orthophoniste, nous avons pu observer un changement d'activité, passant de l'activité de l'identification à une activité optimisée sur le langage, et il n'a pas montré de résistance à ce changement. Alors, il nous semble que Wassim se situe entre la catégorie " réactions légèrement anormales au changement " et la catégorie "réactions moyennement anormales au changement" donc on lui a attribué une note de 2.5.

•**Réponses visuelles** : Lors de nos observations, nous avons remarqué que Wassim démontrait une tendance à éviter le regard et le contact visuel. Pendant la séance, il avait souvent détourné le regard et il était souvent nécessaire de lui rappeler de regarder ce qu'il était en train de faire. Alors il nous semble que Wassim se situe dans la catégorie "réponse visuelles moyennement anormales" donc on lui a attribué une note de 3.

•**Réponses auditives** : Selon les informations fournies par la maman, Wassim ne semble pas réagir de manière inappropriée face au bruit. De plus, lors de notre séance avec lui, nous n'avons pas remarqué d'anomalie particulière dans sa réaction aux stimuli sonores. Alors il nous semble que Wassim se situe dans la catégorie "réponse auditives normales pour l'âge " donc on lui a attribué une note de 1.

•**Goût – Odorat – Toucher (réponses et mode d'exploration)** : Selon les informations fournies par la maman, le déséquilibre alimentaire de Wassim ne

semble pas être lié à une sensibilité particulière aux odeurs ou aux textures des aliments. Il ne montre pas de tendance à manger des objets non comestibles. Lors de notre séance avec l'orthophoniste, nous n'avons pas observé de comportement de mise à la bouche ou d'exploration orale inappropriée des jouets. Cependant, la maman affirme que Wassim réagit de manière intense à la douleur. Alors il nous semble qu'il se situe dans la catégorie "réponse légèrement anormale aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles ; utilisation légèrement anormale des 5 sens." Donc on lui a attribué une note de 2.

•**Peur, anxiété** : La maman a fait part de l'anxiété et de la peur exagérées de Wassim envers les chiens, ce qui pourrait être considéré comme légèrement anormal. Alors, il nous semble que Wassim se situe entre la catégorie "peur et anxiété normale" et la catégorie peur et "anxiété légèrement anormales" donc, une note de 1.5 lui a été attribuée.

•**Communication verbale** : D'après les déclarations de la maman et nos constatations, il est évident que Wassim s'exprime de façon relativement compréhensible, bien qu'avec un vocabulaire limité par rapport aux enfants de son âge. Il est capable de prononcer certains mots, mais n'est pas encore apte à former des phrases complètes. De plus, il émet des cris et présente parfois une inversion pronominale, ainsi que des moments d'écholalie, mais il ne produit pas de sons bizarres. Alors il nous semble que Wassim se situe dans la catégorie "communication verbale moyennement anormale." Donc on lui a attribué une note de 3.

•**Communication non verbale** : notre cas est capable de pointer. Néanmoins, il présente souvent des gestes bizarres, particuliers n'ayant de signification apparente. Alors, il nous semble que Wassim se situe entre la catégorie "communication non verbale légèrement anormale" et la catégorie "communication non verbale moyennement anormale" ainsi, une note de 2.5 lui a été attribuée.

• **Niveau d'activité :** Selon la maman, Wassim présente un niveau d'activité plus élevé que les autres enfants de son âge. Elle a déclaré qu'il est difficile à contrôler parfois, et qu'il n'est pas obéissant. Ainsi, d'après nos observations, Wassim est légèrement plus agité qu'un enfant du même âge dans une situation semblable ; dès qu'il est entré au bureau, il s'est montré un peu actif. Alors, il nous semble que Wassim se situe entre la catégorie " niveau d'activité légèrement anormal " et la catégorie "niveau d'activité moyennement anormal." Donc, on lui a attribué une note de 2.5.

• **Niveau intellectuel et homogénéité du fonctionnement intellectuel :** Wassim ne présente pas d'habileté exceptionnelle, il n'a pas une intelligence aussi développée que celle d'un enfant du même âge et ses capacités sont également retardées dans tous les domaines. Alors, il nous semble que Wassim se situe entre la catégorie " fonctionnement intellectuel **légèrement** anormal" et la catégorie " fonctionnement intellectuel moyennement anormal". Donc, on lui a attribué une note de 2.5.

• **Impression générale :** D'après les données de l'entretien et nos observations, Wassim présente un ensemble de symptômes de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA). C'est pourquoi, il nous semble que Wassim se situe dans la catégorie " Autisme moyen". Donc, on lui a attribué une note de 3.

Tableau N°5 : récapitulatif des scores de Wassim

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	Score total
3.5	1	3.5	2.5	1	2.5	3	1	2	1.5	3	2.5	2.5	2.5	3	35

Finalement, après avoir coté l'ensemble des items et en additionnant les notes attribuées à chaque item, nous constatons que le score final de Wassim à

l'échelle du C.A.R.S est de 35, ce qui indique qu'il est légèrement à moyennement autiste.

- **Résumé de l'analyse de C.A.R.S.**

Selon l'analyse de l'échelle CARS, qui prend en compte nos observations et les informations fournies par la maman, il est possible de constater que Wassim présente des anomalies significatives dans la plupart des éléments évalués, principalement dans les relations sociales, les réponses émotionnelles, les réponses visuelles et la communication verbale. Celles-ci révèlent la présence de symptômes associés au Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA). En revanche, il est important de souligner que certains aspects ont été évalués comme étant dans la norme, telles que les réponses auditives, l'utilisation des objets, l'adaptation au changement et l'imitation.

Ainsi, le score total de 35 obtenu en additionnant les différents items de l'échelle CARS indique un niveau d'autisme légèrement à moyennement élevé chez Wassim. Cela signifie qu'il présente des caractéristiques autistiques, mais avec une intensité relativement limitée par rapport à des cas plus sévères.

- ❖ **Résumé du cas Wassim**

D'après les données de l'entretien clinique, Wassim présente un fort intérêt pour les écrans, en particulier la chaîne "Karameech TV". Dès un âge très précoce il passe de longues heures à regarder la télévision et utilise également le téléphone portable de sa mère pour regarder des vidéos sur YouTube. Donc ce cas a développé une addiction comportementale et présente des réactions agitées accompagnées de pleurs lorsque ceux-ci lui sont retirés ou lorsque d'autres contenus sont proposés. Ainsi, en raison de ses difficultés de communication, notamment par le fait qu'il a un vocabulaire très limité, il est incapable à former des phrases complètes, il émet des cris et présente parfois une inversion pronomiale, ainsi que des moments d'écholalie, et de ses interactions sociales limitées, ainsi que de son comportement, présentant de l'agressivité, des

mouvements corporels inhabituels et atypiques pour un enfant de son âge, il a été récemment décelé par le pédopsychiatre un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA).

Selon l'analyse de l'échelle CARS, qui prend en compte nos observations et les informations fournies par la maman, il est possible de constater que Wassim présente des anomalies significatives dans la plupart des éléments évalués, principalement dans les relations sociales, les réponses émotionnelles, les réponses visuelles et la communication verbale. Celles-ci révèlent la présence de symptômes associés au Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA). En revanche, il est important de souligner que certains aspects ont été évalués comme étant dans la norme, telles que les réponses auditives, l'utilisation des objets, l'adaptation au changement et l'imitation.

Ainsi, le score total de 35 obtenu en additionnant les différents items de l'échelle CARS indique un niveau d'autisme légèrement à moyennement élevé chez Wassim. Cela signifie qu'il présente des caractéristiques autistiques, mais avec une intensité relativement limitée par rapport à des cas plus sévères.

Troisième cas : Youcef**1. Les données de l'entretien clinique**

Youssef, un jeune garçon de 4 ans, a intégré une crèche privée dès l'âge de 3 ans. Il possède une stature moyenne et une chevelure noire. Il fait partie d'une fratrie de deux enfants, ayant un frère aîné de 10 ans. Ils résident à Bejaia.

Le père de Youssef exerce en tant que proviseur dans un lycée, tandis que sa mère, qui se prénomme Rachida, est une femme au foyer. Rachida, d'une stature plutôt petite, présente un léger surpoids et porte le voile

Une fois notre sujet de recherche et l'objectif de l'entretien exposés, Rachida a gracieusement accepté de nous raconter l'histoire de son fils et sa relation avec les écrans, notamment le smartphone. Bien qu'elle est légèrement timide, elle arborait un sourire bienveillant. Elle nous a alors exposé en détail comment l'utilisation du téléphone portable a eu des répercussions sur son fils Youcef.

• Environnement familial et l'utilisation des écrans par l'enfant

Rachida a fait mention de la présence de six écrans chez elle, comprenant trois téléphones portables (deux appartenant aux parents et un supplémentaire), deux téléviseurs (l'une installée dans le salon et l'autre dans la chambre des parents) et une console de jeux PlayStation (dans la chambre des enfants, là où Youssef dormait). Par ailleurs, la maman déclare utiliser régulièrement son téléphone portable, notamment pour rester connectée aux réseaux sociaux, étant donné que sa famille réside en France. De plus, elle l'utilise également pour visionner des films et consulter des recettes de cuisine.

La mère a clairement admis qu'elle avait instauré l'habitude de donner à son fils Youcef le téléphone supplémentaire pour un usage individuel dès l'âge d'un an, dans le but de le tenir à l'écart et éviter toute perturbation. D'après la maman,

cette situation a atteint un stade où le contact et la communication entre elle et son fils sont devenus limités. Rachida explique en déclarant : « Je pense que je suis moi-même obsédée par le téléphone portable²⁰ ». Elle avance comme argument que malheureusement, en raison du confinement imposé par la pandémie de Covid-19, ils étaient contraints de suivre cette routine constante, sans possibilité de modifier leur situation.

Ainsi, elle expose le fait qu'elle met des dessins animés et des chansons destinées aux jeunes enfants pour occuper son fils dès son réveil et tout au long de la journée. Donc, Youcef est exposé d'une manière précoce et excessive au téléphone portable, Rachida affirme en disant : « je ne lui retire le téléphone que pendant les repas »²¹.

Par suit, la mère constate que lorsqu'elle tente de retirer le téléphone portable à son enfant, ce dernier réagit violemment en déclenchant des crises. Il se met à crier, à pleurer et parfois même à refuser de se nourrir. Cette situation met en évidence une forte dépendance de Youcef vis-à-vis de son téléphone, ce qui entraîne des comportements perturbateurs et une grande difficulté à se séparer de l'appareil. Et elle nous dit : « mon enfant est obnubilé par ces dessins animés »²².

De plus, la maman a également remarqué que, dès l'âge d'environ 2 ans et demi, Youcef s'était mis à la console PlayStation, qui se trouve dans la chambre qu'il partage avec son frère. Et l'aîné, lui, reste souvent branché à cette console jusqu'à tard dans la nuit alors, ce qui a incité Youcef à l'imiter. Cette situation soulève des inquiétudes quant à l'exposition précoce de Youcef aux jeux vidéo et à son impact potentiel sur son développement et son sommeil.

²⁰« twalagh oma d nki bezaf kchemgh g téléphone »

²¹« takasghasth kn asma aditado adich lmakla »

²² « emi itwazdegh s les comiques ayi »

- **Relation et interaction de l'enfant avec sa famille**

Selon notre entretien, Rachida a remarqué que son fils adoptait un comportement étrange, dans la mesure où il ne demande rien à sa mère, ne joue pas avec elle comme son frère le faisait, et ne partage pas de moments avec son père. De plus, en ce qui concerne sa relation avec son frère, ils passent du temps ensemble en jouant aux jeux vidéo, mais il arrive que Youcef cherche parfois à lui infliger des coups. Selon la maman, il témoigne peu d'affection envers toute la famille.

- **Les comportements autistiques chez l'enfant**

Youcef a été diagnostiqué de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) à l'âge de trois ans et demi. Selon ce qui a été mentionné dans notre entretien, Youcef éprouve un retard de langage et ne parle pas comme les autres enfants du même âge. D'après la maman, son fils n'arrive pas à communiquer verbalement d'une manière adéquate avec sa langue maternelle et il utilise plutôt des termes incohérents en anglais, une langue étrangère que personne dans son entourage ne parle couramment. Il est probable qu'il ait appris ces mots à travers le contenu qu'il regarde sur le téléphone. Alors, Youcef s'exprime principalement à travers les gestes.

En ce qui concerne ses réactions au contact avec son entourage, la maman évoque que Youcef rencontre des difficultés à établir des liens sociaux normaux, comparativement à d'autres enfants du même âge. Il présente un comportement agressif envers les enfants et les adultes. De plus, lorsqu'il se trouve face à un groupe d'individus, il pleure constamment et fait des crises de colère. Rachida explique en disant : «je suis privé des assemblés familiaux à cause de mon fils²³ ».

²³ « twahermegh g nejma3 n la famille 3la jal n emi »

Quant à son comportement, Rachida a observé plusieurs conduites répétitives chez Youssef notamment l'écholalie (Mather, yes), de plus, il effectue des gestes étranges avec ses mains, en touchant son visage et tournant ses yeux.

Elle a remarqué qu'il saute intensément, et devient agressif lorsqu'on lui enlève son téléphone. Son agitation excessive est également notable, et il peut même pleurer sans raison apparente. La mère exprime ses sentiments de tristesse et de remords : « c'est moi qui ai abandonné mon fils pour rester dans tranquillité et me tenir loin de l'agitation »²⁴ .

Ainsi, Rachida souligne de manière récurrente que son fils présente des différences notables par rapport à son premier enfant. Selon elle, la surexposition aux téléphones portables et à la console PlayStation constitue la cause principale de sa souffrance actuelle. Elle soutient fermement que l'utilisation excessive du smartphone et des jeux vidéo a conduit à ce diagnostic de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) pour son enfant.

• Résumé de l'entretien

Selon les données de l'entretien, Youcef, un enfant de 4 ans, a été exposé de manière excessive aux écrans, notamment aux téléphones portables et à la console PlayStation. Sa mère, Rachida, a admis lui avoir donné un téléphone portable dès l'âge d'un an, créant ainsi une habitude précoce d'utilisation des écrans. Cependant, elle a remarqué que Youcef avait des troubles de communication notamment de l'écholalie, en plus d'utiliser des termes incohérents en anglais et utilisait plutôt des gestes pour s'exprimer.

Par ailleurs, Rachida souligne que Youcef a du mal à établir des relations sociales normales, manifestant un comportement agressif envers les enfants et

²⁴«Naki ithijan aken bach adaqimagh nek g lahna adba3degh i l3yatis»

les adultes. Elle attribue ces difficultés à la surexposition aux écrans, allant même jusqu'à affirmer que cela a contribué au diagnostic d'autisme de Youcef.

2. Analyse de l'échelle de CARS

En se basant sur les données de l'entretien avec la maman et en observant l'enfant, nous avons utilisé l'échelle de Children Autism Rating Scale (CARS) pour évaluer Youcef. Cette échelle nous permet de coter chaque item afin d'obtenir une évaluation globale de ses symptômes liés au Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA).

- **Relation Sociales :** Selon les informations fournies par la maman lors de l'entretien, Youcef éprouve des difficultés à établir des liens sociaux avec son environnement familial et social, y compris à la crèche. Il préfère se retirer dans sa bulle en utilisant son téléphone portable plutôt que de jouer avec les autres enfants. Nos observations confirment ces difficultés, car il semble insensible à notre présence lors de la séance en présence de l'orthophoniste et ne fait aucun effort pour initier un minimum de contact. Son comportement témoigne d'un retrait social et d'une certaine indifférence envers son entourage. Alors, il nous paraît que Youcef se situe entre la catégorie " anomalies moyennes dans les relations " et la catégorie " Anomalies sévères dans les relations » donc, on lui a attribué une note de 3.5.

- **Imitations :** D'après nos observations et notre entretien avec la maman, nous avons constaté que le fils ne parvient pas à reproduire les simples mots, les sons et les gestes que nous lui présentons. Cependant, nous avons remarqué qu'il est capable d'effectuer certains comportements moteurs et verbaux qu'il a observés dans les dessins animés. Alors, il nous semble que Youcef appartient à la catégorie de « Imitation moyennement anormale » Donc, on lui a attribué une note de 3.

•**Réponse émotionnelle** : D'après nos observations, Youssef montre des signes d'une instabilité émotionnelle pendant la séance, exprimant des cris excessifs et des pleurs sans raison apparente. La maman a corroboré ces comportements, en mentionnant qu'ils se manifestent également à la maison. De plus, elle a souligné que Youssef présente parfois des rires nerveux. Alors, il nous semble que Youcef appartient à la catégorie de « Réponses émotionnelles moyennement anormales » Donc, on lui a attribué une note de 3.

•**Utilisation du Corps** : D'après notre observation, nous avons remarqué plusieurs comportements troublants chez Youssef. Tout d'abord, il a manifesté de l'agressivité envers sa mère, exprimant son refus de participer à la séance d'orthophonie. De plus, il a présenté des gestes corporels inhabituels tels que des claquements de mains et des frappes sur la table pendant la séance. Alors, il nous semble que Youcef appartient à la catégorie « Utilisation moyennement anormale du corps ». Donc, on lui a attribué une note de 3.

•**Utilisation des objets** : Selon notre entretien avec la maman, aucune anomalie n'a été révélée dans ce domaine. Cependant, lors de la séance, nous avons donné une voiture à Youssef afin d'observer sa façon de jouer. Nous avons remarqué qu'il manifeste un intérêt particulier pour les roues de la voiture. Alors, il nous semble que Youcef appartient de la catégorie « Intérêt moyennement anormal pour les objets, utilisation moyennement inappropriée » Donc, on lui a attribué une note de 3.

•**Adaptation au changement** : Suite à notre entretien avec la maman, nous avons constaté qu'une réaction anormale se produit chez Youcef lorsqu'on lui retire son téléphone portable, ce qui se manifeste par des pleurs et des cris intenses. Or, lors de la séance avec l'orthophoniste, nous avons pu observer un changement d'activité, passant de l'activité de l'identification à une activité optimisée sur le langage, et il n'a pas montré de résistance à ce changement. Alors, il nous semble que Youcef se situe entre la catégorie " réactions

légèrement anormales au changement " et la catégorie "réactions moyennement anormales au changement" donc on lui a attribué une note de 2.5.

• **Réponses visuelles** : D'après nos observations, il apparaît que Youcef évite de regarder vers nous et montre plutôt un intérêt pour les lumières présentes dans la pièce. De plus, lorsqu'il jouait avec la voiture, nous avons remarqué qu'il la tenait très près de ses yeux. Alors, il nous semble que Youcef appartient à la catégorie « réponses visuelles moyennement anormales ». Donc, on lui a attribué une note de 3.

• **Réponses auditives** : D'après les dires de la maman et notre remarque. Youcef semble réagir de manière légèrement excessive à certains bruits provenant de l'extérieur. Alors, il nous semble qu'il appartient à la catégorie « réponses auditives légèrement anormales ». Donc, on lui a attribué une note de 2.

• **Goût -Odorat -Toucher (Réponses et modes d'exploration)** : Selon l'entretien avec Rachida, il est mentionné que Youcef ne présente aucun problème au niveau de ses sens. Il explore les nouveaux objets de manière appropriée, ne met pas d'objets non comestibles dans sa bouche tels que les jouets, et réagit de manière modérée à la douleur. Alors, il nous semble que Youssef appartient de la catégorie « Réponse normale. Aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles ; utilisation normale des 5 sens » Donc, on lui a attribué une note de 1.

• **Peurs, anxiété** : Selon sa maman Youssef ne présente pas une émotion de peur ou une anxiété anormal comparée aux enfants du même âge. Néanmoins, on a constaté une réaction de peur excessive face à la séance d'orthophonie. Alors, il nous semble que Youssef appartient de la catégorie « Peur ou anxiété légèrement anormale » Donc, on lui a attribué une note de 2.

• **Communication verbale** : Selon notre entrevue avec la mère, Youssef présente une altération de langage, se manifestant par un langage non fonctionnel et non opérationnel, ainsi que de l'écholalie, qui est la répétition

involontaire des mots entendus. Lors de la séance, nous lui avons montré une image et lui avons demandé : "Qu'est-ce que c'est ?", il a répété la question en disant : "Qu'est-ce que c'est ?". Alors, il nous semble que Youssef appartient de la catégorie. « Communication verbale sévèrement anormale » Donc, on lui a attribué une note de 4.

• **Communication non verbale :** Selon notre appréciation pendant la séance, son fils a la capacité de pointer avec son doigt ou de toucher ce qu'il souhaite, tout comme les autres enfants typiques, d'ailleurs il s'exprime qu'avec le langage gestuel. Alors, il nous semble que Youssef appartient de la catégorie « Communication non-verbale normale pour l'âge et la situation ». Donc, on lui a attribué une note de 1.

• **Niveau d'activité :** Selon notre observation et les témoignages de sa mère, Youcef est extrêmement dynamique et a une tendance à bouger constamment, ce qui rend difficile de le maîtriser. Même pendant la séance, il est très agité et se déplace dans tout le bureau, ce qui rend son contrôle difficile. Alors, il nous semble qu'il appartient à la catégorie « niveau d'activité moyennement anormal » Donc, on lui a attribué une note de 3.

• **Niveau et homogénéité de fonctionnement intellectuel :** D'après notre observation et l'entretien avec sa maman, il semble que Youcef présente des retards dans toutes les sphères de développement, et qu'il soit dépourvu d'intelligence. Et il ne manifeste pas une habileté particulière. Alors, il nous semble que Youssef appartient de la catégorie « fonctionnement intellectuel moyennement anormal » Donc, on lui a attribué une note de 3.

• **Impression générale :** D'après les informations recueillies lors de l'entretien et nos observations, il est évident que Youcef présente un ensemble de symptômes caractéristiques du Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA). Alors, il nous semble qu'il se situe entre la catégorie " Autisme moyen" et la catégorie "Autisme sévère." Donc, on lui a attribué une note de 3.5.

Tableau N°6 : récapitulatif des scores de Youcef

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	Score globale
3.5	3	3	3	3	2.5	3	2	1	2	4	1	3	3	3.5	40.5

Après avoir évalué l'ensemble des items et additionné les notes correspondantes, nous constatons que le score final de Youcef à l'échelle du C.A.R.S est de 40.5, ce qui indique un niveau de sévérité élevé du trouble autistique.

• Résumé de CARS

Selon l'analyse de l'échelle CARS qui est basée sur les observations directes lors de la séance et les informations fournies par la maman, révèle la présence de plusieurs anomalies significatives chez Youcef. Ces anomalies concernent principalement la communication verbale, les relations sociales, l'utilisation du corps et les réponses visuelles. Cependant, certains aspects tels que le goût, l'odorat et le toucher, ainsi que la communication non verbale, semblent se situer proches ou conformes à la norme. Ces résultats indiquent la présence de symptômes liés au Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) chez Youcef. Et le score total obtenu sur l'échelle CARS, qui atteint 40.5, confirme un niveau d'autisme sévère. Cette évaluation met en évidence des caractéristiques autistiques importantes et suggère que notre cas fait face à des défis spécifiques dans son développement.

❖ Résumé du cas Youcef

Selon les données de l'entretien, Youcef, un enfant de 4 ans, a été exposé de manière excessive aux écrans, notamment aux téléphones portables et à la console PlayStation. Sa mère, Rachida, a admis lui avoir donné un téléphone portable dès l'âge d'un an, créant ainsi une habitude précoce d'utilisation des écrans. Cependant, elle a remarqué que son enfant avait des troubles de communication notamment de l'écholalie, en plus d'utiliser des termes incohérents en anglais et utilisait plutôt des gestes pour s'exprimer.

Par ailleurs, Rachida souligne que Youcef a du mal à établir des relations sociales normales, manifestant un comportement agressif envers les enfants et les adultes. Elle attribue ces difficultés à la surexposition aux écrans, allant même jusqu'à affirmer que cela a contribué au diagnostic d'autisme de Youcef.

A partir, l'analyse de l'échelle CARS qui est basée sur les observations directes lors de la séance et les informations fournies par la maman, révèle la présence de plusieurs anomalies significatives chez Youcef. Ces anomalies concernent principalement la communication verbale, les relations sociales, l'utilisation du corps et les réponses visuelles. Cependant, certains aspects tels que le goût, l'odorat et le toucher, ainsi que la communication non verbale, semblent se situer proches ou conformes à la norme. Ces résultats indiquent la présence de symptômes liés au Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) chez Youcef. Et le score total obtenu sur l'échelle CARS, qui atteint 40.5, confirme un niveau d'autisme sévère. Cette évaluation met en évidence des caractéristiques autistiques importantes et suggère que notre cas fait face à des défis spécifiques dans son développement.

Quatrième cas : Meriem

1. Les données de l'entretien clinique

Meriem est une petite fille de trois ans qui inscrite actuellement dans une crèche privée. Elle est de petite taille, avec des cheveux noirs et longs. Elle fait partie d'une fratrie composée d'un frère de huit ans et d'une petite sœur âgée de neuf mois. Ils résident dans la ville de Bejaia.

Ses parents exercent tous deux leur activité professionnelle dans le port de la ville, son père se nomme Kamel et sa mère Souad. Celle-ci est d'une grande taille et porte le voile avec élégance, présentant ainsi, une allure soignée et distinguée.

Après avoir expliqué le sujet de notre étude et l'objectif de notre entretien, Fatiha a accepté d'aborder le cas de sa fille Meriem et sa relation avec la télévision. Elle s'est montrée très ouverte et a répondu à toutes nos questions avec confiance, en mentionnant également comment l'utilisation des écrans a influencé sa fille.

• Environnement familial et l'utilisation des écrans par l'enfant

Souad a indiqué qu'il y a cinq écrans chez elle, incluant deux smartphones, deux télévisions (une dans la chambre à coucher et une dans le salon), ainsi qu'un ordinateur. À la maison, Souad continue de travailler sur son ordinateur pour terminer les tâches qu'elle n'a pas pu accomplir au bureau. Elle mentionne également que son conjoint utilise régulièrement son téléphone portable pour naviguer sur les réseaux sociaux.

Lors de notre entretien avec la mère, elle nous a expliqué qu'elle avait confié la garde de son enfant à la grand-mère maternelle pendant ses heures de travail. Et pendant cette période, Meriem passe toute sa journée devant la télévision.

Ainsi, le soir, Souad souligne que sa fille dort actuellement dans la chambre parentale, tandis que les parents ont l'habitude de regarder leurs émissions préférées à la télévision chaque nuit. Par conséquent, Meriem est inévitablement exposée à cet écran avant de dormir. Cependant, la maman n'a pas signalé d'anomalies concernant son sommeil et elle explique cela en disant : « Je ne sais pas exactement à quelle heure ma fille s'endort, la plupart du temps, lorsque j'éteins la télévision, je la trouve déjà endormie²⁵ ».

La maman a également remarqué qu'à partir de l'âge d'environ un an et demi, lors des weekends, Meriem exprime continuellement le désir d'aller chez sa grand-mère. Elle le manifeste en criant et en pleurant, et cette agitation ne se calme que lorsque Souad lui accorde l'accès à la télévision pour regarder des dessins animés. Cette préférence de Meriem pour aller chez sa grand-mère semble être liée à son désir de regarder les dessins animés qui la captivent et la divertissent.

La mère souligne que Meriem est actuellement complètement dépendante des dessins animés, les regardant en continu, même pendant les repas. Elle précise également qu'elle n'a pas remarqué d'intérêt spécifique de sa fille pour une chaîne ou un dessin animé en particulier, mais plutôt une fascination pour tout ce qui est agité et coloré. Meriem semble être attirée par le mouvement et les couleurs plutôt que par un contenu spécifique.

Ainsi, Souad avoue que lorsqu'on essaie de mettre fin au visionnage en éteignant la télévision, Meriem réagit de manière extrêmement intense en criant, en pleurant et en se roulant par terre. Elle exprime une forte opposition et une grande frustration face à la rupture de son exposition aux dessins animés. La

²⁵«o3limghara fachehal itgan exacte mahsouv aywq tdogh adskhsigh la télé atfegh déjà tyen ».

maman explique en disant : « Meriem se concentre sur l'écran et ne montre aucun intérêt à jouer avec les autres²⁶ ».

Alors, malgré les recommandations récentes des spécialistes, notamment la pédopsychiatre, de procéder à un sevrage total des écrans, la maman admet qu'elle n'a pas été en mesure de le réaliser en raison de la réaction intense de sa fille. Par conséquent, Meriem est actuellement surexposée à la télévision.

- **Relation et interaction de l'enfant avec sa famille.**

La mère nous a informés que Meriem préfère jouer seule, se concentre uniquement sur la télévision, et ne montre aucun intérêt à engager une conversation ou à interagir avec sa mère, son père, son frère et même sa petite sœur.

Souad a également mentionné que Meriem n'initie pas de conversations avec les petites voisines de son âge qui habitent à proximité, contrairement à son frère. Même les éducatrices ont remarqué qu'elle ne joue pas avec les autres enfants et préfère rester seule dans les coins. D'après la maman, ce comportement s'observe même lorsqu'ils vont au manège ou dans les lieux de divertissement social, où elle n'exprime aucun désir de sociabilité que ce soit avec les parents ou autre.

- **Les comportements autistiques chez l'enfant.**

Meriem a été diagnostiquée à l'âge de 2ans et 8 mois de Trouble Spectre de l'Autisme (TAS). Selon notre entretien, la mère nous a révélé que sa petite fille a commencé à parler et à dire des mots tels que "maman" et "papa" dès l'âge de sept mois. En revanche, elle rencontre actuellement des difficultés pour construire une petite phrase simple. Au lieu de s'exprimer verbalement, elle réagit en criant et en pleurant. De plus, elle ne comprend pas la langue

²⁶« illi assma atkchem g la télé isduqi3ara ik1 g la3va lwahi d lwachul »

maternelle et ne prononce que quelques mots en français, principalement acquis en regardant les dessins animés. La maman s'exprime « ma fille reproduit les noms des fruits et des animaux qu'elle entend à la télé ... »²⁷.

Concernant sa sociabilité, Selon la maman, Meriem présente une altération des relations sociales, car elle éprouve des difficultés à interagir et à partager des moments avec tous les membres de sa famille, y compris sa mère. De plus, cela se reflète également dans son environnement social, que ce soit avec les voisins, à la crèche ou dans d'autres contextes. La maman explique que Meriem semble complètement repliée sur elle-même, vivant dans sa propre bulle.

Par ailleurs, la mère a noté des comportements inhabituels chez Meriem, comme des sauts et des coups sur la table. Elle a également remarqué que Meriem a tendance à pleurer plus souvent que son frère. Souad a constaté que sa fille refuse de manger avec une cuillère et préfère manger devant la télévision en utilisant uniquement ses mains. Donc, Meriem ne participe pas aux repas familiaux.

La mère de Meriem éprouve un sentiment de culpabilité en témoignant « Si j'avais su que ma chère petite se comporterait ainsi je n'aurais jamais travaillé et je l'aurais gardée avec moi ».²⁸

• Résumé de l'entretien

D'après les données de l'entretien, Meriem âgée de trois ans, elle a été exposée à la télévision dès l'âge de 3 mois d'une manière abusive. Sa mère remarque qu'elle présente une dépendance excessive à la télévision, passant la majorité de son temps en regardant les dessins animés. Malgré les recommandations des spécialistes de limiter l'exposition aux écrans, la maman n'a pas réussi à mettre en place un sevrage en raison de la réaction violente de

²⁷ « That3awadayid lfakiha dal hayawanat akeni indaqaran g la télé»

²⁸« aka awa nwich aka ilaq jamais ak adkhamagh okan jigh ili ghor »

Meriem. En conséquence, Meriem est surexposée à la télévision, ce qui impacte son comportement sa communication et sa sociabilité. Elle préfère jouer seule, se concentre uniquement sur la télévision et n'exprime aucun intérêt à interagir avec sa famille ou les autres enfants. De plus, Meriem semble vivre dans sa propre bulle, ce qui limite ses interactions avec son environnement social.

2. Analyse de l'échelle de CARS

En se basant sur les données de l'entretien avec la maman et en observant l'enfant, nous avons utilisé l'échelle de Children Autism Rating Scale (CARS) pour évaluer Meriem. Cette échelle nous permet de coter chaque item afin d'obtenir une évaluation globale de ses symptômes liés au Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA).

- **Relation Sociales :** Lors de nos observations, nous avons constaté que Meriem rencontrait des difficultés dans ses interactions sociales. Dès notre première rencontre, elle semblait indifférente à notre présence et refusait de participer à des jeux. Cela suggère qu'elle éprouve des difficultés à établir des liens sociaux et à s'engager dans des activités ludiques avec les autres. Cette situation a également été confirmée par sa maman. Pendant la séance, Meriem ne cherchait pas à établir de contact, ce qui souligne son altération dans les relations sociales. Alors, il nous semble que Meriem appartient à la catégorie "anomalies sévères dans les relations". Donc, on lui a attribué une note de 4.

- **Imitations :** D'après nos observations, Meriem rencontre des difficultés à reproduire les paroles et les gestes qui lui ont été montrés lors de la séance. Sa capacité d'imitation est limitée, ce qui soulève des inquiétudes quant à son développement. Sa mère confirme que cela se manifeste également dans son environnement familial. Meriem ne parvient à reproduire que quelques gestes et mots qu'elle a l'habitude de voir à la télévision. Alors, il nous semble que

Meriem appartient à la catégorie "imitations moyennement anormal. Donc, on lui a attribué une note de 3.

•**Réponse émotionnelle** : Selon nos observations, la petite fille a vécu une situation stressante pendant la séance. Elle a commencé à crier et à pleurer, même en l'absence d'obstacles évidents pouvant la déranger ou la mettre mal à l'aise. Sa mère, Souad, explique que ces réactions émotionnelles se reproduisent fréquemment à la maison et à la crèche sans raison apparente. Alors il nous semble que Meriem se situe entre la catégorie de "réponses émotionnelles moyennement anormales" et "réponse émotionnelles sévèrement anormales", Donc on lui a attribué une note de 3,5.

•**Utilisation du Corps** : Pendant la séance, nous avons pu observer chez Meriem certains comportements tels que le tapage répété de ses mains sur la table et des sauts qui ressemblent à ceux des personnages de dessins animés qu'elle regarde quotidiennement à la télévision. De plus, nous avons remarqué des mouvements inhabituels avec ses doigts. Alors, il nous semble que Meriem se situe dans la catégorie de « utilisation moyennement anormale du corps ». Donc on lui a attribué une note de 3.

•**Utilisation des objets** : D'après nos observations, Meriem présente une utilisation normale des objets. Nous lui avons fourni divers jouets pour évaluer sa capacité à les utiliser, et nous avons constaté qu'elle les manipulait de manière appropriée. Cependant, selon sa maman, Meriem a tendance à jeter les objets et les jouets par terre. Alors, il nous apparaît que Meriem se situe dans la catégorie « d'intérêts légèrement anormaux pour les jouets et les autres objets Utilisation légèrement inappropriée ». Donc, on lui a attribué une note de 2.

•**Adaptation au changement** : Suite à notre entretien avec la maman, nous avons remarqué que Meriem présente une réaction anormale lorsqu'elle est privée de la télévision, exprimée par des pleurs et des cris intenses. Cependant, lors de la séance avec l'orthophoniste, nous avons pu observer un changement d'activité, passant de l'activité de l'identification à une activité centrée sur le

langage. Pendant cette transition, Meriem n'a pas manifesté de résistance et s'est engagée activement dans l'activité proposée. Alors, il nous semble que Meriem se situe entre la catégorie "réactions légèrement anormales au changement" et la catégorie "réactions moyennement anormales au changement" donc on lui a attribué une note de 2.5.

•**Réponses visuelles** : Selon ce que nous avons remarqué, D'après nos observations, il semble que Meriem ne rencontre pas une difficulté pour maintenir un contact visuel avec nous. Lorsqu'on essaie de parler avec elle, on arrive à croiser son regard. Alors, il nous semble que Meriem se situe dans la catégorie "Réponses visuelles appropriées pour l'âge". Donc, on lui a attribué une note de 1.

•**Réponses auditives** : D'après les informations fournies par la maman, Meriem ne semble pas réagir de manière inappropriée face au bruit. Elle ne présente pas de sensibilité excessive ou de réaction excessive aux stimuli sonores. De plus, lors de notre séance avec elle, nous n'avons pas observé d'anomalie particulière dans sa réaction aux différents sons qui lui étaient présentés. Alors il nous semble que Meriem se situe dans la catégorie "réponse auditives normales pour l'âge" donc on lui a attribué une note de 1.

•**Goût -Odorat -Toucher (Réponses et modes d'exploration)** : D'après notre entretien avec sa maman, il est évident que Meriem a la capacité de renifler les aliments et est sensible à leurs odeurs. Cette information est également confirmée par nos observations lors de notre séance avec elle. Lorsqu'on lui a offert des bonbons, elle a immédiatement pris le temps de les sentir avant de les mettre en bouche. De plus, notre cas ne montre pas de tendance à manger des objets non comestibles. Lors de notre séance, nous n'avons pas observé de comportement de mise à la bouche ou d'exploration orale inappropriée des jouets. Cependant, la maman affirme que Meriem réagit de manière exacerbée à la douleur, elle a déclaré que lorsqu'elle ressent une simple pincée, elle ne cesse de pleurer de façon excessive. Alors il nous semble qu'elle

se situe entre la catégorie "Réponses légèrement anormales" et la catégorie "réponses moyennement anormales aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles ; utilisation légèrement anormale des 5 sens." Donc on lui a attribué une note de 2.5.

• **Peurs, anxiété** : Selon sa maman et nos observations, Meriem ne présente pas une émotion de peur ou une anxiété anormale comparée aux enfants du même âge. Il nous semble qu'elle se situe dans la catégorie "peur ou anxiété normale". Donc, on lui a attribué une note de 1.

• **Communication verbale** : Selon nos observations et l'entretien avec la maman, il est clair que Meriem ne présente pas un langage compréhensible, fonctionnel et opérationnel. Nous avons remarqué qu'elle engage principalement des comportements d'écholalie en répétant les derniers mots de la phrase, ce qui peut indiquer des difficultés de communication et de compréhension. De plus, elle émet des sons inhabituels qui ressemblent à ceux des animaux. Alors, il nous semble que Meriem se situe dans la catégorie "communication verbale sévèrement anormale". Donc, on lui a attribué une note de 4.

• **Communication non verbale** : Selon nos observations, Meriem a la capacité de pointer du doigt vers les objets qu'elle souhaite obtenir, ce qui indique une certaine compréhension des gestes de communication. Cependant, la maman rapporte que sa fille présente des difficultés à comprendre et à réagir aux signaux de communication non verbaux, tels que le sourire. Alors nous semble que Meriem se situe entre la catégorie « communication non verbale légèrement anormale" et la catégorie "communication non verbale moyennement anormale » Donc, on a lui attribué une note de 2.5.

• **Niveau d'activité** : Meriem présente un niveau d'activité restreint dans la maison et même à la crèche d'après les éducatrices. Cela signifie qu'elle est moins active physiquement par rapport à d'autres enfants de son âge. Elle peut avoir tendance à ne pas participer activement aux jeux et à préférer des activités plus passives. Alors, il nous semble que Meriem est dans entre la catégorie de

"niveau d'activité légèrement anormal" et la catégorie "niveau d'activité moyennement anormal". Donc on lui a attribué une note de 2,5.

• **Niveau et homogénéité de fonctionnement intellectuel :** Meriem n'a pas une intelligence aussi développée que celle d'un enfant du même âge et ses capacités sont également limitées dans tous les domaines, Cependant, elle peut présenter une performance proche de la normale dans un ou plusieurs domaines du fonctionnement intellectuel, Lors de la séance avec Meriem, par exemple, elle a des difficultés à exécuter les tâches qu'on lui demande, telles que le tri des objets. Alors, il nous semble que Meriem appartient de la catégorie « fonctionnement intellectuel moyennement anormal » Donc, on lui a attribué une note de 3.

• **Impression générale :** D'après les données de l'entretien et nos observations, Meriem présente un ensemble de symptômes de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA). Ces symptômes suggèrent qu'elle pourrait être classée dans la catégorie "Autisme moyen » C'est pourquoi, on lui a attribué une note de 3.

Tableau N°7 : récapitulatif des scores de Meriem

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	Score globale
4	3	3,5	3	2	2.5	1	1	2.5	1	4	2.5	2,5	3	3	38,5

Après avoir effectué l'évaluation de tous les items et calculé les scores correspondants, nous avons obtenu un score final de 38.5 pour Meriem à l'échelle du C.A.R.S. Ce score est indicatif d'un niveau élevé du trouble autistique.

- **Résumé de CARS**

Suite à l'analyse de l'échelle CARS, qui repose sur les observations directes effectuées lors de la séance ainsi que sur les informations fournies par la maman, il ressort plusieurs anomalies significatives chez Meriem. Ces anomalies se manifestent principalement dans les domaines de la communication verbale, des relations sociales et des réponses émotionnelles. Néanmoins, certains aspects tels que les réponses auditives, les réponses visuelles ainsi que la peur et l'anxiété semblent être proches de la norme ou conformes à celle-ci.

Ces résultats suggèrent la présence de symptômes associés au Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) chez Meriem. Le score total obtenu à l'échelle CARS, qui s'élève à 38.5, confirme un niveau d'autisme sévère. Cette évaluation met en évidence des caractéristiques autistiques importantes et souligne les défis spécifiques auxquels notre cas est confronté dans son développement.

- ❖ **Résumé du cas Meriem**

D'après les données de l'entretien, Meriem est une petite fille de trois ans. Elle a été exposée à la télévision dès l'âge de 3 mois d'une manière abusive. Sa mère remarque qu'elle présente une dépendance excessive à la télévision, passant la majorité de son temps en regardant les dessins animés. Malgré les recommandations des spécialistes de limiter l'exposition aux écrans, la maman n'a pas réussi à mettre en place un sevrage en raison de la réaction intense de Meriem. En conséquence, Meriem est surexposée à la télévision, ce qui impacte son comportement sa communication et sa sociabilité. Elle préfère jouer seule, se concentre uniquement sur la télévision et n'exprime aucun intérêt à interagir avec sa famille ou les autres enfants. De plus, Meriem semble vivre dans sa propre bulle, ce qui limite ses interactions avec son environnement social.

Suite à l'analyse de l'échelle CARS, qui repose sur les observations directes effectuées lors de la séance ainsi que sur les informations fournies par la maman, il ressort plusieurs anomalies significatives chez Meriem. Ces anomalies se manifestent principalement dans les domaines de la communication verbale, des relations sociales et des réponses émotionnelles. Néanmoins, certains aspects tels que les réponses auditives, les réponses visuelles ainsi que la peur et l'anxiété semblent être proches de la norme ou conformes à celle-ci.

Ces résultats suggèrent la présence de symptômes associés au Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) chez Meriem. Le score total obtenu à l'échelle CARS, qui s'élève à 38.5, confirme un niveau d'autisme sévère. Cette évaluation met en évidence des caractéristiques autistiques importantes et souligne les défis spécifiques auxquels notre cas est confronté dans son développement.

Synthèse

Dans ce chapitre, nous avons présenté les données recueillies lors des entretiens semi-directifs menés avec chaque mère des enfants inclus dans notre étude, ainsi que l'évaluation et les résultats obtenus à l'aide de l'échelle C.A.R.S pour chaque enfant. Afin de pouvoir discuter de notre hypothèse dans le chapitre suivant.

Chapitre VI

Discussion des hypothèses

Discussion des hypothèses

Dans ce chapitre, nous examinerons à nouveau notre hypothèse à la lumière des résultats obtenus lors de la partie pratique afin de pouvoir engager une discussion approfondie à ce sujet et à tirer des conclusions.

Hypothèse partielle

La surexposition aux écrans peut représenter un facteur de risque dans l'émergence de traits autistiques chez les enfants. Ces traits peuvent se manifester de différentes manières selon chaque enfant, par les troubles de communication et l'absence de contact visuel ; des difficultés à nouer des relations sociales et isolement ; les comportements stéréotypes, l'agitation et l'agressivité, la présence des intérêts restreints et le manque d'activités ludiques avec les autres.

Afin de mettre cette hypothèse à l'épreuve, on va se baser sur l'analyse des données à partir de quatre cas investigués, qui sont comme suit :

Cas Anis : D'après les informations fournies par la maman d'Anis, il est clairement exposé de manière excessive aux écrans, passant de longues heures devant la télévision et utilisant fréquemment un téléphone portable dès un très jeune âge. Cette surexposition aux écrans suscite des inquiétudes quant à son développement et à sa santé, notamment en ce qui concerne sa communication ; car il présente un langage incompréhensible, non fonctionnel et non opérationnel, et il émet des cris, présente de l'écholalie et produit des sons étranges. De plus, qu'il est incapable de pointer du doigt, ou d'exprimer ses besoins ou désirs par le langage gestuel. Ainsi, par rapport à son comportement, il présente de l'agressivité, des gestes inhabituels comme le fait de claquer dans ses mains, et des réactions émotionnelles inadaptées comme les rires nerveux. De plus, la maman constate des difficultés d'interaction avec d'autres enfants et

des réactions inappropriées. Récemment, Anis a été diagnostiqué par un pédopsychiatre comme étant atteint d'un Trouble du Spectre de l'autisme. En conséquence, un sevrage total des écrans lui a été recommandé.

Ainsi, selon l'analyse de l'échelle CARS, basée sur les observations et les informations fournies par la maman, Anis présente des anomalies significatives dans plusieurs domaines évalués. Les principaux domaines touchés sont la communication verbale et non verbale, les relations sociales et l'adaptation aux changements. Ces résultats suggèrent la présence de symptômes liés au Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) chez Anis. Toutefois, il convient de noter que certains aspects ont été évalués comme étant proches ou conformes à la norme, tels que l'utilisation des objets.

Le score total de l'échelle CARS, qui s'élève à 40, révèle un niveau d'autisme sévère chez Anis. Cela suggère qu'il présente des caractéristiques autistiques avec une intensité relativement élevée. Ces résultats mettent en évidence les défis spécifiques auxquels Anis peut être confronté dans son développement.

Cas Wassim : D'après les données de l'entretien clinique, Wassim présente un fort intérêt pour les écrans, en particulier la chaîne "Karameech TV". Dès un âge très précoce il passe de longues heures à regarder la télévision et utilise également le téléphone portable de sa mère pour regarder des vidéos sur YouTube. Donc ce cas a développé une addiction comportementale et présente des réactions agitées accompagnées de pleurs lorsque ceux-ci lui sont retirés ou lorsque d'autres contenus sont proposés. Ainsi, en raison de ses difficultés de communication, notamment par le fait qu'il a un vocabulaire très limité, il est incapable à former des phrases complètes, il émet des cris et présente parfois une inversion pronominale, ainsi que des moments d'écholalie, et de ses interactions sociales limitées, ainsi que de son comportement, présentant de l'agressivité, des mouvements corporels inhabituels et atypiques pour un enfant

de son âge, il a été récemment décelé par le pédopsychiatre un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA).

Selon l'analyse de l'échelle CARS, qui prend en compte nos observations et les informations fournies par la maman, il est possible de constater que Wassim présente des anomalies significatives dans la plupart des éléments évalués, principalement dans les relations sociales, les réponses émotionnelles, les réponses visuelles et la communication verbale. Celles-ci révèlent la présence de symptômes associés au Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA). En revanche, il est important de souligner que certains aspects ont été évalués comme étant dans la norme, telles que les réponses auditives, l'utilisation des objets, l'adaptation au changement et l'imitation.

Ainsi, le score total de 35 obtenu en additionnant les différents items de l'échelle CARS indique un niveau d'autisme légèrement à moyennement élevé chez Wassim. Cela signifie que Wassim présente des caractéristiques autistiques, mais avec une intensité relativement limitée par rapport à des cas plus sévères.

Cas Youcef : Selon les données de l'entretien, Youcef, un enfant de 4 ans, a été exposé de manière excessive aux écrans, notamment aux téléphones portables et à la console PlayStation. Sa mère, Rachida, a admis lui avoir donné un téléphone portable dès l'âge d'un an, créant ainsi une habitude précoce d'utilisation des écrans. Cependant, elle a remarqué que son enfant avait des troubles de communication notamment de l'écholalie, en plus d'utiliser des termes incohérents en anglais et utilisait plutôt des gestes pour s'exprimer.

Par ailleurs, Rachida souligne que Youcef a du mal à établir des relations sociales normales, manifestant un comportement agressif envers les enfants et les adultes. Elle attribue ces difficultés à la surexposition aux écrans, allant même jusqu'à affirmer que cela a contribué au diagnostic d'autisme de Youcef.

A partir, l'analyse de l'échelle CARS qui est basée sur les observations directes lors de la séance et les informations fournies par la maman, révèle la présence de plusieurs anomalies significatives chez Youcef. Ces anomalies concernent principalement la communication verbale, les relations sociales, l'utilisation du corps et les réponses visuelles. Cependant, certains aspects tels que le goût, l'odorat et le toucher, ainsi que la communication non verbale, semblent se situer proches ou conformes à la norme. Ces résultats indiquent la présence de symptômes liés au Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) chez Youcef. Et le score total obtenu sur l'échelle CARS, qui atteint 40.5, confirme un niveau d'autisme sévère. Cette évaluation met en évidence des caractéristiques autistiques importantes et suggère que notre cas fait face à des défis spécifiques dans son développement.

Cas Meriem : D'après les données de l'entretien, Meriem est une petite fille de trois ans. Elle a été exposée à la télévision dès l'âge de 3 mois d'une manière abusive. Sa mère remarque qu'elle présente une dépendance excessive à la télévision, passant la majorité de son temps en regardant les dessins animés. Malgré les recommandations des spécialistes de limiter l'exposition aux écrans, la maman n'a pas réussi à mettre en place un sevrage en raison de la réaction intense de Meriem. En conséquence, Meriem est surexposée à la télévision, ce qui impacte son comportement sa communication et sa sociabilité. Elle préfère jouer seule, se concentre uniquement sur la télévision et n'exprime aucun intérêt à interagir avec sa famille ou les autres enfants. De plus, Meriem semble vivre dans sa propre bulle, ce qui limite ses interactions avec son environnement social.

Suite à l'analyse de l'échelle CARS, qui repose sur les observations directes effectuées lors de la séance ainsi que sur les informations fournies par la maman, il ressort plusieurs anomalies significatives chez Meriem. Ces anomalies se manifestent principalement dans les domaines de la communication verbale, des

relations sociales et des réponses émotionnelles. Néanmoins, certains aspects tels que les réponses auditives, les réponses visuelles ainsi que la peur et l'anxiété semblent être proches de la norme ou conformes à celle-ci.

Ces résultats suggèrent la présence de symptômes associés au Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) chez Meriem. Le score total obtenu à l'échelle CARS, qui s'élève à 38.5, confirme un niveau d'autisme sévère. Cette évaluation met en évidence des caractéristiques autistiques importantes et souligne les défis spécifiques auxquels notre cas est confronté dans son développement.

Alors, à partir de la confrontation des données de la revue de la littérature et les résultats de l'analyse des données, il a été observé qu'une surexposition excessive aux écrans pendant les premières années de la vie d'un enfant peut entraîner le développement de traits autistiques, au point où un diagnostic de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) peut être établi. Ces révélations ont été partagées par les constatations de A-L Ducanda (2017) où elle a souligné qu'elle a pris l'initiative avec I. Terrasse, de faire une émission télévisée, dans l'objectif d'alerter les parents, les professionnels et les pouvoirs publics, sur les conséquences graves de tous les écrans sur les enfants de 0 à 4ans et notamment des troubles qui ressemblent en tout point aux troubles du Spectre Autistique.

Bien que les écrans puissent être utilisés comme outils d'apprentissage pour les enfants, il est possible d'observer des enfants présentant une symptomatologie de l'autisme virtuel, manifestant principalement par des anomalies de communication ; des difficultés de langage fonctionnel et opérationnel, ainsi que des moments d'écholalie et d'inversion pronominal, ce qui a été révélé par A-L Ducanda « les émissions de télévision pour enfants apprennent à l'enfant à répéter des mots sans savoir ce que les mots signifient. Un enfant peut compter, mais il ne sait pas ce que signifient les chiffres. Par exemple, l'enfant peut répéter le chiffre trois. Mais si vous demandez à l'enfant : "Donnez-moi trois crayons", l'enfant ne

peut pas le faire. Lorsqu'on lui montre une photo et qu'on lui pose une question comme "Que fait la petite fille ?" l'enfant fait simplement écho aux mots "Que fait la petite fille ?" au lieu de répondre à la question ». (<https://www.pacensure.com>, consulté le 05/05/2023). Ainsi, d'après M-C. Bossière et coll « Avant d'étudier les effets sur la qualité de la relation, on peut affirmer que les enfants surexposés massivement et souvent précocement vont altérer leur développement, et en premier lieu le langage, fondamental dans la relation. » (M-C. Bossière et coll, p. 183). C'est effectivement le cas pour nos quatre cas, avec des différences individuelles observées d'un cas à un autre.

De plus, on constate une altération des relations sociales chez ces enfants, où ils présentent une interaction limitée avec leur environnement immédiat et leur entourage. La plupart, ont tendance à préférer s'isoler et s'amuser avec leur téléphone portable, regarder la télévision ou jouer à des jeux vidéo, plutôt que d'interagir avec les autres enfants de leurs âges et de participer à des activités ludiques. Cette observation est également confirmée par M. Nachez qui déclare que « Les jeux virtuel accroisse l'isolement entre les êtres humains, en permettant aux interlocuteurs, sans plus avoir à se rencontrer physiquement, de communiquer préférentiellement dans des mondes artificiels, peuplés d'êtres irréels et soumis à des règles qui n'ont qu'un rapport lointain avec la vie quotidienne. » (<https://www.ufapec.be> , consulté le 30 / 05/2023). Comme c'est le cas Youcef.

En outre, on peut observer des perturbations dans le comportement de l'enfant, telles que des manifestations d'agressivité, des mouvements corporels inhabituels et des réactions émotionnelles inappropriées, similaires à celles observées chez les enfants atteints du Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA). A-L Ducanda affirme que « Les écrans plusieurs heures par jour empêchent le cerveau de se développer et génèrent des troubles du comportement et de la relation » (Ducanda, 2017)

Vers la fin il est important de souligner que les enfants ne présentent pas tous l'ensemble des symptômes, et l'intensité de celle-ci peut varier d'un enfant à l'autre, et chaque cas est un cas comme le confirme D. Marcelli et coll « Chaque enfant ne "collectionne" pas tous ces symptômes mais peu s'en faut [...] les chercheurs illustrent bien ces manifestations symptomatiques retrouvées par de nombreux autres cliniciens ». (D. Marcelli et coll, 2018, p. 143).

Effectivement nos quatre cas ont confirmé notre hypothèse concernant la surexposition des enfants aux écrans (enfants âgés moins de 4 ans) et l'apparition des traits autistiques dont les chercheurs parlent d'un autisme virtuel. Il reste à souligner que notre hypothèse est réfutable et non absolue, car les résultats obtenus de notre population d'étude qui est restreinte, ne représentent pas la population mère de tous les enfants surexposés aux écrans.

Conclusion générale

Conclusion

La société humaine est basée sur les relations et l'interaction de l'individu avec ses semblables. Les personnes sont des êtres sociaux par nature, et les interactions de l'être humain avec les autres jouent un rôle essentiel dans la façon dont il se développe, il épanouit et il comprend le monde qu'il entoure. Elles contribuent donc, à son bien-être et à sa santé mentale.

Néanmoins, l'émergence des outils numériques a profondément transformé les modes relationnels et les attitudes des êtres humains, en facilitant l'accès à un monde virtuel.

Le monde virtuel et l'omniprésence des écrans ont grandement facilité la communication instantanée et la connectivité mondiale, tout en améliorant considérablement l'accès à l'information, et à divers aspects tels que le divertissement et l'éducation qui ont été profondément remodelés par les écrans. Cependant, cette évolution a également engendré une surexposition, voire une véritable addiction comportementale, à l'utilisation des différents écrans ; smartphones, tablettes, ordinateurs, télévisions,... . En conséquence, la santé physique et mentale et les comportements sociaux des usagers se trouvent altérés, qu'ils soient adultes, adolescents ou enfants, risque d'être affectée.

Au fil des décennies, les chercheurs ne cessent de témoigner d'une préoccupation croissante à l'égard de l'exposition précoce et excessive des enfants aux écrans. Ils mettent en évidence les effets potentiellement néfastes sur leur développement. En effet, les interactions de tous petits avec leur environnement familial et social, ainsi que les échanges et les activités ludiques, jouent un rôle crucial dans leur développement sain et équilibré. Cependant, les spécialistes insistent sur l'importance de prendre conscience de l'impact de la surexposition aux écrans, sur ses aspects essentiels de la vie des enfants et de

veiller à ce qu'ils bénéficient d'un usage modéré et bénéfique pour leurs apprentissages.

Un temps d'écran excessif chez les enfants, indiquant une utilisation problématique des écrans et une addiction comportementale, qui peut entraîner plusieurs anomalies chez les jeunes d'entre-eux, en particulier à un âge précoce. Ces anomalies comprennent notamment un retard dans l'acquisition des compétences de communication et de langage, des altérations des relations sociales ainsi que des comportements répétitifs et intérêts restreints, ce qui fait référence au terme de l'autisme virtuel.

Ainsi, dans l'objectif de vérifier nos hypothèses et de sensibiliser les professionnels de la santé à l'importance de la distinction entre les enfants surexposés aux écrans atteint par un autisme virtuel et ceux atteints de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA), nous avons réalisé notre recherche au niveau de l'hôpital psychiatrique d'Oued Ghir, en nous basant sur la revue de la littérature et nos constatations lors de l'exploration de terrain d'étude. Pour ce faire, on a opté pour la méthode clinique et spécifiquement l'étude de cas, et en utilisant comme outils d'investigations l'entretien semi-directif et l'échelle de C.A.R.S afin d'évaluer les comportements autistiques chez l'enfant surexposé aux écrans. Ces démarches nous permettront d'atteindre les objectifs fixés dans notre recherche.

Dans ce contexte, notre étude concernant la surexposition aux écrans et le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) en se référant à la théorie cognitivo-comportementale en considérant cet usage problématique comme étant un apprentissage erroné et en prenant en compte l'importance des cognitions dans l'explication des conduites humains. Alors, nous avons confirmé l'existence d'une corrélation entre une exposition précoce et excessive aux écrans et l'apparition des traits autistiques à l'âge de la petite enfance.

Concernant les résultats de notre recherche, elles démontrent clairement que la surexposition aux écrans a un impact significatif sur le développement de la communication, des relations sociales, ainsi que sur le comportement et les intérêts d'un enfant à un jeune âge.

De ce fait, cette recherche nous a permis de parvenir à certaines conclusions, notamment que la surexposition aux écrans varie en fonction de la conscience des parents quant à l'importance de limiter le temps d'écran de leur enfant. De plus, les manifestations des signes autistiques qui en résultent peuvent différer d'un cas à un autre.

Par ailleurs, sur la base de notre recherche, il est évident de conclure de manière générale que la surexposition aux écrans engendre des conséquences préjudiciables, particulièrement, en ce qui concerne l'apparition de comportements autistiques qui peuvent varier d'un enfant à un autre.

Ainsi, il est primordial de souligner l'importance de recommander un sevrage total des écrans en cas de surexposition chez les enfants présentant des comportements autistiques, afin de différencier clairement entre un enfant atteint du Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) et un enfant simplement surexposé aux écrans. Des observations ont démontré que chez les enfants surexposés, une période de sevrage de trois mois permet de constater une diminution significative des signes problématiques. Alors, Cette distinction est cruciale pour assurer une prise en charge appropriée et adaptée à chaque cas.

Pour conclure, il est également essentiel de sensibiliser les parents aux effets néfastes d'un tel usage et à l'importance d'éduquer les enfants afin de développer une culture de l'utilisation responsable des outils numériques.

Notre hypothèse sur la surexposition aux écrans et l'apparition des traits autistiques des enfants, s'est confirmée. Toutefois, il convient de souligner que

les résultats de toute recherche scientifique demeurent relatifs, non statiques et non absolus, principalement en raison de la nature spécifique de notre population d'étude qui ne peut pas être généralisé à l'ensemble de la population.

En effet, ce sujet est de plus en plus évoqué et discuté, mettant en lumière ses répercussions significatives dans notre société et soulignant la nécessité de l'appréhender de manière approfondie afin d'essayer de le comprendre dans toute sa complexité. Alors, nous posons nos questions de perspective comme suit :

- Comment pouvons-nous en Algérie sensibiliser les parents à la problématique de la surexposition des enfants aux écrans, tout en leur prodiguant des recommandations appropriées ?
- Quelles méthodes pouvons-nous mettre en place pour soutenir les parents dans la réalisation d'un sevrage total des écrans ?

Bibliographie

Bibliographie

- Allal, S. A. (2021). L'intégration Scolaire des Enfants en Situation de Handicap. *Aleph*, 8 (2), 27-39.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-V : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd., traduit par J-D Guelfiet M-A. Crocq). Paris, France : Elsevier Masson.
- Aubin, H. J., Skanavi, S. (2015). Modèles cognitivo-comportementaux des addictions. Dans Reynaud, M et coll. (dir.), *Traité d'addictologie* (2^e éd., p. 104-111). Paris, France : Lavoisier Médecine Sciences.
- Bach, J. F., et coll. (2013). *L'enfant et les écrans*. Paris, France : Le Pommier.
- Baghdadli, A., Darrou, C., Meyer, J. (2015). *Éducation thérapeutique des parents d'enfant avec troubles du spectre autistique, Informer, former, accompagner*. Paris, France: Elsevier Masson.
- Bembem, L. (2014). L'autisme, Aspects descriptifs et historiques. [PDF]. Repéré à <http://cms.psymas.fr>
- Bénony, H., Chahraoui, K. (1999). *L'entretien clinique*. Paris, France : Dunod.
- Bénony, H., Chahraoui, K. (2013). *L'entretien clinique* (2^{ème}éd). Paris, France : Dunod.
- Bossière, M., Dieu Osika, S., Osika, É. (2020). L'arrêt d'une surexposition aux écrans peut-il normaliser un score d'autisme à la CARS ? Réponse en trois cas cliniques. *Enfances & Psy*, 3 (87), 178-187. Repéré à <https://doi.org/10.3917/ep.087.0178>

- Broca, A. (2017). *Le développement de l'enfant du normal aux principaux troubles du développement* (6^{ème} éd). Paris, France : Elsevier Masson.
- Clarenc, M. (2015). Le modèle d'intervention précoce dans les troubles du spectre autistique (thèse de doctorat, Université de Nice Sophia- Antipolis). Repéré à <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01295959>
- Chiland, C. (1983). *L'entretien Clinique*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Cottraux, J et coll. (2015). *Prise en charge comportementale et cognitive du trouble du spectre autistique*. Paris, France : Elsevier Masson.
- Dardel, F et coll. (2012). *L'autisme. Les cahiers de l'Université Paris Descartes*. Repéré à <https://www.calameo.com>
- Darrou, C., Meyer, J. (2015). *Éducation thérapeutique des parents d'enfant avec troubles du spectre autistique, Informer, former, accompagner*. Paris, France : Elsevier Masson.
- Dubois, K. (2020). Quand les écrans sabotent l'apprentissage et impactent le développement des enfants, Le nouveau fléau des familles. *Médias & Actions citoyennes*, (410), Bruxelles : CPCP. Repéré à <http://www.cpcp.be>
- Ducanda, A. L. (2017). *Les écrans : un danger pour les enfants de 0 à 4ans*. Repéré à <https://youtu.be/9-eIdSE57Jw>
- Fernandez, L., Sztulman, H. (1998). Les modèles psychologiques de l'addiction. *Psychotropes*, 4(1), 47-67. Repéré à <https://www.researchgate.net>
- Fernandez, L., Bonnet, A., Loonise. (2004). Quelles sont les nouvelles formes d'addiction ? *Proteste*, 100, 10-11. Repéré à

<https://www.researchgate.net>

- Fernandez, L., Pardinielli, J-L. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche en soins infirmiers*, (85), 41-51.
- Gillioz, E., Lejeune, F., Gentaz, E. (2022). Les effets des écrans sur le développement psychologique des très jeunes enfants : une revue critique des recherches récentes. *A.N.A.E*, 178,01-12.
- Grawitz, M. (2001). Méthodes des sciences sociales (11^{ème} éd). Paris, France : Dalloz.
- Huerre, P., Belamich, G. (2014). La dépendance au virtuel en question. *Cliniques*, 1(7), 118-132. Repéré à <https://www.cairn.info>
- La Direction Générale de la Santé. (2012). *Activité physiques et usage des écrans à l'âge de 2 ans chez les enfants de la cohorte Elfe*. Paris, France : elfe.
- Lamouchi Chebbi, K. (2021). Etiologie de l'autisme : Etude comparative de représentations sociales. *El Mourchid*, 11(1), 141-151. Repéré à <https://www.asjp.cerist.dz>
- Laxenaire, M. (2010). Psychanalyse et addictions sans substances. *Annales Médico-Psychologiques*, 168(7), 524-534. doi: 10.1016/j.amp.2010.06.003
- Lenoir, P., Malvy, J., Bodier-Rethore, C. (2007). *L'autisme et les troubles du développement psychologique* (2^{ème} éd). Paris, France : Elsevier Masson.
- Marcelli, D., Bossière, M., Ducanda, A. (2018). Plaidoyer pour un nouveau syndrome « Exposition précoce et excessive aux écrans » (epee). *Enfances & Psy*, 3(79), 142-160. Repéré à <https://doi.org/10.3917/ep.079.0142>

- N'Da, P. (2007). Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines. Paris, France : Le Harmattan.
- Noel, D. (2007). Le virtuel selon Deleuze. *Intellectica*, 1 (45), 109-127. Repéré à <https://doi.org/10.3406/intel.2007.1269>
- Pages-Berthier, J. (1993). Psychanalyse et Toxicomanie. *Toxibase*, 93 (2), 1-16. Repéré à <https://bdoc.ofdt.fr>
- Pedinielli, J. L., Bonnet, A. (2008). Apport de la psychanalyse à la question de l'Addiction. *Psychotropes*, 14(3), 41-54. Repéré à <https://www.cairn.info>
- Pedinielli, J. L., Agnès Bonnet, A. (2012). Pratique psychanalytique et addictions. *Psychotropes*, 18(1),89-102. Repéré à <https://www.cairn.info>
- Plotnik, R. (2007). Introduction à la psychologie (2^{ème}éd). Québec, Canada : Chenelière Education.
- Poirier, N. (1998). La théorie de l'esprit de l'enfant autiste. *Santé mentale au Québec*, 23(1), 115-129.
- Radillo, A. (2009). *La remédiation cognitive par le virtuel* [mémoire de master, Université Catholique de Paris]. Repéré à <https://www.academia.edu>
- Reynaud, S. (2018). *Surexposition des jeunes enfants aux écrans et analyse des pratiques de prévention en orthophonie* (mémoire de Master, Université Claude Bernard). Repéré à <https://portaildoc.univ-lyon1.fr/>
- Rogé, B. (2008). *Autisme comprendre et agir* (2^{ème} éd). Paris, France : Dunod.
- Schauder, S.,et al.(2007).*Pratiquer la psychologie clinique auprès des*

enfants et des adolescents. Paris, France : Dunod.

- Seux, C. (2014). Ecran(s). *Le télémaque*, 1 (45), 15- 25. Repéré à <https://www.cairn.info>
- Shanoor, K., Romina, F. (2020). *Les effets de l'exposition aux écrans des enfants et des adolescent-e-s*. Neuchâtel, Suisse : Institut de recherche et de documentation pédagogique (IRDP).
- Streel, M. (2018). Surexposition aux écrans. *Une nouvelle addiction juvénile*,(352), Bruxelles: CPCP. Repéré à <http://www.cpcp.be/publications/addiction-ecrians>
- Tardif, C., Gepner, B. (2003). *L'AUTISME*. Paris, France : Nathan Université.
- Teillard-Dirat, M. (2016). *Quand le virtuel prend le pas sur le réel*. Montpellier, France : CFP.
- Tisseron, S. (2021). Les balises 3-6-9-12, un guide des écrans en famille, pour apprendre à s'en servir et à s'en passer. *Informations sociales*, 1(202), 22-30. Repéré à <https://doi.org/10.3917/inso.202.0022>
- Valleur, M., Velea, D. (2002). Les addictions sans drogue(s). *Toxibase*, (6),1-13. Repéré à <http://www.santecom.qc.ca>
- Vial,S.(2012).La structure de la révolution numérique (Thèse de doctorat, Université Paris Descartes). Repéré à <https://hal.archives-ouvertes.fr>
- Yvon, D et al. (2014).*A la découverte de l'autisme*. Paris, France : Dunod.

Sitographie

- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

- <https://educalingo.com>
- <https://www.futura-sciences.com>
- <https://nomdezeus.fr>
- <https://www.quebecscience.qc.ca>
- <http://www.psychomedia.qc.ca/>
- <https://www.psycho-ressources.com>
- <http://www.sabineduflo.fr>
- <https://icd.who.int/browse11/1-m/fr>
- <https://www.pacensure.com>
- <https://www.liberation.fr>
- <https://www.prevoir.com>
- <https://www.whitelineservices.dz>
- <https://www.ufapec.be/>
- <https://comprendrelautisme.com/les-tests/la-cars>

Annexes

Annexe 1 : Le guide d'entretien en Kabyle

Elm3loumat iga3nan bavas/imas waqchich

- Amak ismik/m?
- Achhal g al3amrik/m ?
- Ami danda ithaqrat?
- Achal nadarya ithas3it?

AxeI: asakhdem n les écrans n uqchich

- Achal les écrans ithas3im gakham?
- Zamret aytinit achhal ithes3dayt lwaqth g l'écran?
- Thasakhdamat les ecrans zath n mim?
- Mim issakhdem les écrans?
- Gachhal gal 3amris miyavda isakhdem les écrans?
- Mim ittmil gher osakhdem n yiwen l'écran kn? Tla lhaja itehibitt?
- Mim isahllas lhal adissakhdem l'écran?
- Issakhdamith imanis ngh wahi dhad amaqran?
- Dachho iyatfarij?
- Mim itfarij lhwayj n el3onef? dachoten?
- Issakhdem mim l'écran bla may3ossith hed damaqran?
- Zamret aytinit achhal lweqth iys3day mim gh l'écran?
- Tet3assatlwaqthiasmaadiqimghl'écran?
- Is3a mim l'écran g thakhamt anda yagan? malla ih, issakhdam ith oqval adiyen?
- Issakhdem mim l'écran lweqth n lmakla?
- Asma adila3av mim ngh adikhadem kra, la télé thatili thach3al?
- Amek iykhdem mim assma asteksset l'écran?
- Thetwalat belli l'écran dirith i mim?

- Thetwalat belli amazyan asma adissakhdem l'écran izmer adis3o tawahod?
- Thetwalat belli mim is3a tawahod 3lajal n l'écran?
- Dach o imdanan tteba fossakhdem n les écrans?

AxeII:Elma3lomatnwaqchichfwayniy3nansifathntawahod

- Amak ithorot mim ayi normal ngh s césarienne?
- Amak l3alaqa n mim lwahi didm?
- Dach o ara tinit fal3aqa yar mim ayi d wayathmas?
- Is3a mim imdokal?
- Itam3inid mim gh wayan ithkhadmat ngh ayan ikhadman wayathmas?
- Dach o lhaja nala3va iyvagho mim?
- Ma thakastas la3vani dacho iykhadem?
- Yo3ar mim ? Amek?
- Itagham ray mim? Amek?
- Ikhadem mim les gestes bizarres ? Gaywq?
- Is3a mim l3wayd ikhdmithent asma adithat ngh asma aditado adiyen?
- Ivghu adiq3ed lhwayj akni ynom ngh oyqblara adich sauf slhwayjis iynom?
- Oythibara mim kra na lmaklth 3lajal n arihaynes ngh g le gout?
- I3arat mim adich lhwayj itwachantara am akal,thiwarqathin ngh asghar?
- Amak imikhadem mim asma ara savdlat kra g la routine ins?
- Asma adyilli sdi3 dacho idikhadem?
- Mim i3jvas ad itouchi nkra les surfaces?
- Israhay lhwayj n la3vathis am les cubes ngh les puzzles?
- Is3a mim lkhal3a ngh la3yat ngh thata ni mlih? malla ih, est-ce que tilin g kran lewqath ken?
- Ayen i3nan lhdra,achehal g l3amris mi yavda ihader?
- Thatwafham lhdra ins?

- Othatwalahtara malla iqalab lahdor ngh it3awad i lhadra?
- Issakhdem mim les gestes asma adivgho kra?
- Issakhdem afossim asma adivgho kra?
- Fachhal iyagan mim?
- Is3a mim les problèmes gnodam? gaywaq?
- Dachho atinitt g lkhdym n mim?
- Ayemu n mim assmi iyla damzyan, illa normal?

Amek ithla la reaction inm asmi imdnan ayn ithiwghen ?

Annexe 2 : L'échelle de C.A.R.S.

CARS-T

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE L'AUTISME INFANTILE

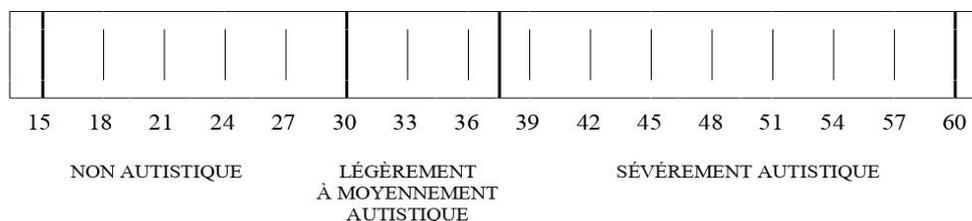
Eric SCHOPLER et col.
Traduction et adaptation française : Bernadette ROGÉ

CAHIER DE NOTATION

Nom			
Date de l'examen	Année	Mois.....	Jour.....
Date de naissance	Année	Mois.....	Jour.....
Âge chronologique	Année	Mois.....	
Examineur			

SCORES AUX DIFFÉRENTES CATÉGORIES

<input type="text"/>																	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	SCORE TOTAL		



CONSIGNES D'ADMINISTRATION

Pour chaque catégorie, utiliser l'espace prévu en dessous de chaque item pour prendre des notes sur les comportements à évaluer. Lorsque l'observation est terminée, coter les comportements correspondant à chaque item. Pour chaque item, entourer le nombre qui correspond le mieux à la description du comportement de l'enfant. Il est possible de nuancer la description en utilisant les notes intermédiaires 1,5 - 2,5 - 3,5. Pour chaque item, des critères de cotation abrégés sont fournis. Se reporter au chapitre 2 du Manuel pour prendre connaissance des critères de cotation détaillés.

I. RELATIONS SOCIALES

- 1.5 1. **Pas de difficulté ou d'anomalie dans les relations avec les personnes.** Le comportement de l'enfant est approprié pour son âge. Un certain degré de timidité, de gêne ou de contrariété lié au fait d'être guidé dans les activités peut être observé, mais pas davantage que chez les enfants normaux du même âge
- 2,5 2. **Anomalies mineures dans les relations.** L'enfant peut éviter de regarder l'adulte dans les yeux, peut éviter l'adulte ou se montrer réticent si l'interaction est initiée de manière forcée, être excessivement timide, être moins sensible à la présence de l'adulte qu'il ne serait normal ou s'agripper aux parents légèrement plus souvent que la plupart des enfants du même âge.
- 3,5 3. **Anomalies moyennes dans les relations.** L'enfant présente parfois des comportements de retrait, il paraît insensible à la présence de l'adulte. Une intervention importante et durable peut parfois être nécessaire pour attirer l'attention de l'enfant. L'enfant initie un minimum de contact
4. **Anomalies sévères dans les relations.** L'enfant est constamment en retrait et insensible à ce que fait l'adulte. Il ne répond pratiquement jamais à l'adulte et ne cherche presque jamais le contact avec lui. Seuls les efforts les plus prolongés pour attirer l'attention de l'enfant peuvent avoir un effet.

OBSERVATIONS :

II. IMITATION

- 1,5 1. **Imitation appropriée.** L'enfant peut imiter des sons, des mots et des mouvements qui correspondent à son niveau.
- 2,5 2. **Imitation légèrement anormale.** La plupart du temps, l'enfant imite des comportements simples tels que taper des mains ou reproduire des sons. Occasionnellement, il n'imité que s'il y est poussé ou après un délai.
- 3,5 3. **Imitation moyennement anormale.** L'enfant n'imité que de temps à autre et l'adulte doit insister et l'aider pour qu'il le fasse. Fréquemment, il n'imité qu'après un délai.
4. **Imitation sévèrement anormale.** L'enfant n'imité que rarement ou jamais des sons, des mots ou des mouvements, même quand il y est poussé ou aidé par l'adulte.

OBSERVATIONS :

III. RÉPONSES ÉMOTIONNELLES

- 1.5 1. **Réponses émotionnelles appropriées à l'âge et à la situation.** L'enfant présente un type et une intensité de réponse normaux. Cela se manifeste par un changement au niveau de son expression faciale, de sa posture et de sa façon de se comporter.
- 2.5 2. **Réponse émotionnelles légèrement anormales.** L'enfant présente parfois un type et un degré de réactions émotionnelles inappropriés. Les réponses ont parfois peu de liens avec les objets ou les événements présents.
- 3.5 3. **Réponses émotionnelles moyennement anormales.** L'enfant présente des signes d'inadéquation dans le type et l'intensité de ses réponses émotionnelle. Les réactions peuvent être relativement inhibées ou excessives et peuvent être sans rapport avec la situation. L'enfant peut grimacer, rire, ou se raidir même si rien dans l'environnement ne semble devoir provoquer une émotion.
4. **Réponse émotionnelles sévèrement anormales.** Les réponses sont rarement appropriées à la situation. Lorsque l'enfant est dans un état émotionnel déterminé, il est difficile de le faire changer d'humeur. Inversement, il peut présenter des émotions très différentes sans que rien n'a changé dans la situation.

OBSERVATIONS :

IV. UTILISATION DU CORPS

- 1.5 1. **Utilisation du corps normale pour l'âge.** L'enfant bouge avec la même aisance, la même habileté et le même niveau de coordination qu'un enfant du même âge.
- 2.5 2. **Utilisation du corps légèrement anormale.** De légères particularités telles que maladresse, mouvements répétitifs, pauvreté des coordinations sont observées. Des mouvements plus inhabituels apparaissent parfois.
- 3.5 3. **Utilisation moyennement anormale du corps.** Des comportements qui sont nettement étranges ou inhabituels pour un enfant de cet âge sont relevés: mouvements bizarres des doigts, postures particulières des doigts ou du corps, fixation du regard sur une partie du corps ou manipulation du corps, auto-agression, balancement, tournoiement, agitation des doigts ou marche sur la pointe des pieds.
4. **Utilisation sévèrement anormale du corps.** Des mouvements, tels que ceux décrits ci-dessus apparaissant avec une intensité et une fréquence importante, correspondent à une utilisation sévèrement anormale du corps. Ces comportements peuvent persister en dépit des tentatives pour les éliminer ou pour engager l'enfant dans d'autres activités.

OBSERVATIONS :

V. UTILISATION DES OBJETS

- 1,5 1. **Intérêt normal pour les jouets et autres objets, utilisation appropriée.** L'enfant manifeste un intérêt normal pour les jouets et les autres objets adaptés à son niveau d'habileté, et les utilise d'une manière appropriée.
- 2,5 2. **Intérêt légèrement anormal pour les jouets et les autres objets, utilisation légèrement inappropriée.** L'enfant peut présenter peu d'intérêt pour les objets, ou jouer avec eux d'une manière immature (par exemple frappe avec le jouet ou le suce).
- 3,5 3. **Intérêt moyennement anormal pour les objets, utilisation moyennement inappropriée.** L'enfant peut manifester très peu d'intérêt pour les jouets ou d'autres objets ou peut les utiliser d'une manière étrange. Il peut focaliser son attention sur une partie insignifiante du jouet, être fasciné par le reflet de lumière sur l'objet, mobiliser de manière répétitive une partie de l'objet ou jouer avec un seul objet à l'exclusion de tous les autres.
4. **Intérêt sévèrement anormal pour les objets, utilisation sévèrement inappropriée.** L'enfant peut s'engager dans les comportements décrits ci-dessus, mais avec une fréquence et une intensité plus marquées. L'enfant est plus difficile à distraire de ses activités inappropriées.

OBSERVATIONS :

VI. ADAPTATION AU CHANGEMENT

- 1,5 1. **Réaction au changement normale pour l'âge.** L'enfant peut remarquer les changements de routine et faire des commentaires, mais il accepte ces modifications sans signes de détresse.
- 2,5 2. **Réactions légèrement anormales au changement.** Quand un adulte essaie de changer les tâches, l'enfant peut continuer la même activité ou utiliser le même matériel.
- 3,5 3. **Réaction moyennement anormale au changement.** L'enfant résiste activement aux changements de routine, essaie de continuer l'ancienne activité et il est difficile de le distraire. Il peut se mettre en colère et se montrer perturbé quand une routine établie est modifiée.
4. **Réaction sévèrement anormale au changement.** L'enfant présente des réactions sévères au changement. Si un changement est imposé, il peut se fâcher, refuser de coopérer et manifester de la colère.

OBSERVATIONS :

VII. RÉPONSES VISUELLES

- 1,5 1. **Réponses visuelles appropriées pour l'âge.** Le comportement visuel de l'enfant est normal et approprié pour un enfant de cet âge. La vision est utilisée avec les autres sens pour explorer un nouvel objet.
- 2,5 2. **Réponses visuelles légèrement anormales.** Il faut rappeler de temps en temps à l'enfant de regarder les objets. L'enfant peut être plus intéressé par les miroirs ou les lumières que par ses pairs, il peut parfois fixer dans le vide. Il peut aussi éviter de regarder les gens dans les yeux.
- 3,5 3. **Réponses visuelles moyennement anormales.** Il faut fréquemment rappeler à l'enfant de regarder ce qu'il fait. Il peut fixer dans le vide, éviter de regarder les gens dans les yeux, regarder les objets sous un angle inhabituel, ou tenir les objets très près des yeux.
4. **Réponses visuelles sévèrement anormales.** L'enfant évite constamment de regarder les gens ou les objets et peut présenter des formes extrêmes des particularités visuelles décrites ci-dessus..

OBSERVATIONS :

VIII. RÉPONSES AUDITIVES

- 1,5 1. **Réponses auditives normales pour l'âge.** La réponse auditive est normale et appropriée pour l'âge. L'audition est utilisée avec les autres sens tels que la vision et le toucher.
- 2,5 2. **Réponses auditives légèrement anormales.** Un certain manque de réponse ou une réaction légèrement excessive à certain bruits peuvent être relevés. Les réponses aux sons peuvent être différées, et il peut être nécessaire de reproduire un son pour attirer l'attention de l'enfant. Celui-ci peut être distrait par des bruits extérieurs.
- 3,5 3. **Réponses auditives moyennement anormales.** La réponse de l'enfant aux bruits peut varier. Il ignore souvent un son lors de sa première présentation. Il peut sursauter ou se couvrir les oreilles en entendant des bruits auxquels il est pourtant quotidiennement confronté.
4. **Réponses auditives sévèrement anormales.** L'enfant répond trop ou trop peu aux bruits. Sa réponse est excessive quel que soit le type de stimulus sonore.

OBSERVATIONS :

IX. GOÛT - ODORAT - TOUCHER (RÉPONSES ET MODES D'EXPLORATION)

- 1,5 1. **Réponse normale aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles ; utilisation normale des 5 sens.** L'enfant explore les nouveaux objets d'une manière appropriée pour l'âge, généralement en les touchant et en les regardant. Le goût et l'odorat peuvent être utilisés quand cela est adapté. Lorsqu'il réagit à des douleurs minimales et courantes, l'enfant exprime de l'inconfort mais n'a pas de réaction excessive.
- 2,5 2. **Réponses légèrement anormales aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles; utilisation légèrement anormale des 5 sens.** L'enfant peut continuer à porter les objets à la bouche, renifler ou goûter des objets non comestibles, ignorer une petite douleur ou présenter une réaction excessive par rapport à la simple réaction d'inconfort d'un enfant normal.
- 3,5 3. **Réponse moyennement anormales aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles; utilisation moyennement anormale des 5 sens.** L'enfant peut être moyennement préoccupé par le fait de toucher, sentir ou goûter les objets ou les personnes. Il peut réagir trop fortement ou trop peu à la douleur.
4. **Réponse sévèrement anormale aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles; utilisation sévèrement anormale de ces sens.** L'enfant est préoccupé par le fait de renifler, goûter ou toucher les objets, davantage pour la sensation que par souci d'explorer ou d'utiliser ces objets. L'enfant peut ignorer complètement la douleur ou réagir très fortement à un léger inconfort.

OBSERVATIONS :

X. PEURS, ANXIÉTÉ

- 1,5 1. **Peur ou anxiété normale.** Le comportement de l'enfant est approprié à la situation compte tenu de son âge.
- 2,5 2. **Peur ou anxiété légèrement anormale.** L'enfant présente de temps à autre une peur ou une angoisse trop forte ou trop faible comparée à la réaction d'un enfant normal du même âge dans la même situation.
- 3,5 3. **Peur ou anxiété moyennement anormale.** L'enfant présente une peur trop intense ou trop faible par rapport à la réaction d'un enfant même plus jeune dans une situation identique.
4. **Peur ou anxiété sévèrement anormale.** Les peurs persistent même après l'expérience répétée de situations ou d'objets sans danger. Il est extrêmement difficile de calmer et de reconforter l'enfant. A l'inverse, l'enfant peut ne pas réagir de manière appropriée à des dangers qu'évitent les enfants du même âge.

OBSERVATIONS :

XI. COMMUNICATION VERBALE

- 1,5 1. *Communication verbale normale pour l'âge et la situation*
- 2,5 2. *Communication verbale légèrement anormale.* Le langage présente un retard global. L'essentiel du discours a une signification: cependant, l'écholalie ou l'inversion pronominale peuvent. Des mots particuliers ou un jargon peuvent être utilisés occasionnellement.
- 3,5 3. *Communication verbale moyennement anormale.* Le langage peut être absent. Lorsqu'elle est présente, la communication verbale peut être un mélange de langage doté de sens et de particularités telles que jargon, écholalie ou inversion pronominale. Le langage peut comporter aussi des particularités comme les questions répétées ou une préoccupation excessive pour des sujets spécifiques.
4. *Communication verbale sévèrement anormale.* L'enfant n'utilise pas un langage fonctionnel. Il peut émettre des cris infantiles, des sons étranges ou ressemblant à des cris d'animaux, des bruits complexes se rapprochant du langage, ou peut faire un usage bizarre et persistant de certains mots ou phrases.

OBSERVATIONS :

XII. COMMUNICATION NON-VERBALE

- 1,5 1. *Communication non-verbale normale pour l'âge et la situation.*
- 2,5 2. *Communication non verbale légèrement anormale.* La communication non verbale est immature. L'enfant peut pointer vaguement du doigt, ou toucher ce qu'il veut dans les situations où un enfant normal du même âge montre du doigt ou présente des gestes spécifiques pour indiquer ce qu'il veut.
- 3,5 3. *Communication non verbale moyennement anormale.* L'enfant est généralement incapable d'exprimer ses besoins ou désirs par gestes. Il est également incapable de montrer ce qu'il veut par des gestes.
4. *Communication non verbale sévèrement anormale.* L'enfant n'utilise que des gestes bizarres ou particuliers qui n'ont pas de signification apparente. Il n'intègre pas la signification des gestes et des expressions faciales des autres

OBSERVATIONS :

XIII. NIVEAU D'ACTIVITÉ

- 1,5 1. *Niveau d'activité normal à l'âge et la situation.* L'enfant n'est ni plus actif, ni moins actif qu'un enfant normal du même âge dans une situation semblable.
- 2,5 2. *Niveau d'activité légèrement anormal.* L'enfant est parfois légèrement agité ou plutôt ralenti. Son niveau d'activité n'interfère que très légèrement avec sa performance.
- 3,5 3. *Niveau d'activité moyennement anormal.* L'enfant peut être très actif et difficile à contrôler. Il peut dépenser de l'énergie sans limite et ne va pas volontiers au lit le soir. A l'inverse, il peut être apathique et une stimulation importante est alors nécessaire pour le faire bouger.
4. *Niveau d'activité sévèrement anormal.* L'enfant présente des niveaux d'activité extrêmes allant de l'hyperactivité à l'apathie. Il peut même passer d'un extrême à l'autre.

OBSERVATIONS :

XIV. NIVEAU ET HOMOGENÉITÉ DU FONCTIONNEMENT INTELLECTUEL

- 1,5 1. *Intelligence normale : fonctionnement intellectuel homogène.* L'enfant est aussi intelligent qu'un enfant du même âge et ne présente ni habileté exceptionnelle, ni problème.
- 2,5 2. *Fonctionnement intellectuel légèrement anormal.* L'enfant n'a pas une intelligence aussi développée que celle d'un enfant du même âge et ses capacités sont également retardées dans tous les domaines.
- 3,5 3. *Fonctionnement intellectuel moyennement anormal.* En général, l'enfant n'a pas une intelligence aussi développée que celle d'un enfant normal du même âge. Cependant, il peut présenter une performance proche de la normale dans un ou plusieurs domaines du fonctionnement intellectuel.
4. *Fonctionnement intellectuel sévèrement anormal.* Alors que l'enfant n'a généralement pas une intelligence aussi développée que celle d'un enfant normal du même âge, il se montre capable de fonctionner à un niveau supérieur par rapport aux enfants de son âge dans un ou plusieurs domaines

OBSERVATIONS :

XV. IMPRESSION GÉNÉRALE

- 1,5 1. *Pas d'autisme.* L'enfant ne présente aucun des symptômes caractéristiques de l'autisme.
- 2,5 2. *Autisme léger.* L'enfant présente seulement quelques symptômes ou un léger degré d'autisme.
- 3,5 3. *Autisme moyen.* L'enfant présente un certain nombre de symptômes ou un degré moyen d'autisme.
4. *Autisme sévère.* L'enfant présente beaucoup de symptômes ou un degré extrême d'autisme.

OBSERVATIONS :

Résumé

L'exposition précoce et excessive aux écrans est devenue une préoccupation croissante au sein de notre société contemporaine. Dès leur plus jeune âge, les enfants sont de plus en plus exposés à ces dispositifs technologiques. Cependant, cet usage problématique peut engendrer des conséquences néfastes sur leur développement, notamment en ce qui concerne l'apparition de traits autistiques. Les chercheurs évoquent ce phénomène sous le terme d'"autisme virtuel", caractérisé par des altérations de la communication, des interactions sociales altérées, ainsi que des anomalies comportementales chez l'enfant

Dans cette étude, nous avons exploré l'utilisation des écrans chez quatre cas spécifiques. Pour ce faire, nous avons utilisé un guide d'entretien destiné aux parents des enfants, ce qui nous a permis de recueillir des informations détaillées sur chaque cas. De plus, nous avons utilisé l'échelle de CARS, qui nous a permis d'évaluer les comportements autistiques chez les enfants.

Abstract

Early and excessive screen exposure has become a growing concern in our contemporary society. From a very young age, children are increasingly exposed to these technological devices. However, this problematic usage can have detrimental effects on their development, particularly in terms of the emergence of autistic traits. Researchers refer to this phenomenon as "virtual autism," characterized by impairments in communication, altered social interactions, and behavioral abnormalities in children.

In this study, we explored the use of screens in four specific cases. To do so, we employed a parent interview guide, allowing us to gather detailed information on each case. Additionally, we utilized the CARS to assess autistic behaviors in the children.