

Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche scientifique

Université Abderrahmane MIRA de Béjaia

Département de Psychologie et Orthophonie



Mémoire de fin d'étude

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie

Option : Psychologie Clinique

Thème :

Le stress maternel et le soutien social chez les mères ayant un enfant atteint du spectre de l'autisme (TSA)

Etude clinique de 5 cas réalisée au niveau de l'Association « Espérance pour Autiste » - Akbou

Réalisé par :

- HAMADI Yassamina
- IFTISSEN Sabrina

Encadré par :

Dr. CHELGHOUUM Anissa

Année Universitaire : 2024/2025

Remerciements

Legrand mercis à l'adresse au Bon Dieu et tout-puissant, de nous avoir donné la santé, la force, le courage, la volonté et la patience pour accompagner et mener ce travail à terme.

*Nous tenons tout particulièrement à exprimer toute notre gratitude à notre promotrice Dr **CHELGHOUM Anissa**, pour sa confiance, sa bienveillance, sa patience, sa disponibilité, sa guidance, son aide, son soutien remarquable et son orientation, dont elle a fait preuve à notre égard, et qui a ainsi contribué à l'achèvement de ce travail.*

Nos remerciements s'adressent également aux membres du jury pour avoir accepté d'évaluer ce travail, et pour avoir accepté de participer au jury de cette soutenance.

Nous souhaitons également remercier vivement l'ensemble du personnel de l'association Esperence pour autiste d'Akbou, qui nous a ouvert la porte pour effectuer ce travail.

Un grand merci, également à tous les sujets de notre groupe de recherche, qui nous ont accordé leur consentement pour la réalisation de ce travail car sans eux notre travail n'aurait pas été effectué.

Enfin, nous tenons à remercier chaleureusement et respectivement tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail de fin d'études.

«Grand merci à tous»

Dédicace

Premièrement je remercie le Dieu puissant qui ne cesse de me protéger

Ce travail est dédié à :

La jeune fille de 18 ans que j'étais, celle qui pensait qu'elle va briller, qui avait confiance en elle, tu peux être fière de moi.

À ma mère et mon père, pour leur amour inconditionnel et soutien Merci.

À mes frères et sœurs, pour leurs encouragements constants.

*À mon amie-sœur **Lilia**, qui a été toujours là, pour me soutenir, m'aider et m'écouter. Je suis reconnaissante d'avoir une amie comme toi à mes côtés, d'avoir été un pilier dans les moments difficiles, une amie exceptionnelle, je t'aime.*

*À mon soleil, mon plus grand soutien **Azzeddine**, Merci d'avoir été ma force quand je doutais, ma lumière quand j'étais perdue, ta présence est la plus précieuse des cadeaux, sans toi, ces pages n'auraient jamais vu le jour avec autant de sérénité et de bonheur. Pour toujours, merci d'exister.*

*Et le meilleur pour la fin je remercie la plus belle rencontre de tout mon cursus ma binôme **Iftissen Sabrina** avec qui j'ai partagé ce voyage académique. Merci pour notre collaboration fructueuse et notre soutien mutuel.*

Yassamina.

Dédicaces

*Avant tout, je remercier **Dieu Allah** le tout puissant de m'avoir donné le courage et la motivation également la santé pour arriver à ce stade du savoir et de présenter ce modeste travail.*

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers les personnes qui m'ont aidé a réalisé ce mémoire.

*Je remercie ma mère **Khadidja Boutaghane** d'être mon héroïne un exemple de vie et de me donner tout son amour et la force d'avancer chaque jour.*

*Ainsi que mon père, mon roi **Rabah Iftissen** pour sa présence sa tendresse et pour tout ce qu'il a fait pour moi depuis ma naissance jusqu' aujourd'hui.*

*Ainsi mes sœurs de sang et de cœur qui m'ont donné de l'amour et de courage plus particulièrement **Sonia**.*

*A **Arezki** ma paix la personne qui m'a donné du soutien et celui qui comprend même ce que je ne dis pas sans faire semblant. Merci d'être là de tous les côtés toujours.*

*Et le meilleur pour la fin je remercier la plus belle rencontrée tout mon cursus mabinôme **Yassamina Hamadi** avec qui j'ai tenu la main dans les hauts comme les bas merci d'être ma confidente ma folie même pour les moments les plus simples deviennent inoubliables*

Sabrina

Liste des abréviations

APA : American psychological association

ABA : Analyse Appliquée du Comportement

CIM10 : Classification statistique International des Maladies

DSM-IV : Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux

HAS : La Haute Autorité de santé

LOC : Le locus of control

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PSS: Perceived social support

PECS: Picture exchange communication system

SSQ : Social support questionnaire.

TSA : Trouble de spectre autistique.

TCC : Thérapie Cognitive-Compartimental.

TED : Troubles envahissants du développement.

TEACCH: Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children.

WHO: World Health Organization.

Liste des tableaux

Tableau	Titre	Page
Tableau 1	Les stades du développement cognitifs selon Piaget.	11
Tableau 2	Les stades du développement psychosociaux selon Erikson.	13
Tableau 3	Prévalence des TSA et de l'autisme (HAS).	22
Tableau 4	Les caractéristiques qui induisent une réponse de stress provoquant la sécrétion d'hormones de stress	43
Tableau 5	Tableau récapitulatif des caractéristiques de groupe de recherche.	80
Tableau 6	Résultat du questionnaire PSS de Mme Samira.	99
Tableau 7	Les résultats de l'échelle de SSQ6 de cas 01 : Mme Samira.	102
Tableau 8	Résultat du questionnaire PSS de Mme Malika.	106
Tableau 9	Les résultats de l'échelle de SSQ6 de cas 02 : Mme Malika.	108
Tableau 10	Résultat du questionnaire PSS de Mme Wahiba.	113
Tableau 11	Les résultats de l'échelle de SSQ6 de cas 03 : Mme Wahiba.	115
Tableau 12	Résultat du questionnaire PSS de Mme Hakima.	119
Tableau 13	Les résultats de l'échelle de SSQ6 de cas 04 : Mme hakima.	121
Tableau 14	Résultat du questionnaire PSS de Mme Safia.	125
Tableau 15	Les résultats de l'échelle de SSQ6 de cas 05 : Mme Safia.	127

Liste des figures

Figure N° 1: Courbe de la performance en fonction de l'intensité de l'état de stress	40
Figure N° 2: Les trois stades du syndrome général d'adaptation (Selye, 1936)	47
Figure N° 3: Le modèle transactionnel, intégratif et multifactoriel(Poirier et al, 2018)	50

Sommaire

Sommaire

Remerciements	
Dédicaces	
Liste des abréviations	
Liste des tableaux	
Liste des figures	
Sommaire	
Introduction	1

Partie théorique

Chapitre I: L'enfant et le trouble du spectre de l'autisme

Préambule	6
I. L'enfant	6
1. Le statut de l'enfant dans l'histoire	6
2. Définition des concepts de l'enfant et l'enfance	8
2.1. L'enfant	8
2.2. L'enfance	8
3. Développement de l'enfant	9
3.1. Le développement de l'intelligence	9
3.2. Les 4 principaux stades du développement selon J. Piaget	9
3.2.1. Le stade sensori-moteur (de la naissance à environ 2 ans)	9
3.2.2. Le stade préopératoire (de 2 à 7 ans)	10
3.2.3. Le stade opératoire concret (7 – 12 ans)	10
3.2.4. Le stade formel (12 – 16 ans)	10
3.3. Le développement social de l'enfant	11
3.3.1. L'intersubjectivité	12
3.3.2. Les compétences précoce	12
3.3.3. Les Modalité visuelles	12
3.3.4. Les modalités auditives	12
3.3.5. Les modalités olfactives	12
3.3.6. Le développement psychosocial selon Erikson	13
4. La psychologie de l'enfant	14
4.1. Origines de la psychologie de l'enfant	14
4.2. Deux tendances de la psychologie de l'enfant	15

Sommaire

4.2.1. Descriptive	15
4.2.2. Explicative (psychologie génétique ou du développement)	15
4.3. Développement institutionnel	16
II. Le trouble de spectre de l'autisme	17
1. Le perçu historique du spectre de l'autisme(TSA).....	17
2. Définitions du trouble du spectre d'autisme (TSA)	19
3. Prévalence du trouble du spectre de l'autisme (TSA)	21
4. Facteurs de risque du trouble du spectre de l'autisme (TSA)	25
4.1. Les Facteurs génétiques.....	25
4.2. Les facteurs environnementaux	27
4.3. Facteurs anticonceptionnels.....	27
4.4. Facteurs anténatals	27
4.5. Facteurs périnatals (survenus auteur de la naissance)	27
4.6. Facteurs postnatals (ou néo-natals	29
5. Critères diagnostique du trouble de spectre de l'autisme (TSA) selon DSM-5.....	29
6. Diagnostique différentiel du trouble du spectre en autisme (TSA).....	31
7. Prise en charge du trouble du spectre autistique (TSA)	32
7.1. Méthode TEACCH	32
7.2. Méthode ABA.....	32
7.3. Le PECS	33
8. L'enfant avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA).....	33
9. Le TSA en Algérie.....	34
Synthèse	37

Chapitre II: Le stress parental

Préambule	39
1_ Définition de stress.....	39
1.1 Définition de stress parental.....	41
1.2. Définition de stress maternelle	41
2. Historique de mot stress	41
3. Les types de stress.....	42
3.1_ Stress aigu	42
3.2. Stress chronique.....	42

Sommaire

4. L'eustress et le Distress	44
4.1. Stress positif ou L'Eustress	44
4.2. Stress négatif ou Le distress	45
5. Les phases du stress	45
5.1. La réaction d'alarme	45
5.2. La phase de résistance.....	45
5.3. La phase d'épuisement.....	45
6_ Les sources de stress	47
6-1 Le stress et les stresseurs	47
7_ Le Modèle transactionnel, intégratif et multifactoriel (TIM)	48
8_ Signaux de stress.....	50
8.1_Signaux physiologiques du stress	51
8-2 Signaux psychologiques du stress	51
8.3 Signaux comportementaux du stress	51
8.4 Signaux émotionnels du stress	52
8.5 Signaux cognitifs du stress.....	52
9_ Nature et sources de stress chez les parents d'enfants autistes.....	52
9-1 L'incertitude des parents face à l'évaluation de leurs enfants	53
10_ Les stratégies d'adaptation ou coping	53
10-1 La résolution de problèmes.....	54
10-2 Le coping focalisé sur l'émotion.....	54
Synthèse	55

Chapitre III: Le soutien social

Préambule	57
1- Historique du soutien social	57
2- Définitions de soutien social	58
3- Les formes du soutien social	59
3-1Soutien émotionnel.....	59
3-2 Soutien instrumental.....	59
3-3 Soutien informatif	60
3-4 Soutien normatif.....	60
3-5 Soutien de socialisation	60

Sommaire

4- Les dimensions du soutien social	60
4-1 Le réseau de soutien	60
4-2 Les comportements de soutien.....	61
4-3 L'appréciation subjective de soutien.....	62
5- L'importance du soutien social sur la santé mentale	62
5-1 Modèle des effets directs	62
5-2 Modèle d'atténuation du stress (stress buffering model)	63
6- Le soutien social chez les mères ayant un enfant avec un trouble de spectre de l'autisme (TSA)	63
Synthèse	65
Problématique	67

Partie pratique

Chapitre IV: Méthodologie de la recherche

Préambule	81
1. Les objectifs de la recherche	81
2. Intérêt du choix du thème.....	81
3. Limites de la recherche	82
4. La méthode de recherche utilisée	82
5. Présentation du lieu de la recherche	84
6. Critères et présentation du groupe de recherche.....	85
7. Les stratégies de collecte des données	87
1. Attitude de chercheur	97
2. Difficultés rencontré	99

Chapitre V: Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule	101
1. Prestation et analyse des résultats.....	101
2. Synthèse des résultats et discussions des hypothèses	138
Synthèse	146
Conclusion.....	149
Liste bibliographique	152
Annexes	159
Résumé	

Introduction

La santé, dans toute sa complexité, ne se résume pas à l'absence de maladie, mais englobe un équilibre physique, mental et social.

Lorsqu'il s'agit du trouble du spectre de l'autisme(TSA), cette notion prend une dimension particulière, car elle touche non seulement les personnes directement concernées, mais aussi leur entourage, notamment les familles. Le trouble du spectre de l'autisme est un trouble envahissant du développement caractérisé par un développement anormal ou déficient, manifesté avant l'âge de trois ans, avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants : interactions sociales réciproques, communication, comportements au caractère restreint et répétitif avec ses particularités et ses défis, influence profondément la dynamique familiale, et plus spécifiquement, la santé des mères qui jouent souvent un rôle central dans le quotidien de leurs enfants.

Ces mères, sont confrontées à des défis uniques tels que sentiment de culpabilité ou d'impuissance face aux difficultés de l'enfant, responsabilités accrues, allant de la gestion des soins quotidiens à la coordination des interventions thérapeutiques, en passant par la navigation dans un système souvent complexe et fragmenté ainsi l'entourage et le regard négatif des gens. Ce fardeau, bien que porté par amour, peut engendrer un stress chronique, affectant leur santé mentale et physique. Les études montrent que ces mères sont plus susceptibles de souffrir d'anxiété, de dépression et d'épuisement, soulignant ainsi l'importance de comprendre et de soutenir leur vécu.

C'est dans ce contexte que le soutien social est primordial. Qu'il soit fourni par la famille, des amis, des professionnels de santé ou de la communauté, ce soutien joue un rôle crucial dans l'atténuation du stress et renforcer la santé mentale de ces mères. Néanmoins, malgré son importance, ce soutien est fréquemment inadéquat ou mal orientée en fonction des exigences spécifiques de ces familles. Il devient donc fondamental d'étudier les processus par lesquels l'assistance sociale opère, ainsi que les entraves à son accès, afin de proposer des solutions concrètes et humaines.

Dès lors, ce présent travail a eu pour objectif de déterminer et de décrire le stress maternel et le soutien social chez les mères d'enfants avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA).

Afin d'atteindre notre objectif, nous avons réalisé notre stage pratique au niveau du l'association « Espérance tout contre de l'autisme » situé à Akbou, Bejaia. Ainsi, notre

travail a eu lieu auprès d'un groupe de recherche constitué de six cas, qui ont été sélectionnés selon des critères bien définis, pour le bon déroulement de la recherche, et dans le but de tester la fiabilité de nos hypothèses.

Dans le but de bien réaliser notre recherche, nous avons opté pour la méthode clinique par étude de cas et pour la récolte des données, nous avons employé entretien de recherche semi-directif, et deux échelles qui sont l'échelle de stress perçu « perceived stress scale » de Cohen et Williamson, et l'échelle de social support questionnaire (SSQ) pour le soutien social.

A cet effet, nous avons structuré notre recherche en deux grandes parties principales. En commençant tout d'abord par une introduction de notre recherche. Une première partie qui consiste en partie théorique qui se compose de trois chapitres :

-Le premier chapitre est reparti en deux parties, dont la première est consacrée à L'enfant, dans laquelle nous allons présentant Le statut de l'enfant dans l'histoire, Définition des concepts de l'enfant et l'enfance, Le développement de l'enfant y a compris : Le développement de l'intelligence selon Piaget, Le développement social de l'enfant et Le développement psychosocial selon Erikson et La psychologie de l'enfant. Dans la deuxième partie, nous allons se concentrer en particulier sur le spectre autistique (TSA), où nous aborderons un aperçu historique du trouble du spectre autistique (TSA), définitions du trouble du spectre autistique, prévalence du trouble du spectre autistique, Facteurs étiologiques du trouble du spectre autistique, diagnostique différentiel du spectre autistique, ainsi qu'en charge du trouble du spectre autistique, le TSA en Algérie et l'enfant avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA), pour ensuite conclure le chapitre par une synthèse.

-Le deuxième chapitre est consacré à Le stress parental dans lequel nous allons présentant définition de stress, historique de stress, les deux types de stress : Stress aigu ou isolé, Stress chronique ou répétitif, le bon et le mauvais stress : le bon stress ou « eu stress », le mauvais stress ou « distress », Les trois phases du stress 1 Phase d'alarme, 2 Phase de résistance, 3 Phase d'épuisement, ainsi les sources de stress, les phases évaluatives primaire et secondaire l'évaluation des ressources personnelles et l'évaluation des ressources sociales, les signaux de stress et les stratégies de coping, pour ensuite conclure le chapitre par une synthèse.

-Le troisième chapitre qui est consacré pour le soutien social dans lequel nous allons présentant origine et évolution du soutien social, définition du soutien, les formes du soutien, ainsi que ces dimensions et son importance sur la santé mentale. Sa nature, et le soutien social chez les mères ayant un enfant avec un trouble du spectre autistique, ensuite nous conclure le chapitre par une synthèse.

Nous conclurons, cette première partie en formulant la problématique de notre recherche, ce qui nous amènera à énoncer la question générale ainsi que les hypothèses. Ensuite, nous procéderons à l'opérationnalisation des concepts clés. C'est-à-dire la définition des concepts.

Ensuite une deuxième partie sera consacrée à la mise en pratique de notre recherche. Elle se composera de deux chapitres principaux.

- Le premier nous aborderons la méthodologie de recherche utilisée, les outils de recherche et leur analyse. Nous détaillerons également le lieu de l'étude, le groupe de recherche, le déroulement de la pratique, ainsi que l'attitude du chercheur et les difficultés rencontrées.

- Le deuxième chapitre nous aborderons la présentation et à l'analyse des résultats obtenus ainsi que sur la discussion des hypothèses dans le but de confirmer ou d'inflammer nos hypothèses.

Enfin, nous conclurons notre recherche par une conclusion, une liste bibliographique et une liste des annexes.

Partie théorique

Chapitre I

L'enfant et le trouble du spectre de l'autisme

Préambule

L'enfant, en pleine construction de son identité, représente une étape clé du développement humain, marquée à la fois par la vulnérabilité et un fort potentiel de croissance. Si l'enfance est un moment de découverte et d'apprentissage, elle peut aussi être affectée par diverses pathologies, dont le trouble du spectre en autisme. Cette dernière influence profondément la manière dont l'enfant perçoit le monde, communique et interagit.

Ce chapitre vise à mieux comprendre l'enfant et le trouble du spectre en autisme, en articulant les connaissances développementales générales à celles spécifiques au TSA. Il s'inscrit dans une démarche de compréhension globale, en posant les bases nécessaires à l'approche clinique du TSA.

Le chapitre se structure en deux parties : la première aborde la notion d'enfance, son évolution historique, les définitions clés, et les grands repères du développement selon Piaget et Erikson ; la seconde traite le TSA, en présentant son historique, sa définition, sa prévalence, son étiologie, le diagnostic, les approches explicatives et la prise en charge, avec un focus sur la situation en Algérie. Le chapitre se conclut par une synthèse intégrative.

I. L'enfant

Il nous paraît important, avant le passage au trouble du spectre autistique (TSA) chez l'enfant de savoir avant c'est quoi un enfant, enfance? Et son évolution dans le temps.

1. Le statut de l'enfant dans l'histoire

Ariès étudie la représentation de l'enfant dans l'art à travers les siècles et il a noté qu'avant le XII^e et XIII^e siècle l'enfant était représenté comme un petit adulte, c'est-à-dire reconnaissable uniquement par sa petite taille. Ce n'est qu'à partir du XIII^e siècle que l'art accorde une morphologie propre de l'enfant représenté (Hesselnberg, 2001, pp. 8-9).

Il y a quelques dizaines d'années, seul l'état adulte était considéré comme un état achevé. La période de l'enfance n'était qu'une longue période souvent peu « rentable » aux yeux de la société. Ce n'est que dans la dernière partie du XX^e siècle que va se développer,

suite au travail principes de l'historien Ph. Ariès, une réflexion visant à mettre à jour comment ont pu évoluer les représentations collectives, S'appuyant particulièrement sur l'absence de personnages enfantins dans la littérature avant le XXVIIIe siècle

La place donnée à l'enfant est liée à des attentes très différentes selon les personnes et les cultures. La nature démographique, la capacité à planifier les grossesses et les naissances, l'enfant vu comme simple force de travail (aux champs par exemple), le statut même du sexe d'un enfant (sexe féminin déprécié dans certaines cultures), la volonté politique de restreindre les naissances (infanticides des filles pour ne garder que les garçons), la crainte de ne pas pouvoir tous les nourrir ou leur donner du travail vont induire des comportements très différents voire opposés dans les différentes sociétés selon les lieux et le temps (de Broca, 2017, p. 10).

Au XXe siècle, l'enfant est enfin reconnu en tant qu'individu à part entière, avec ses propres besoins et droits. L'adoption des conventions internationales, telles que la Convention relative aux droits de l'enfant par l'ONU en 1989, marque cette avancée dans la reconnaissance de l'enfance comme une phase protégée et valorisée, avec des droits fondamentaux à préserver.

Pour Ariès, le sentiment à l'égard de l'enfant très caractéristique de la période actuelle n'a pris son essor qu'au XVIIIe siècle dans les classes supérieures pour se diffuser progressivement vers les classes populaires. Il convient sans doute d'apporter quelques nuances à cette thèse. Comme le précise Le Roy Ladurie (1975), les traces écrites manquent pour évaluer les sentiments à l'égard de l'enfance dans les classes populaires. De plus, l'absence de traces écrites n'équivaut pas forcément à l'absence de sentiment. Par ailleurs, comme l'indique Garnier (1982), la représentation iconique automorphe de l'enfance est loin d'être une constante au Moyen Age. Ce même auteur a pu rassembler un catalogue d'œuvres de la même période où les enfants sont représentés dans diverses activités, témoignant au contraire de la diversité des intérêts à leur égard (Baudier & Cléste, 2004, p. 8).

En revanche, dans les classes populaires (ouvrières ou paysannes), la vie de l'enfant reste très marquée par la précarité financière des familles. Très jeune, l'enfant doit, par son travail, contribuer à l'équilibre du budget familial. Soumis d'un premier temps aux nouvelles conditions de travail qu'instaure l'industrialisation. C'est en partie de la

législation sur le travail enfantin qu'émergera la reconnaissance de sa spécificité (Baudier & Cléste, 2004, p. 10).

C'est seulement à la fin du XIXe siècle et au début du XXe siècle que la législation et son application progressive unifieront un statut d'enfant. En 1874 fixant l'âge d'entrée dans le travail à 12 ans, la durée de la journée à 12 heures et l'interdiction du travail de nuit. Enfin, en 1881, la loi Jules Ferry rendra l'école obligatoire pour les enfants jusqu'à 12 ans.

Selon l'UNICEF(United Nations International Children Emergency Fund) en 2018. On compte 41,2 millions d'habitants en Algérie et parmi eux des enfants âgés (0-19 an) représentent 37% de cette population (unecef.org).

Selon l'ONS (Office National des Statistiques) en Algérie au 1er janvier 2021, la population résidente totale en Algérie a atteint 44,6 millions d'habitants

La population âgée de moins de 15 ans représente 30,6 % de la population (Baziz, 2022, p.1)

La Déclaration des droits de l'enfant adoptée à l'unanimité par l'Assemblée générale des Nations unies en 1959, est la réponse du législateur à cette valorisation de l'enfance, ou la reconnaissance officielle de sa spécificité, dont le statut particulier justifierait des droits particuliers.

2. Définition des concepts de l'enfant et l'enfance

2.1. L'enfant

Un enfant est un garçon ou fille n'ayant pas encore atteint l'adolescence, c'est-à-dire ayant moins de 11-12 ans, âge de la puberté (Charron et al., 2014, p. 101)

Un enfant est un petit d'homme en développement, c'est une « personne » pour reprendre l'expression de Françoise Dolto, mais une petite personne en devenir. Ce n'est pas un adulte en miniature et nous ne devons pas oublier qu'il n'a ni le même niveau de développement, ni les mêmes ressources qu'un adulte (Romano, 2011, p. 52).

2.2. L'enfance

L'enfance est une période de la vie qui s'étend de la naissance à l'adolescence (Sillamy, 2003, p. 97).

Selon le dictionnaire de la psychologie Larousse, l'enfance est « une période de la vie qui s'étend de la naissance à l'adolescence. L'enfance est l'étape nécessaire à la transformation du nouveau-né en adulte »

L'organisation mondiale de la santé OMS définit l'enfance « comme la période de la vie humaine allant de la naissance à 18 ans ».

3. Développement de l'enfant

3.1. Le développement de l'intelligence

La théorie du développement cognitif de Jean Piaget décrit une progression structurée de l'intelligence chez les enfants à travers quatre étapes distinctes, sensorimotrice(naissance à 2 ans), préopératoire (2 à 7 ans), opérationnelle concrète(7 à 12 ans) et opérationnelle formelle(12 ans et plus), chacune caractérisée par des capacités cognitives et des processus de raisonnement distincts.

Pour Jean Piaget, la pensée se construit par de grandes étapes qu'il appelle des stades. Un stade doit avoir lieu avant qu'un autre puisse se mettre en place. Ainsi, un enfant ne peut pas apprendre les multiplications avant d'avoir appris les additions. Les stades vont donc se dérouler dans le même ordre pour tous les enfants mais pas forcément au même âge (certains enfants seront en avance ou en retard à un certain âge dans leur développement cognitif).

Pour Piaget, l'intelligence se construit petit à petit et elle se caractérise par le fait que l'enfant comprend le monde d'une façon différente à mesure qu'il avance en âge.

3.2. Les 4 principaux stades du développement selon J. Piaget

3.2.1. Le stade sensori-moteur (de la naissance à environ 2 ans)

Ce stade, Il correspond au développement et à la coordination des capacités sensorielles et motrices du bébé. A cet âge, l'intelligence du bébé est essentiellement pratique. Elle est liée à l'action, le bébé touche les objets, met à la bouche il apprend peu à peu à comprendre le fonctionnement de son corps et à faire la différence entre son corps et les objets. A la fin de ce stade, le bébé va commencer à avoir des « représentations mentales », c'est-à-dire une idée des objets. Il peut penser à un objet, à une personne en son absence. Avant, ce n'est pas si clair le bébé qui voit tomber un nounours derrière le lit ne s'attend pas forcément à le retrouver, comme s'il avait disparu. De même, le bébé va

avoir du mal à penser, à se représenter ce qu'il ne perçoit plus, si maman n'est plus dans la pièce, c'est qu'elle a disparu, elle « n'existe plus » d'une certaine façon (Bugosen, 2018)

3.2.2. Le stade préopératoire (de 2 à 7 ans)

À ce stade, l'enfant commence à utiliser des symboles pour représenter des objets et des événements, principalement à travers le langage et le jeu symbolique. Cependant, sa pensée reste centrée sur lui-même et il a encore des difficultés avec la logique.

A ce stade, l'enfant est encore décrit comme « égocentrique ». Il a du mal à comprendre que d'autres puissent ne pas avoir les mêmes pensées que lui. Il a, par exemple, du mal à mentir, à garder un secret (de ce point de vue, l'apparition du mensonge est un progrès de l'intelligence...). Peu à peu, vont se mettre en place ce que l'on nomme des « théories de l'esprit » (du type : « il pense que... », « il sait que... » Etc.), comme il y en a dans les jeux de société. Par exemple, pour jouer à la bataille, il faut cacher ses cartes, c'est-à-dire comprendre que si l'on cache ses cartes, l'autre joueur ne peut pas « deviner » nos propres pensées. Ce n'est d'abord pas si simple à se représenter pour le petit enfant (Bugosen, 2018)

3.2.3. Le stade opératoire concret (7 – 12 ans)

A ce stade, l'enfant acquiert une « mobilité croissante au niveau de ses structures « mentales » et de ses réflexions. Ses théories de l'esprit deviennent plus subtiles. Il peut désormais envisager d'autres points de vue que les siens (par exemple, il va comprendre qu'un chevalier du moyen-âge ne pouvait pas comprendre ce que signifient les mots « téléphone » ou « internet »). Il procède également à ce que Piaget nomme des « opérations mentales » (par exemple il peut faire une addition dans sa tête, ce qui suppose une capacité d'abstraction qu'un enfant de 4 ans ne pouvait pas avoir).

Par contre, les raisonnements ont encore besoin d'un support concret. Il est plus facile, par exemple, d'utiliser des pièces ou des jetons pour comprendre le mécanisme de la multiplication même s'il peut apprendre la « contine » des tables de multiplication par cœur. Ce besoin de passer par un support concret, pratique et manipulable est important dans l'acquisition des apprentissages scolaires en primaire.

3.2.4. Le stade formel (12 – 16 ans)

Il s'agit pour Piaget, du dernier stade. Par la suite, l'adolescent ou l'adulte pourra continuer à acquérir des connaissances mais il ne changera plus radicalement de vision du

monde. A l'adolescence, le maniement des opérations mentales progresse de façon importante, notamment parce que l'enfant commence à raisonner sur de l'abstrait. Cela est assez perceptible en mathématique par exemple, où les adolescents vont pouvoir comprendre des théorèmes ou des notions abstraites (une droite ce n'est pas un trait bien droit sur une feuille, c'est une abstraction). Les adolescents ne sont donc plus obligés de passer par le concret. Ils peuvent réfléchir sur des notions en soi (le bien et le mal, l'infini, la mort etc.). Toutefois, dans la pratique les théories actuelles soulignent que pour les apprentissages scolaires repasser par le concret reste une bonne idée. Ces stades sont présents dans le tableau N°(01)

Tableau N° 1: Les stades du développement cognitif selon Piaget

Stade	Âge	Principales caractéristiques	Principale acquisition
Sensorimoteur	Naissance à 2 ans	À partirdel'exercicedesréflexes, appréhendesondu mondeparlessenset la Motricité,débutd'organisationcognitive	Permanencedel'objet
Opératoire	2 à 6 ans	Développement d'un système de représentation. Utilisationcroissantedes symboles (imitationdifférée,jeusymbolique,langage). Egocentrism.	Language,penséesymbolique
Opératoire concretes	6 à 12 ans	Utilisationmentale pour résoudre des problèmesconcrets. Compréhensioncroissantedesrelationsspatialesetles Liensdecausalité.	Notionsdeconservation, classification, réversibilitédécentration
Opérationsformelles	12ans plus	Pensée qui peut se détacher du concrète formuler des hypothèses. Peut envisage lepossible.Peutréfléchirsur desidées,desdonnéesabstraites.	Penséeabstraiteraisonnementhypothético-déductif.

(Papalia&Feldman,2014, p.21).

3.3. Le développement social de l'enfant

Au cours de son développement, l'enfant se construit en s'intégrant activement dans le monde social qui l'entoure. Il évolue au sein de cet environnement, où il agit, réagit et reçoit des influences, et doit s'adapter et interagir avec celui-ci. Ses capacités cognitives

et sociales se développent au fil des expériences vécues dans cet espace, contribuant à la structuration de son identité et au façonnement de sa personnalité. Ainsi, l'action de l'enfant ne s'apparente pas à un processus isolé, mais s'inscrit dans un échange dynamique, tant interne qu'externe, entre lui-même et les autres.

3.3.1. L'intersubjectivité

La notion récente d'intersubjectivité a pu être clarifiée, d'une part par la mise en évidence des compétences précoce du nourrisson, et d'autre part, par l'analyse des émotions.

3.3.2. Les compétences précoce

Le nourrisson possède des capacités sensorielles remarquables qui lui permettent non seulement de communiquer, mais aussi de développer des compétences dans ce domaine. Ces capacités sensorielles peuvent être analysées de manière approfondie sur trois registres principaux : visuel, auditif et olfactif.

3.3.3. Les Modalité visuelles

Étant donné le rôle majeur qu'elle joue dans l'espace humain, c'est la modalité sensorielle la mieux étudiée, même si certaines propriétés du système visuel restent encore à préciser. Comme tous les autres sens, celui-ci est fonctionnel dès la naissance. L'œil saute pour suivre un objet qui se déplace, l'acuité visuelle est faible, elle augmente rapidement jusqu'à 6 mois. À 4 ans, elle est identique, voire meilleur que celle des adultes. La perception des couleurs semble présente dès la naissance. L'enfant est particulièrement attiré par les stimuli complexes, contrastés, mobiles et brillants. Les propriétés des stimuli les plus efficaces pour attirer son attention correspondent de manière privilégiée à celles du visage humain (Baudier & Céleste, 2004, pp. 70-71).

3.3.4. Les modalités auditives

La fonction auditive comme tous les sens permet de percevoir le monde extérieur et d'accéder à l'information, à la communication, à la fonction hédonique et ainsi à la formalisation de la pensée. Les structures cérébrales auditives se développent jusqu'à 6 ans (de Broca, 2017, p.34).

3.3.5. Les modalités olfactives

Faire évoquer par le parent le plaisir ou le dégoût que provoque l'odeur de son enfant permet de comprendre certains troubles de la relation. La sensorialité olfactive est un sens très développé chez le nouveau-né et joue un rôle important dans l'attachement enfant-mère (de Broca, 2017, p. 29).

3.3.6. Le développement psychosocial selon Erikson

Selon Erikson le développement de la personnalité traverse huit stades psychosociaux qui sont marqués par l'existence d'une crise à résoudre. C'est-à-dire par l'atteinte d'un équilibre entre deux pôles, l'un positif et l'autre négatif. Pour se développer sainement la personne doit résoudre chacune de ces huit crises et atteindre un équilibre entre deux pôles.

Le tableau N° (02) présente les huit stades psychosociaux selon Erikson

Tableau N° 2: Les stades du développement psychosociaux selon Erikson

Stade : crise à résoudre	Age	Résolution de la crise	Force adaptative
Confiance/méfiance fondamentale	Naissance à 12-18 Mois	L'enfant perçoit le monde extérieur comme un lieu amical et sécuritaire où ses besoins peuvent être satisfait.	Espoir
Autonomie/honte et doute	12-18 mois à 3 ans	Importance de l'apprentissage de la propreté, puis du langage, l'enfant découvre ses capacités de contrôle sur lui-même et sur les Autres.	Volonté
Initiative/ culpabilité	3 à 6 ans	L'enfant développe le courage de poursuivre ses propres objectifs sans être inhibé par la culpabilité ou la peur d'être puni.	Capacité de se donner des buts
Travail/infériorité	6 ans à la Puberté	L'enfant apprend à maîtriser les habilités nécessaires à accomplir les tâches qu'on attend de lui.	Compétences
Identité/confusion des rôles	Puberté à jeune Adulte	La personne développe une conception cohérente de soi, intégrant les divers aspects de sa vie personnelle et sociale.	Fidélité
Intimité/isolement	Jeune adulte	La personne est capable de s'engager affectivement avec une autre personne	Amour

		(formation d'un couple, d'une famille, etc...).	
Générativiste / stagnation	Adulte / Âgé moyen	La personne se sent plus en plus concernée par les générations plus jeunes. Elle les guide et leur transmet ses connaissances et le fait Profiter de son expérience	Souci pour autrui (solidarité)
Intégrité/ dépression	Adulte d'âge Avancé	La personne accepte la vie qu'elle a menée et envisage une mort prochaine.	Sagesse

(Papalia & Feldman, 2014, p.16)

4. La psychologie de l'enfant

4.1. Origines de la psychologie de l'enfant

Jusqu'au XVIII^e siècle, la psychologie de l'enfant n'existe pas. Les écrits sur l'enfance sont principalement pédagogiques et prescriptifs (ex. : Comenius, John Locke). Jean-Jacques Rousseau est le premier à reconnaître l'importance de la psychologie dans l'éducation, affirmant que l'enfant a une réalité psychologique propre.

C'est en effet entre 1850 et 1880 que les premières descriptions des capacités du jeune enfant se multiplient. En 1877, Charles Darwin publie *Esquisse biographique d'un petit enfant*, dans lequel il relate, trente-sept ans après, les observations notées dans son journal sur les premières années de son fils. C. Darwin, très précis dans les dates, décrit des événements spontanés. A partir d'une ou deux anecdotes, il n'hésite pas à se lancer dans l'interprétation : « Le 114^e jour, [...] il glissa sa main le long de mon doigt de manière à pouvoir prendre l'extrémité de celui-ci dans sa bouche. Cela se produisit plusieurs fois : à l'évidence, il ne s'agissait pas d'un hasard, mais d'un acte rationnel. Les mouvements volontaires des mains et des bras étaient donc fort en avance par rapport à ceux du corps et des jambes.» A la même époque, plongé dans la préparation de son livre *The Expressions of Emotion in Man and Animals*, il va particulièrement s'intéresser aux premières expressions faciales de colère, de peur ou de plaisir de son fils. (Caëtane chapelle, 2001, p.23)

A la même période, les premiers travaux scientifiques sur la psychologie de l'enfant sont attribués à l'Allemand William T. Pfreyer, publiés dans *The Mind of the Child* (1882). Celui-ci a procédé à une observation systématique du développement de l'enfant, lui aussi à partir du cas de son propre fils. Sa principale contribution est celle de la méthode. Certains historiens lui trouvent néanmoins un précurseur, vingt-trois ans plus tôt.

4.2. Deux tendances de la psychologie de l'enfant

4.2.1. Descriptive

Étude des comportements et capacités de l'enfant à différents âges, visant à identifier des retards ou handicaps.

4.2.2. Explicative (psychologie génétique ou du développement)

L'enfant comme clé pour comprendre la nature humaine et le développement de la pensée.

4.3.Développement institutionnel

À la fin du XIXe et au début du XXe siècle, des associations et instituts spécialisés se créent (ex. : Alfred Binet en France, Edouard Claparède en Suisse, Maria Montessori en Italie, G. Stanley Hall aux États-Unis). Hall fonde l'American Psychological Association et encourage la recherche sur le développement de l'enfant.

Alfred Binet Il propose une description des capacités des enfants selon leur âge et crée avec Théodore Simon une "échelle métrique d'intelligence", précurseur du Q.I. Il utilise des instruments de mesure mais reste prudent sur leur validité, soulignant les limites de l'objectivité scientifique. Il étudie aussi la suggestibilité des enfants lors de témoignages oculaires, montrant que la précision dépend de la manière dont on les interroge.

(Caëtane chapelle, 2001, p.24).

Les failles de la pensée humaine et surtout son évolution amèneront le plus célèbre des psychologues du développement, Jean Piaget (1896-1980), à s'intéresser à l'enfant. Biogiste précoce, spécialisé dans les mollusques des rives du lac Léman, il découvre les travaux philosophiques d'Henri Bergson. Influencé par sa formation de biologiste, J. Piaget conçoit l'intelligence comme une fonction qui permet à l'individu de s'adapter à son environnement. Le projet de J. Piaget est très ambitieux : analyser le passage « des états de moindre connaissance aux états de connaissance plus poussée ». Si c'est en psychologie que ses travaux auront le plus grand retentissement, l'objectif est au départ philosophique : comprendre l'histoire des sciences et des sociétés à travers l'évolution des structures logiques de la pensée.

Pour cela, il entreprend d'étudier la genèse des fonctions cognitives de l'enfant. Il écrira alors que « l'enfant explique l'homme autant, et souvent plus, que l'homme n'explique l'enfant. » Son observation de l'enfant selon la méthode clinique, les tâches qu'il crée pour détecter son mode de raisonnement et la description des stades d'évolution de la pensée marquera définitivement la psychologie de l'enfant. Elles doreront J. Piaget du titre de grand psychologue, alors même qu'il n'en a jamais eu le moindre diplôme. J. Piaget déclare d'ailleurs faire non pas de la psychologie mais de « l'épistémologie génétique », c'est-à-dire une recherche des mécanismes de l'organisation psychique et de l'évolution des connaissances en général. Il ne perdra jamais cet objectif de vue, puisqu'en 1955, il crée le Centre international d'épistémologie génétique de Genève, qui rassemblera logiciens, mathématiciens, physiciens, biologistes, linguistes et psychologues.

Comme le fait remarquer Fernando Vidal dans sa relecture de l'œuvre piagétienne, une constante apparaît dans toute l'œuvre de J. Piaget : « Le développement se fait toujours de l'égocentrisme. La subjectivité, le raisonnement concret, le conformisme et la transcendance, vers le jugement socialisé, l'objectivité, la pensée abstraite, l'autonomie et l'immanence. » Dit autrement, pour J. Piaget, évolution rime avec progrès.

L'approche historique de F. Vidal montre de plus combien les liens sont forts entre la vie de Piaget et ses concepts théoriques les plus importants. Le récit que fait J. Piaget de sa vie, à travers son autobiographie, en a donné l'image d'un intellectuel épargné par la subjectivité, les passions, les désordres affectifs, à la carrière précoce et annonciatrice de son œuvre future. J. Piaget décrit sa propre vie un peu à l'image du développement de l'enfant ou de l'histoire des sciences, comme une suite logique et cohérente d'événements, dont les premiers portent déjà les germes des suivants. Or, l'analyse biographique que fait F. Vidal de J. Piaget offre un autre regard sur l'homme et le savant.

II. Le trouble de spectre de l'autisme

1. Le perçu historique du spectre de l'autisme(TSA)

Kanner et Asperger ont choisi le terme « autistique » pour caractériser leur patient. L'autisme a été introduit pour la première fois par le psychiatre suisse Eugen Bleuler en 1911. Bleuler utilisait ce concept pour décrire un symptôme de la schizophrénie caractérisé par un retrait social et perte de contact avec la réalité. Plus tard le terme autiste est choisi par le psychiatre Léo Kanner qui décrit chez onze enfants présentant des symptômes similaires (Tardif et al, 2003. 09). Dans une publication fameuse de 1943, ce qu'il nomme « L'autisme infantile précoce » auquel il donnera son nom, ou il la considère comme une entité clinique spécifique de la psychologie infantile (Kanner, 1943). L'autisme de Kanner, pour son auteur, est une maladie. Elle se caractérise par un « trouble inné de la communication ». Ce trouble « inné » se manifeste par des particularités du langage, isolement, et l'immobilité. Le caractère précoce, souvent remarqué dès la naissance. Et un an plus tard. En Autriche, le pédiatre d'une institution d'éducation spécialisée. Hans Asperger, décrit également quatre enfants présentant une « psychologie autistique » (Hochmann, 2017, Pp. 11-18).

Il est important de restituer le contexte dans lequel le terme « *d'autisme a été choisi et utilisé par Kanner, puisque des confusions ont pu naître du choix de ces appellations.* Ainsi, le terme « *d'autisme est choisi par Kanner, (1943) pour désigner, chez un certain nombre de cas d'enfants rencontrés depuis (1938) cet état singulièrement différent de tout ce tableau clinique diffère des entités cliniques préexistantes (telle l'arriération mentale pour laquelle ces enfants lui étaient adressés).* Mais, par le choix de ce terme déjà utilisé par Bleuler, l'autisme a pu être confondu (et peut l'être encore) avec la schizophrénie.

Or, si l'identification des deux entités ne repose que sur des critères comportementaux et des descriptions cliniques parfois proches, elles restent des pathologies distinctes. Tandis que l'autisme apparaît très tôt dans la première enfance, la schizophrénie est plus caractéristique de l'adolescence ou de l'entrée dans l'âge adulte. De plus, si la schizophrénie est composée de symptômes « négatifs qui pourraient présenter des similiars avec certains signes d'autisme (désintérêt, indifférence sociale), elle présente en revanche des symptômes »positifs qui ne se manifestent en principe pas dans l'autisme (délires et hallucinations sur fond d'imagination fertile).

Enfin, même si les syndromes autistiques et schizophréniques ont des parentés sur le plan de certains mécanismes neuropsychologiques et peut-être dans le mode de transmission, ces deux affections ne sont pas superposables. Ainsi, bien qu'il soit parfois délicat d'isoler des signes très intriqués dans le développement (notamment à l'adolescence) et d'individualiser les tableaux cliniques, il est important malgré tout de ne pas mélanger des affections contrastées, notamment pour les traitements, les prises en charge et la validité des recherches. (Tardif et al., 2003, pp. 09-10).

De même, pour certains auteurs, l'autisme est une psychose et est encore classé dans cette rubrique selon la CFTMEA-R (Misés et al., 2000).

Par la suite, des auteurs comme Bruno Bettelheim qui s'intéressent aux enfants autistes. Dans les années 1940-1960 ce trouble était souvent causé par des problèmes psychologiques. Ce psychologue connu a répandu l'idée de la « mère réfrigérateur », selon laquelle l'autisme venait d'un manque d'amour de la part de la mère (Bettelheim, 1967). On trouve également les travaux de la psychanalyste française Maud Mannoni (1923-1998) qui

s'intéresse également à ce trouble mais principalement sur les relations familiales et les conflits psychique dans le développement de l'enfant (Mannoni, 1964).

Comme le démontrent les classifications internationales (American Psychiatric Association, 1994 ; World Health Organization, 1993) Les troubles autistiques sont aujourd'hui considérés comme appartenant au plan international comme faisant partie des troubles envahissants du développement. Notamment depuis les années 80 à travers les classifications internationales.

Actuellement le terme « d'autisme » est utilisé pour désigner un trouble du développement altérant essentiellement les interactions sociales et la communication, contraignant la personne à un retrait du monde social, faute de moyens adaptés pour pouvoir communiquer de façon adéquate. Parler « d'autisme » est pour nous plus approprié que parler « d'autisme infantile ». « D'autisme infantile précoce » ou encore « d'autisme de l'enfant ». Termes qui pourraient laisser supposer que cet état est caractéristique de l'enfant et que l'on peut en sortir en grandissant.

Or, bien que les trajectoires évolutives varient et que certains auteurs évoquent la notion « D'autisme résiduel » pour désigner l'autisme léger de certains individus ayant particulièrement développé au point d'être relativement adaptés socialement. Il est essentiel de rappeler et garder à l'esprit que l'autisme est un syndrome qui, à des degrés divers, affecte la vie entière de la personne, au point d'être perçu aujourd'hui comme un handicap à vie.

D'ailleurs, même des adultes autistes semblant avoir surmonté des symptômes très invalidants de leur enfance, se déclarent néanmoins toujours autistes, notamment dans la gestion de leurs relations interpersonnelles, dans leur mode de pensée dans leur mode de pensée, dans leurs perceptions sensorielles ou dans leurs expressions émotionnelles ou socio-affectives, comme en témoignent les récits de Temple Grandin (1994, 1997) (Tardif et al., 2003, pp. 11-12)

Nous terminons avec l'histoire de l'autisme, maintenant nous allons passer à la définition de ce trouble.

2. Définitions du trouble du spectre d'autisme (TSA)

Le Trouble du spectre autistique (TSA), caractérisé par sa nature neuro-développementale, réfère à une altération persistante du développement d'un enfant notamment sur le plan des interactions et de la communication sociale ainsi que sur le plan des comportements et des intérêts. Le TSA comprend trois niveaux de sévérité qui se distinguent par le degré de soutien requis (American Psychological Association [APA], 2013).

Selon le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition) définit l'autisme comme ; « *un trouble du spectre de l'autisme (TSA), caractérisé par des déficits persistants dans la communication sociale et les interactions sociales, ainsi que par des comportements, intérêts ou activités restreints et répétitifs* »

Selon l'organisation mondiale de la santé (L'OMS) définit l'autisme comme : « *un trouble envahissant du développement (TED), caractérisé par un développement anormal ou déficient, manifesté avant l'âge de trois ans, avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants : interactions sociales réciproques, communication, comportements au caractère restreint et répétitif* »

Ce trouble se définit par trois caractéristiques principales : une incapacité à interagir de manière appropriée avec les autres, des difficultés de communication (même lorsque le langage est présent, il n'est pas utilisé pour échanger avec autrui), et des comportements répétitifs et stéréotypés, souvent dépourvus de fonction spécifique(Kaplan & Sadock, 1995).

Selon la Classification Internationale des Maladie 10e édition (CIM 10), l'autisme est un trouble du développement caractérisé par des perturbations dans les domaines des interactions sociales réciproques, de la communication et par des comportements, intérêts et activités au caractère restreint, répétitif. À ce jour, le diagnostic de l'autisme est clinique. Le plus souvent, le diagnostic peut être établi à partir de l'âge de 2 ans, grâce à l'utilisation de critères diagnostiques. Il repose sur un faisceau d'arguments cliniques recueillis dans des situations variées par différents professionnels. Il est associé à une évaluation des troubles et des capacités ainsi qu'à la recherche de maladies associées. Il se fait en collaboration avec la famille

Une autre définition de trouble du spectre autistique Selon Kanner : « *le trouble fondamental le plus frappant (dit « pathognomonique ») est l'incapacité de ces enfants à établir des relations de façon normale avec les personnes et les situations, dès le début de leur vie.* Kanner continuait sa présentation des onze cas (8 garçons et 3 filles âgés de moins de 10ans) en insistant sur les descriptions concordantes des parents considérant leur enfant comme « se suffisant à lui-même » ; « parfaitement inconsciemment de tout ce qui l'entour » ; « donnant l'impression d'une sagesse silencieuse » ; « échouant à développer une sociabilité normal ».

Le retrait constaté chez ces enfants n'était pas une rupture de relations préalablement établies et succédant à une participation sociale (comme dans la schizophrénie) mais un repli autistique d'emblée, ce qui a conduit Kanner à écrire que « les enfants autistes sont venus au monde une incapacité innée à développer les contacts affectifs habituels avec les enfants viennent au monde avec des handicaps physiques ou intellectuels » (Carol, 2014, p.13).

Et d'après quelque recherche récentesle trouble du spectre autistique : « *ce caractérise par des déficiences aux niveaux de communication sociale, où les personnes autiste rencontrent souvent des difficultés importantes en matière d'interactions sociales et de communication, qui peuvent se manifester par des difficultés à comprendre les signaux et à engager des conversations réciproques* »(Lai & Baron-Cohen, 2023) (Akmalovna, 2024).*et des comportement répétitifs comprend des modèles de comportement, d'intérêts ou d'activités restreints et répétitifs, qui peuvent varier considérablement d'un individu à l'autre* »(Nistor & Nistor, 2023)(Rahmadianto et al., 2023).

Le dictionnaire de l'orthophonie définit l'autisme comme : « *un trouble neuro-développemental affectant de façon sévère le développement, et en particulier la communication et le comportement de la personne, ayant une prévalence (selon les auteurs) de 2 à 5 cas pour 10000 enfants et qui affecte quatre fois plus de garçons que les filles* ». (Frédérique, 2011, p.32)

3. Prévalence du trouble du spectre de l'autisme (TSA)

L'étude de Tardif et Gepner (2003, pp. 23-24) démontre la prévalence qui mesure la population affectée par ce trouble C'est-à-dire le nombre de cas d'autisme par rapport à la population générale, est obtenue à partir des recherches épidémiologiques qui sont menées sur de grands échantillons de populations, dans différents pays, a fins de fournir des données concordantes sur la fréquence du syndrome dans la population. Bien que les chiffres relatifs à l'autisme soient fiables et fournis sur la base d'étude rigoureuse. Ainsi, l'incidence de l'autisme est de 2 à 5 enfants pour 10 000 naissances pour les formes d'autisme typique (De Kanner). Mais, si l'on considère l'ensemble des troubles du spectre autistique, On compte alors 15 à 20 personnes atteintes pour 10 000. Ceci donne pour la population Française une prévalence comprise entre 30 000 et 80 000 personnes atteintes selon une définition plus ou moins stricte du syndrome. Le sexe ratio est en faveur des garçons : 4 garçons atteints pour une fille ceci évoque une participation génétique liée au chromosome X ou encore des hypothèses hormonales (testostérone). Enfin, il semblerait que les filles autistes soient plus sévèrement touchées que les garçons avec un handicap mental plus lourd ; ce qui laisserait à nouveaux supposer des soubassements organogénétiques ».

Selon les résultats de certaine recherche : « La prévalence des troubles du spectre autistique (TSA) en Algérie reste peu étudiée, les données épidémiologiques étant limitées. Cependant, une étude menée dans la région occidentale de l'Algérie portant sur 100 enfants autistes a révélé une prédominance masculine avec un sex-ratio de 4,1, soulignant la nécessité de mener des études régionales plus complètes » (Mehida et al., 2020).

D'après l'article "Revue Afak des sciences" qui a été publié dans "Algerian Scientific journal Platform" par Boulkroune Nora, qui parle sur l'autisme et son estimation de la prévalence en Algérie : « L'Algérie connaît un accroissement important du nombre d'enfants atteints d'autisme, selon les chiffres avancés par l'ONS il y a plus de 500. 000 cas en Algérie, la prévalence de ce trouble est passée d'un (1) enfant sur 10. 000 à un enfant sur 150 en quelques années, selon le professeur Talbi, chef de service à l'hôpital psychiatrique de Cheraga » (Boulkroune, 2022).

Selon l'article publié par Ali MERCHEBET ET RENE PRY sur le nombre d'enfant autiste en Algérie : « était estimée à 39 000 enfants en l'an 2009. Ils seraient 65 000 en 2010 et 80 000 en 2013. Ces chiffres, rapportés par la presse nationale, Sont attribués à des responsables du ministère de la solidarité de la santé. La prévalence de l'autisme de

l'enfant serait en Algérie de quatre enfants pour mille alors que les études internationales donnent une prévalence de 6 à 7 pour mille enfants. L'autisme est qualifié de maladie par de nombreux praticiens algériens au moment où les classifications internationales parlent unanimement de trouble envahissant de développement » (Merchebet & Pry, 2014).

Depuis une vingtaine d'années, la prévalence des troubles du spectre autistique (TSA) ne cesse d'augmenter à l'échelle mondiale. Alors qu'ils étaient autrefois considérés comme rares, affectant 4 à 5 personnes sur 10 000, les estimations actuelles indiquent qu'ils touchent désormais entre 0,9 % et 1,5 % de la population (Fombonne, 2020).

Selon La Haute Autorité de santé (HAS) : « La prévalence la plus récente revue de littérature avec méta-analyse, incluant 41 études dans 18 pays, a estimé la prévalence mondiale des TSA (chez les moins de 27 ans) à 7,2/1 000 en 2010, soit 1/132 personnes. La prévalence mondiale de l'autisme était estimée à 2,4/1 000, avec une prédominance chez les hommes (3,6/1 000) par rapport aux femmes (1,2/1 000) (ratio 3:1) ».

Tableau ci-dessous montre la prévalence de trouble du spectre autistique dans certains pays :

Tableau N° 3: Prévalence des TSA et de l'autisme

Etude	Méthode	Année	Population	Prévalence TSA (1/1 000)	PrevalenceAutis m(1/1 000)
Baxter,2015(8)	Méta-analyse	2010	Mondiale < 27 ans (population générale)	7,2	2,4
Elsabbagh,2012 (9)	Revue	>2000	Europe<18ans	6,2	1,87
Idring,2012(10)	Étude de cohorte	2007	Suede<18ans 4-6ans 13-17ans	11,5 6,5 14,6	-
VanBakel,2015 (11)	Étude rétrospective	2003	Franceenfants7ans (registres handicaps)	4,1	0,7
CDC,2014(12)	Étude rétrospective	2012	États-Unis enfants8ans Garçons	14,6 23,6	-

	ve		Filles (réseau surveillance)	5,3	
--	----	--	---------------------------------	-----	--

(HAS), 2018)

Dans une revue de littérature qui comportait 30 études publiées après 1999, montre la prévalence des TSA dans trois pays :

En Europe

- 6,2/1 000 enfants (< 18 ans), et celle de l'autisme à 1,87/1 000.
- Une étude suédoise sur plus de 444 000 enfants a révélé une prévalence des TSA de 11,5/1 000 en 2007, avec des variations selon l'âge : 6,5/1 000 chez les 4-6 ans et 14,6/1 000 chez les 13-17 ans.

Aux États-Unis

- En 2012, la prévalence des TSA chez les enfants de 8 ans était de 14,7/1 000 (1/68 enfants), avec une nette différence entre les sexes : 23,6/1 000 chez les garçons contre 5,3/1 000 chez les filles (ratio 4,5:1).
- Bien qu'une augmentation de la prévalence ait été observée depuis 2002, les données entre 2010 et 2012 étaient stables. Cependant, le manque de recul empêche de conclure à une stabilisation durable.

En France

- Les données, issues de registres régionaux (RHE31 et RHEOP), indiquent une prévalence des TSA de 4,1/1 000 chez les enfants de moins de 7 ans en 2003. Les chiffres étaient plus bas pour l'autisme infantile (0,7/1 000) et le syndrome d'Asperger (0,1/1 000).
- Une sous-estimation est probable, car les cas de TSA modérés ne sont pas toujours recensés dans ces registres (Haute Autorité de Santé [HAS], 2018).

Selon L'INSERM, l'institut national de la santé et de la recherche médicale, il a été dénombré environ 700 000 personnes avec un trouble du spectre autistique (TSA) en France, dont 100 000 ont moins de 20ans actuellement 8000 enfants autiste naîtraient tous les ans, soit environ une personne sur 100.

(<https://www.autismefoservice.fr/adapter/essentiel/chiffres/statistiques>).

Canada

D'après le résultat obtenu selon l'article partagé par ERIC FOMBONNE, M.D. "L'Hôpital de Montréal pour enfants, CANADA". : « *Les termes TSA et troubles envahissants du développement (TED) sont souvent utilisés de façon interchangeable et leur signification est très similaire. Selon les meilleures estimations actuelles de la prévalence des TSA, 2, 3,4, 5 les taux dérivés des études publiées en anglais au cours de la dernière décennie montrent que la prévalence actuelle de l'autisme est d'environ 20 à 30 sur 10 000 individus, alors que la prévalence de l'ensemble des TSA est d'environ 90 à 120 sur 10 000 individus. Le nombre de garçons touchés est systématiquement plus élevé que le nombre de filles, selon un rapport de 5:1. Alors que ces estimations sont surtout basées sur des études réalisées en Amérique du Nord et en Europe occidentale, une revue systématique récente ayant inclus une représentation plus diversifiée d'estimation de la prévalence à l'échelle mondiale présente des chiffres similaires.*6 Dans tous les cas, les taux de prévalence et les caractéristiques des populations à partir desquelles ils ont été dérivés varient énormément »(Fombonne, 2012).

4.Facteurs de risque du trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Selon une étude approfondie publiée dans le livre Autisme de tardif : « Il faut d'emblée préciser qu'il n'existe certainement pas une cause unique responsable de l'autisme. L'autisme n'est pas une maladie mais un syndrome. Ainsi, il est beaucoup plus approprié de considérer qu'il existe des étiologies multiples des troubles du spectre autistique » (Carol, 2014, p. 57).

Nous allons dans les prochaines lignes aborder de types de facteurs de risque de ce trouble qui sont : *les facteurs endogènes que sont les facteurs génétiques, et les facteurs exogènes ou facteurs environnementaux au sens large.*

4.1.Les Facteurs génétiques

Les recherches génétiques ont été suggérées par Kanner lui-même puisqu'en 1954 il pose la question de l'existence d'un trouble constitutionnel ou génétique de l'autisme ayant pour conséquence un défaut de relation entre l'enfant et le monde environnant. Depuis, des études ont partiellement confirmé un déterminisme génétique, notamment grâce aux

recherches sur les jumeaux et les familles, et aux données épidémiologiques. Les premiers arguments prouvant avec une quasi-certitude que des facteurs génétiques étaient en cause dans l'autisme ont été donnés grâce aux études épidémiologiques anglo-saxonnes dans les années 70-80, portant sur des jumeaux monozygotes (vrais jumeaux, qui ont en commun la totalité de leur patrimoine génétique) et dizygotes (faux jumeaux, qui n'ont en commun que 50% de leur patrimoine génétique, comme les frères et sœurs d'une fratrie). Ces études ont en effet montré que, pour les vrais jumeaux lorsque l'un des enfants est atteint d'autisme, l'autre a un risque d'au moins 70% d'être lui aussi atteint d'autisme ou de trouble apparentés.

En revanche, pour les faux jumeaux, lorsque l'un des enfants est atteint d'autisme, le risque pour d'être lui aussi atteint tombe à environ 4%, donc comme dans une fratrie sans jumeaux.

4.2. Les facteurs environnementaux

Certains facteurs peuvent engendrer le risque d'apparition de trouble. Donc nous allons souligner les facteurs de risque environnementaux de l'autisme qui consiste de quatre facteurs

4.3. Facteurs anticonceptionnels

Dans cette étape les études épidémiologiques rétrospectives permis de retrouver les mères ayant un enfant autiste un pourcentage augmenté par rapport au d'autre femme ayant été exposées à des agents chimiques toxiques comme (le benzène) avant la conception de leurs enfants bien que le mécanisme exact ne soit pas clair, Mais il est possible que ces substances aient un effet mutatis sur les cellules reproductrices de la mère. Ces facteurs peuvent aussi avoir un impact sur son génome (mère) et celui de sa descendance. Et l'existence de *l'hypothyroïdisme* joue un rôle significatif dans l'histoire anticonceptionnelle.

4.4. Facteurs anténatals

C'est-à-dire la contamination des mères par des infections ou des vireuses par exemple si la mère est exposée à des infections comme la rubéole ou le cytomégavirus pendant la grossesse peut développer et augmenter le risque d'apparition d'autisme chez son enfant. Soit d'une façon directe sur les neurones du fœtus, ou par l'effet lésionnel indirect. De plus, des complications comme les hémorragies utérines ou les menaces de fausse couche, surtout au deuxième trimestre de la grossesse, semblent plus fréquentes chez les mères d'enfants autistes. Ces problèmes peuvent affecter d'une manière directe le fœtus. Mais certain pensent que les facteurs psychologiques comme le stress et la dépression pourraient avoir un impact sur le fœtus. Certaine étude qui ne sont pas confirmées et rare suppose que la dépression maternelle pendant la grossesse et après la naissance pourrait être un facteur de risque plus significations que d'autre pathologies pour le développement de l'autisme chez l'enfant.

4.5. Facteurs périnatals (survenus autour de la naissance)

Selon certaines études épidémiologiques, Montre que les états de souffrance du nouveau né, ayant entraîné une mise en couveuse est les plus fréquents dans les antécédents par

rapport à la population générale De même, une naissance prématuré ou tardive semblent souvent présente dans les antécédents des enfants autistes que chez les autres enfants.

4.6.Facteurs postnataux (ou néo-natals)

Ce caractérise par des infections postnatales par le virus de l'herpès, de la rougeole ou des oreillons peuvent influencer le développement de l'autisme et ces infections après la naissance joue un rôle dans certains cas d'autisme. De l'autre UN manqué de certaines carences environnementales que ce soit sur le plan éducatif ou affectif, comme celui vécu par les enfants élèves en orphelinat en Roumanie, peut développer le risque de trouble similaires à l'autisme. Ces carences peuvent produire des problèmes du développement chez L'Enfant qui ressemblent beaucoup à l'autisme appelé (*autistic-like*par les auteurs de l'étude, Rutter et al. 1999) Même si ces enfants sont adoptés plus tard, il difficile de différencier ces troubles d'un autisme typique. Cependant ce trouble *autistic-like* pourrait être une forme spécifique d'hospitalisme (décrit par spitz après la guerre de 39-45, et qui désigne un état de marasme consécutif à de graves négligences affectives et éducatives précoces) (Tardif & Gepner, 2003, pp. 57-63).

5.Critères diagnostique du trouble de spectre de l'autisme (TSA) selon DSM-5

Selon le DSM-V

A. Déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés. Ceux-ci peuvent se manifester par les éléments suivants, soit au cours de la période actuelle, soit dans les antécédents.

1. Déficits de la réciprocité sociale ou émotionnelle allant, par exemple, d'anomalies de l'approche sociale et d'une incapacité à la conversation bidirectionnelle normale, à des difficultés à partager les intérêts, les émotions et les affects, jusqu'à une incapacité d'initier des interactions sociales ou d'y répondre.

2. Déficits des comportements de communication non verbaux utilisés au cours des interactions sociales, allant, par exemple, d'une intégration défective entre la communication verbale et non verbale, à des anomalies du contact visuel et du langage du corps, à des déficits dans la compréhension et l'utilisation des gestes, jusqu'à une absence totale d'expressions faciales et de communication non verbale.

3. Déficits du développement, du maintien et de la compréhension des relations, allant, par exemple, de difficultés à ajuster le comportement à des contextes sociaux variés, à des difficultés à partager des jeux imaginatifs ou à se faire des amis, jusqu'à l'absence d'intérêt pour les pairs (DSM-V, 2015.56)

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

1. Caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage (p. ex. stéréotypies motrices simples, activités d'alignement des jouets ou de rotation des objets, écholalie, phrases idiosyncrasiques).

2. Intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés (p. ex. détresse extrême provoquée par des changements mineurs, difficulté à gérer les transitions, modes de pensés rigides, ritualisation des formules de salutation, nécessité de prendre le même chemin ou de manger les mêmes aliments tous les jours).

3. Intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux soit dans leur intensité, soit dans leur but (p. ex. attachement à des objets insolites ou préoccupations à propos de ce type d'objets, intérêts excessivement circonscrits ou persévérandants).

4. Hyper ou hyperréactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement (p. ex. indifférence apparente à la douleur ou à la température, réactions négatives à des sons ou à des textures spécifiques, actions de flainer ou de toucher excessivement les objets, fascination visuelle pour les lumières ou les mouvements) (DSM-V, 2015.56)

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

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

E. Ces troubles ne sont pas mieux expliqués par un handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) ou un retard global du développement. La déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme sont fréquemment associés. Pour permettre un diagnostic de comorbidité entre un trouble du spectre de l'autisme et un handicap intellectuel, l'altération de la communication sociale doit être supérieure à ce qui serait attendu pour le niveau de développement général (DSM-V, 2015.56)

6. Diagnostique différentiel du trouble du spectre en autisme (TSA)

Avant l'âge 3 ans

La surdité : est discutée devant le retard de langage et l'absence apparente de réactions à certaines stimulations auditives (notamment à la voix). Néanmoins, les enfants sourds ont en général une appétence pour la communication non verbale. En fait surdité et autisme peuvent être confondus ; en revanche il peut être associé.

La cécité : qui peut aussi poser des difficultés de diagnostic, notamment chez les plus jeunes. Cependant si elle est isolée, l'apparition du langage et la recherche de contact corporel viennent infirmer le diagnostic de troubles envahissant du développement.

Les troubles du langage : Dysphasiques et autistes ont en commun le retard de langage, les troubles de la parole (expression) et pour certains d'entre eux des troubles de la compréhension des sons et du langage oral. De plus certains enfants dysphasiques peuvent développer aussi des problèmes de la relation sociale. Mais le plus souvent les enfants dysphasiques diffèrent clairement des enfants autistiques : ils ont une capacité à communiquer par les gestes et les expressions.

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

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

Après l'âge de 3 ans :

Outre pathologie mentionnées ci-dessus, la question est aussi celle d'autres troubles du développement : certaines dysphasies (formes sévères de retard du développement du langage), surtout s'il s'agit des variétés « sémantiques/pragmatiques » et/ou si elles sont associées à des troubles cognitifs et du comportement, représentent « l'interface » des troubles spécifiques du développement du langage avec les troubles globaux du développement.

Le retard mental et l'autisme, comme on l'a vu, ne sont pas toujours exclusifs l'un de l'autre. Schématiquement, l'autisme est le plus souvent associé à un retard mental de degré variable. D'autre part, le retard mental (plus fréquent) peut être associé à quelques signes communs avec l'autisme, surtout dans ses formes modérées ou sévères (stéréotypies, Automutilations, agitation...). Sinon, on parle de retard simple, homogène, lorsqu'il n'y a pas d'altérations spécifiques supplémentaires de la communication, ou de troubles graves du comportement (Lenoir et al., 2007).

7. Prise en charge du trouble du spectre autistique (TSA)

Il est important de prendre en charge les enfants autistes afin de lui offrir des meilleures chances pour développer son comportement, malgré que les médecins affirment qu'il ne pouvant pas se développer le plus normalement et s'accordent que toute guérison est exclue. Cependant, certaines approches et méthodes éducatives peuvent aider l'enfant à apprendre certaines règles et normes pour s'adapter et interagir avec ce qu'il l'entour dans le monde. Parmi ces méthodes on trouve :

7.1. Méthode TEACCH

La division TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children : traitement et éducation des enfants autisme et autres handicaps de la communication), créée aux États-Unis il y a maintenant plus de trente ans a été reconnue officiellement comme programme d'Etat en 1972 par le professeur Eric Schopler. L'éducation adaptée aux particularités des personnes autistes est considérée comme l'outil essentiel à la progression vers l'autonomie et au bien-être à toutes les étapes de la vie. Les parents sont étroitement associés au travail réalisé puisqu'ils sont impliqués au quotidien dans la prise en charge de leur enfant.

Le programme TEACCH représente un modèle au niveau international et de nombreux pays l'on reprend avec succès. TEACCH n'est pas simplement une méthode comme certains esprits réducteurs se plaisent à le présenter. Il s'agit d'un vaste programme d'État qu'il s'efforce de répondre le plus complètement possible aux besoins des personnes atteintes d'autisme (Rogé, 2003.P. 147).

7.2. Méthode ABA

L'analyse appliquée du comportement est une branche de la psychologie, qui s'appuie sur le principe d'apprentissage pour résoudre des problèmes de santé mentale et pour améliorer la façon dont les individus agissent au quotidien. L'ABA se concentre sur le

comportement manifeste plutôt que sur des états mentaux supposés et cherche à identifier ce qui, dans l'environnement, influence le comportement des individus. La relation fonctionnelle entre les évènements spécifiques qui précédent et suivent certains comportements est analysée afin de développer des procédures qui augmentent les comportements désirés et diminuent ceux ne le sont pas.

L'ABA peut être utilisée dans tout type de situations, avec tout type de populations et de groupes d'âges et permet d'améliorer de nombreux comportements, parmi lesquels :

- Les compétences sociales,
 - Les performances professionnelles,
 - L'acquisition du langage,
 - L'autonomie,
- Les loisirs, (Leaf et al., 2010, pp. 12-13)

7.3.Le PECS

« Picture exchange communication system » c'est un système de communication basé sur échanges des images crée par le docteur ANDY BONDY à la fin des années 80.

Utiliser pour les enfants atteints de trouble du spectre autistique ou pour d'autre trouble grave de développement, Est un moyen de communication pour les personnes qui n'ont pas ou peu de langage fonctionnel (Gasser, 2004).

Cet outil permet de travailler sur deux aspects spécifiquement déficitaires des personnes autistes : la communication et les relations sociales. Il donne à l'enfant des moyens de faire connaitre ses envies et besoin, d'initier une communication pour arriver à une communication spontanée. (Emmanuelle et al., 2008, p.74)

8.L'enfant avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Le trouble du spectre autistique(TSA) est un trouble neuro développementale, qui ce caractérise par l'incapacité d'interactions social, communication et même des comportements restreint, répétitif, et stéréotypé. Il affecte les enfants dès la naissance (Revue québécoise de psychologie). Certaines personnes atteintes d'autisme sont capables de vivre de façon autonome, d'autres souffrent de graves handicaps qui nécessitent des soins et une aide toute leur vie durant(OMS), Les enfants atteint de ce trouble autistique ne

comprennent pas forcément le monde qui les entoure. Ils sont très sensibles à leur environnement et affrontent difficilement certaines situations (Autisme info service). Les enfants autistes peuvent ressentir des émotions intenses, mais ils ont souvent du mal à les exprimer. Par exemple, un enfant il ne peut pas montrer sa joie par un sourire, mais il peut exprimer son bonheur en sautant ou en battant des mains. Comme ils sont sensibles sur tout ce qui est bruits forts, aux changements, des lumières vives ou à certain événement ce qui pourrait créer chez eux l'anxiété ou la détresse par conséquent ils peuvent s'exprimer ce dernier par des crises, de colères ou des comportements répétitifs....etc. Même ils peuvent ressentir d'un sentiment de frustrations lorsqu'ils n'arrivent pas à s'exprimer leurs besoins ou se faire comprendre ce qui peut résulter des comportements d'auto-agression. Cependant. Tous les enfants particulièrement les enfants autistes, Ils ont un point faible ou un intérêt spécifique comme par exemple un enfant qui aime tous qui est mécanique des voitures, camion... Cela pour lui c'est comme une grande joie, et même il porte un sentiment de sécurité lorsqu'ils se consacrent à son intérêt spécifique. Ces intérêts peuvent être une source de réconfort et de motivation.

En fin. Les enfants autistes ressentent toute une gamme d'émotions, mais ils peuvent avoir besoin de soutien pour les comprendre, les exprimer et les gérer. Leur monde émotionnel est riche et mérite d'être reconnu et respecté

9.Le TSA en Algérie

Comme nous avons déjà parlé au début que l'autisme est un trouble neuro développemental qui se manifeste dès la petite enfance. Caractérisé par des altérations d'interactions sociales et des problèmes de communication ainsi que des comportements stéréotypé et répétitif. Avant l'autisme considéré comme un problème de santé publique majeur en Algérie en raison de l'insuffisance des capacités algériennes et même des centres et des services de soins, et des programmes de diagnostic et de prise en charge cohérents. D'abord : « pour des raisons épidémiologiques. La prévalence moyenne dans le monde est de 1% de la population, ce qui permet d'estimer pour l'Algérie plus de 400 000 personnes avec autisme. De plus, et au-delà de la tendance mondiale haussière de ce taux, la structure démographique du pays prédispose à l'augmentation rapide du nombre de casL'absence de prise en charge entraîne le développement de handicaps et de maladies neuropsychiatriques qui peuvent être très lourds pour les personnes avec autisme, leurs familles et la communauté. Et malheureusement la majorité des personnes avec autisme dans le pays ne

reçoit pas encore les soins et services appropriés. Les interventions pour les accompagner sont complexes, multidisciplinaires, et durables, et nécessitent la collaboration de plusieurs institutions. Cela implique des stratégies nationales portées par les institutions publiques» (<https://www.expertisefrance.fr>).

Et selon l'article publié par Al-Ittihad : Le pourcentage de personnes atteintes d'autisme est en file d'augmentation en Algérie, Les spécialistes sont aux points d'inquiétude sur la situation, par ce que beaucoup déclare qu'il est nécessaire d'intensifier plus d'efforts pour prendre en charge les personnes concerner et accompagner leur parents. Et obligatoirement un suivi précoce afin de fournir des soins efficaces.

Malgré les efforts fournis pour améliorer la situation des patients d'autistes, mais la réponse du gouvernement aux défis posés par cette maladie est insuffisante. Par ce que l'autisme reste un problème majeur de santé publique, en raison de ses conséquences non seulement pour les individus, mais aussi sur les familles et la société. En raison de l'absence des moyens pour la prise en charge précoce des patients atteints de ce trouble, peut ce développer de plus en plus et entraîner des handicaps plus ou moins grave.

L'autisme en Algérie représente un défi majeur pour les familles et les professionnels de santé, en raison de la complexité de ce trouble qui consiste un réel problème auquel l'Algérie doit faire face en toute urgence, vu les déficits que connaît notre pays, en moyens quantitatifs et qualitatifs qui nécessite une bonne prise en charge des enfants atteints d'autisme. En effet il ya un manque de plusieurs chose important pour la prise en charge de ces enfants, d'une part en spécialistes qualifiés, tels que les pédopsychiatres, les orthophonistes, les psychomotriciens, les ergothérapeutes...etc. D'autre part, il ya un déficit en infrastructures d'accueil pour enfants diagnostiqués, en vue du nombre de centres psychopédagogique insuffisants pour les absorber. En Algérie, les personnes atteintes d'autisme sont souvent exclues de la société, comme le soulignent les spécialistes et les témoignages des mères interrogées. Ces enfants n'ont généralement pas accès à une scolarité ordinaire, et même les adolescents autistes ne bénéficient pas d'une intégration professionnelle après avoir quitté les structures d'accueil à l'âge de 18ans. Et aussi ces personnes à besoins spécifiques n'ont pas la possibilité de participer à des thérapies alternatives, telles que les excursions, la balnéothérapie, l'équithérapie, l'art ou les fermes pédagogiques, qui pourraient compléter leur prise en charge actuelle et améliorer leur qualité de vie(Bouikroune, 2022)

Le diagnostic de l'autisme en Algérie reste un parcours long, complexe et souvent stressant pour les familles, influencé par des facteurs multiples liés à la pathologie, aux familles et aux professionnels de santé. D'une part, les centres spécialisés sont rares et inégalement répartis sur le territoire national, comme le relève Autisme Algérie. D'autre part, le manque de professionnels formés aux bonnes pratiques de diagnostic et de prise en charge constitue un défi majeur. S'y ajoute une ambivalence culturelle propre à la société algérienne, où les croyances traditionnelles, percevant parfois le handicap comme une malédiction ou une épreuve divine, coexistent avec une vision moderne encore peu ancrée. Cette dualité freine l'adoption d'une approche institutionnelle et inclusive, rendant la prise en charge des enfants autistes et de leurs familles d'autant plus difficile (Cheknoune-Amarouche, 2010)

Comme le souligne El Itihad, dans son article que : « Les experts estiment que les capacités Algériennes sont encore insuffisantes, par ce que peu de thérapeutes en Algérie reçoivent une formation sur les principales pratique et procédures recommandées car la formation sur les méthodes de diagnostic et de soins n'est pas incluse dans les programmes universitaires, et de plus, il n'y a que quelques formateurs certifiés. Les centres équipés et qualifiés sont de plus en plus demandés par la population.

Le gouvernement est engagé dans un cours pour soutenir les enfants autistes. Il a commencé, depuis deux ans, à mettre en œuvre plusieurs mesures visant à renforcer les mécanismes de prise en charge d'un certain nombre de cas, sur la base des résultats du groupe de travail ministériel. La création d'un centre national de référence pour l'autisme en partenariat avec des centres étrangers spécialisés et compétentes dans ce domaine, la création d'une école supérieure nationale pour former des enseignants spécialisés dans l'autisme, en plus de l'élaboration d'un plan national de communication avec la consécration d'une journée nationale de sensibilisation aux trouble autistiques et l'encouragement de la recherche scientifique dans le domaine de l'autisme en partenariat avec des institutions internationales spécialisées. Il ya deux ans, plus de 200 départements spécialisés ont été ouverts pour les enfants atteints de troubles du spectre autistique aux trois niveaux de l'éducation de base, avec la garantie de leur accompagnement par le médecin scolaire, en plus d'un certain nombre de mesures facilitant, comme leur permettre d'être accompagnés et assistés par des assistants de vie scolaire, notamment lors des tests et examens nationaux. A cet égard le ministre de la santé a lancé un site web dédié à

l'autisme, dans le but de faciliter l'accès à des informations actualisées qui contribueront à orienter les personnes autistes et leurs familles » (Itihad, 2023)

Synthèse

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) apparaît comme une condition complexe, encore partiellement méconnue, notamment en ce qui concerne ses causes. À travers ce chapitre, nous avons compris qu'il s'agit d'un syndrome aux multiples facettes, nécessitant des approches d'intervention variées et adaptées. Malgré les avancées, le TSA demeure un domaine qui exige davantage de recherches et de moyens pour une prise en charge plus efficace et inclusive.

Chapitre II

Le stress parental

Préambule

Après avoir exploré dans le chapitre précédent le développement de l'enfant et les spécificités du trouble du spectre de l'autisme (TSA), ce deuxième chapitre s'intéresse à une conséquence souvent associée à ce type de diagnostic : le stress parental.

Le stress est une réponse psychophysiologique complexe à des situations jugées menaçantes ou exigeantes. Il peut se manifester à différents niveaux — physique, émotionnel et comportemental — et n'est pas toujours négatif. Toutefois, lorsqu'il devient chronique, il peut impacter sérieusement la santé et la qualité de vie, en particulier chez les parents d'enfants ayant des besoins spécifiques.

Ce chapitre a pour objectif de définir le stress et ses manifestations, puis de comprendre les mécanismes du stress parental, notamment dans le contexte de l'autisme. Le chapitre s'organise en deux temps : une première partie consacrée aux fondements théoriques et physiologiques du stress, et une seconde axée sur le stress parental, ses facteurs, ses conséquences, et les stratégies d'adaptation.

1_ Définition de stress

Selon N. Sillamy, le stress est un mot anglais, qui désigne l'état dans lequel se trouve un organisme menace de déséquilibré sous l'action d'agents ou de condition qui mettent en dangerhoméostatiques, etc.

Le stress est la réponse de l'homme aux facteurs d'agression organiques et psychologiques ainsi qu'aux émotions (agrables ou désagréables) qui provoquent la rupture d'un équilibre antérieur et nécessitent, de ce fait, une adaptation(Bouvard, 2003).

American Psychological Association L'APA définit le stress comme "*une réponse émotionnelle et physique à des défis ou des changements, souvent perçus comme menaçants ou accablants*".

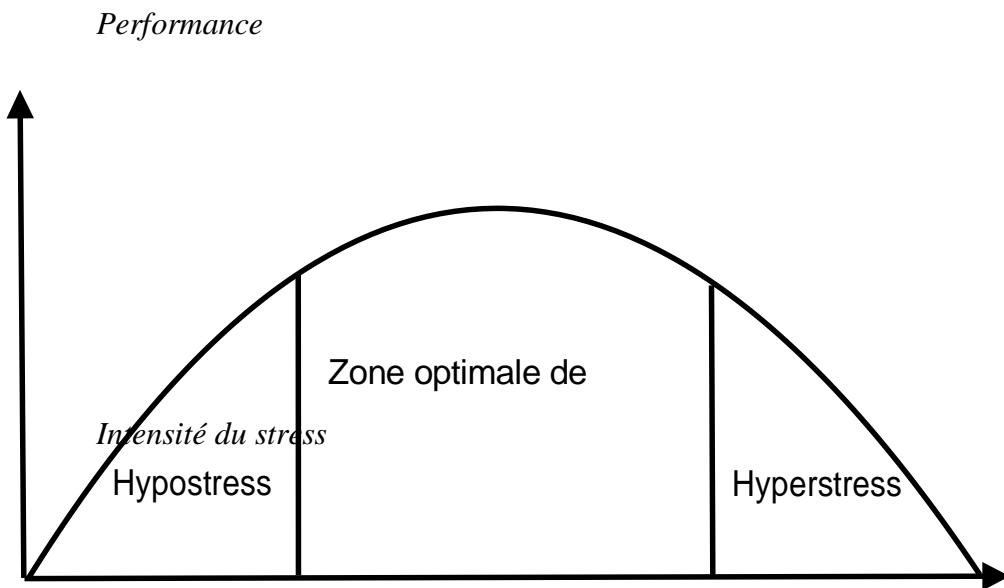
Ainsi, World Health Organization (L'OMS) définit le stress comme "*un état de tension mentale ou émotionnelle résultant de circonstances adverses ou exigeantes*". Elle souligne que le stress au travail, en particulier, est un problème de santé publique croissant, avec des impacts significatifs sur la productivité et le bien-être.

Le stress ou plus exactement, la réaction de stress, se définit aujourd’hui comme étant « *un ensemble de réponses de notre organisme face à une situation qui nous demande de nous adapter. Trois types de réponses émanent à la réaction de stress, à savoir des réponses physiques consécutives à des réactions biologiques, des réponses mentales ou cognitives regroupant des pensées et, des réponses comportementales*

⁴³ » (chapelle, 2007)

La réaction de stress est ainsi pensée comme une réaction « normale ». Elle permet une adaptation situationnelle dans un objectif d’optimisation des performances. Une mauvaise gestion de cet état peut avoir des conséquences délétères pour l’individu. Autrement dit, la réaction de stress qui initialement permet d’accroître les performances nécessaires à l’adaptation du sujet peut, si elle est trop intense, l’inhiber et ainsi le mettre en difficulté. Un stress peu élevé sera également contre-productif. Il ne permettra pas au sujet d’avoir une adaptation efficace du fait d’un manque motivationnel. La performance est donc corrélée à l’intensité du stress comme nous pouvons le voir sur cette courbe.

Figure N° 1: Courbe de la performance en fonction de l’intensité de l’état de stress



Chapelle, G., & Monié, S. (2007)

1.1 Définition de stress parental

Le stress parental est un état de détresse psychologique résultant des exigences perçues dans l'exercice du rôle parental, lorsque les demandes (comportements de l'enfant, manque de soutien, pression socio-économique) excèdent les ressources disponibles pour y faire face. Il se manifeste par de l'anxiété, de l'épuisement ou un sentiment d'incompétence, et peut affecter la qualité des interactions parent-enfant (Neece et al., 2020).

1.2. Définition de stress maternelle

Le stress maternel est une réponse psychologique et physiologique résultant de l'accumulation de demandes perçues comme excessives dans le rôle parental. Il englobe des sentiments d'inquiétude, d'épuisement et de surcharge, souvent liés aux défis de l'éducation des enfants, aux attentes sociétales et aux pressions socio-économiques (Luecken et al., 2022). Ce stress peut affecter le bien-être mental de la mère, la qualité des interactions parent-enfant et le développement de l'enfant.

2.Historique de mot stress

Le mot stress est employé dans les siècles précédents par la langue anglaise dès le XVII^e siècle, il était utilisé pour exprimer la souffrance, la privation, les épreuves, les ennuis, les calamités, et l'adversité. (Stora, J.-B. (1991)

Avant même la création du terme désignant ce concept, des explications et des théories liées au stress étaient déjà en place. Le philosophe Héraclite (550-480 av. J-C) défend l'idée que la matière est composée d'éléments et de caractéristiques qui se confrontent et s'unissent de manière dynamique, permettant des interactions entre les différents participants. On considère que cet équilibre précaire est vital pour la survie des organismes. Selon Hippocrate (460-377 av. J-C), la santé et la maladie du corps humain sont déterminées par une harmonie ou un déséquilibre interne, en relation avec les quatre humeurs qu'il possède : le sang, le flegme, la bile jaune et la bile noire.

Au XVII^e siècle, le concept du stress il crée une évolution sémantique et dans la littérature scientifique, on utilise le terme de tresseur pour désigner l'origine du stress et le terme de stress pour désigner ses effets sur l'individu.

Hans Selye le père de terme stress, inventera le mot stressor pour designer l'agent stressant et laisser au terme stress le sens de réaction d'adaptation : le stress est la réponse non spécifique que donne le Corp. Selye appelle « di-stress» le stress nocif et « eu-stress » le stress physiologique, le bon stress qui mobilise les énergies et augmente les performances.Selye, H. (1956)

3. Les types de stress

3.1_ Stress aigu

Le stress aigu est une réponse immédiate et de courte durée à une situation perçue comme menaçante, exigeante ou nouvelle. Il s'agit d'une réaction naturelle du corps, souvent appelée réponse "combat ou fuite" (fight or flight), qui mobilise les ressources physiques et mentales pour faire face à un défi ponctuel. Ce type de stress est généralement bénéfique, car il permet de réagir rapidement et efficacement à des situations urgentes.

Caractéristiques

Le stress aigu se manifeste par des symptômes physiques et psychologiques tels qu'une augmentation du rythme cardiaque, une respiration rapide, une tension musculaire et une vigilance accrue. Ces symptômes disparaissent une fois la situation résolue.

Exemples :

- Préparer un examen important.
- Éviter un accident de voiture.

3.2.Stress chronique

Le stress chronique maintient les mécanismes physiologiques mis en jeu pour faire face à une situation de stress ce qui épuise le système et entraîne des effets néfastes pour la santé. (Lebel, G. (2011)

Le stress chronique est une forme de stress prolongé qui persiste sur une longue période, souvent des semaines, des mois, voire des années. Contrairement au stress aigu, il n'est pas lié à un événement précis mais plutôt à des situations continues ou répétitives qui épuisent les ressources physiques et mentales. Ce type de stress est considéré comme nocif pour la santé, car il maintient le corps dans un état d'alerte constant, entraînant une surproduction d'hormones de stress comme le cortisol.

Caractéristiques

Le stress chronique peut entraîner des symptômes physiques (fatigue, maux de tête, troubles digestifs), émotionnels (irritabilité, anxiété, dépression) et comportementaux (isolement, troubles du sommeil, difficultés de concentration). À long terme, il augmente le risque de maladies cardiovasculaires, de troubles immunitaires et de problèmes de santé mentale.

Exemples :

- Travailler dans un environnement professionnel toxique.
- Vivre dans une situation de pauvreté ou d'insécurité financière.
- S'occuper d'un proche atteint d'une maladie chronique. (Selye, 1956)

Différence clé entre les deux types de stress Le stress aigu est une réaction ponctuelle et souvent bénéfique, car il aide à gérer des situations immédiates. Le stress chronique, en revanche, est nocif pour la santé à long terme et nécessite souvent une intervention (thérapie, changements de mode de vie, etc.) pour être géré efficacement.

4. L'eustress et le Distress

Hans Selye, pionnier dans l'étude du stress, a introduit la distinction entre l'eustress (stress positif) et le distress (stress négatif). Il a montré que le distress survient lorsque les mécanismes d'adaptation d'un individu sont dépassés.

4.1. Stress positif ou L'Eustress

Le bon stress, également appelé eustress, est un terme introduit par le endocrinologue Hans Selye dans les années 1970. Il désigne une forme de stress positif qui motive, stimule et améliore les performances individuelles.

L'eustress est une réponse physiologique et psychologique à des défis ou des situations perçus comme excitants, stimulants ou enrichissants. Il s'accompagne généralement de sentiments d'enthousiasme, de motivation et de bien-être, tout en restant dans les limites de ce que l'individu peut gérer.

4.2. Stress négatif ou Le distress

Le mauvais stress, également appelé distress, est une forme de stress négatif qui survient lorsque les exigences ou les pressions dépassent la capacité d'adaptation d'un individu.

Le distress est une réponse physiologique et psychologique à des situations perçues comme menaçantes, accablantes ou incontrôlables. Il peut entraîner des symptômes tels que l'irritabilité, la fatigue, des troubles du sommeil, des difficultés de concentration et, à long terme, des problèmes de santé plus graves comme des maladies cardiovasculaires ou des troubles anxieux. (Selye, 1974).

En résumé, le distress est une forme de stress nuisible qui, s'il n'est pas géré, peut avoir des conséquences graves sur la santé et le bien-être.

5. Les phases du stress

H. Selye développe, en 1936, une théorie novatrice du stress dans laquelle il réalise une distinction franche entre la cause (l'agent stressant) et la conséquence (la réaction de stress). Il met l'accent sur le rôle des glandes surrénales et ses hormones. Ce modèle, appelé « Syndrome Général d'Adaptation » décrit trois phases durant lesquelles l'organisme réagit à un état de stress. Ces trois phases que nous allons décrire ci-dessous sont constituées de la réaction d'alarme, de la phase de résistance et de la phase d'épuisement

5.1. La réaction d'alarme

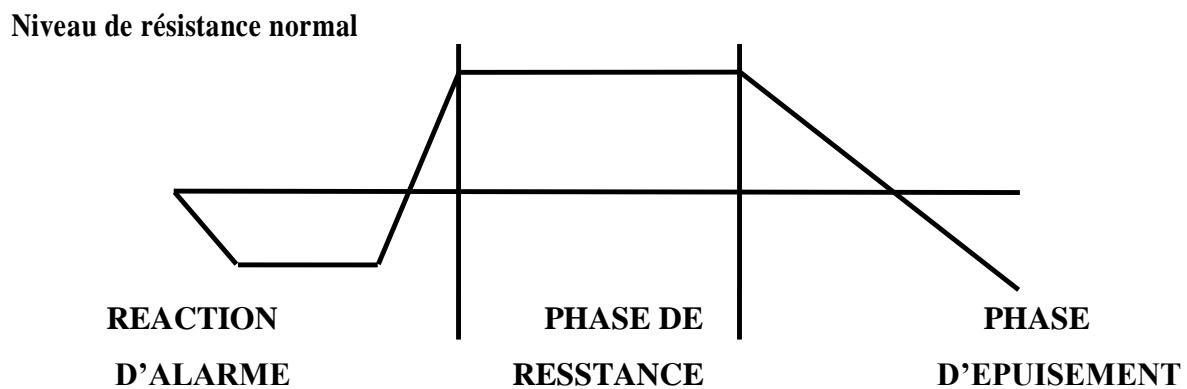
Elle correspond à la perte de la fonction homéostatique corporelle. Le niveau de résistance de l'organisme chute de manière importante avec une sécrétion massive d'adrénaline et de cortisol. Ces deux hormones constituent les marqueurs biologiques d'un état de stress.

5.2. La phase de résistance

Durant cette phase, les hormones sont sécrétées et libérées à leur potentiel maximum permettant un état de résistance optimal.

5.3. La phase d'épuisement

C'est à ce moment du processus que la chute brutale du niveau de résistance survient. Le taux d'hormones surrénales n'est plus suffisant pour faire face à l'état de stress occasionné ce qui aboutit à l'apparition des désordres symptomatiques du stress

Figure N° 2: Les trois stades du syndrome général d'adaptation

(Selye, 1936)

6_ Les sources de stress

6-1 Le stress et les stresseurs

Le stress constitue un état normal et nécessaire dans nos vies. Tout être humain peut en vivre à un moment ou l'autre de sa vie. Le stress est d'ailleurs une réaction utile voire essentielle à notre vie. Sa fonction primaire est de nous préparer à prendre les mesures nécessaires face à un danger.

Chez certains individus, le stress prend une place démesurée dans la vie de la personne soit par la fréquence de son apparition ou par son intensité. (Voir fiche E20)

Les chercheurs ont découvert quatre caractéristiques qui induisent une réponse de stress provoquant la sécrétion d'hormones de stress : le contrôle, l'imprévisibilité, la nouveauté et l'ego menacé (C.I.N.É).

Tableau N° 4: Les caractéristiques qui induisent une réponse de stress provoquant la sécrétion d'hormones de stress

Contrôle (faible)	Vous sentez que vous n'avez aucun ou très peu de contrôle sur la situation.	Ex. Vous travaillez en équipe avec un autre employé qui ne travaille pas comme vous.
Imprévisibilité	Quelque chose de complètement inattendu se produit ou encore vous ne pouvez pas savoir à l'avance ce qui va se produire.	Ex. Vous apprenez que les employés de votre garderie sont en grève, mais Vous ne savez pas quand.
Nouveauté	Quelque chose de nouveau que vous n'avez jamais expérimenté se produit.	Vous attendez votre premier enfant.
Égomenacé	Vos compétences et votre égo sont mis à l'épreuve. On doute de vos capacités.	Au travail, vos compétences sont Mises à l'épreuve. On doute de vos capacités.

Source : <https://cissss-outaouais.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2024/12/Sources-de-stress-Fiche-E20.pdf>

Voici des exemples des différentes sources de stress possibles (les stresseurs)

- Relations interpersonnelles
- Les conflits/ problèmes au travail
- La surcharge
- Les changements de vie (mariage, retraite, divorce)
- Les tâches et responsabilités du quotidien
- Les événements (ex. organiser les fêtes)
- Manier plusieurs rôles à la fois (parent, employé, conjoint).

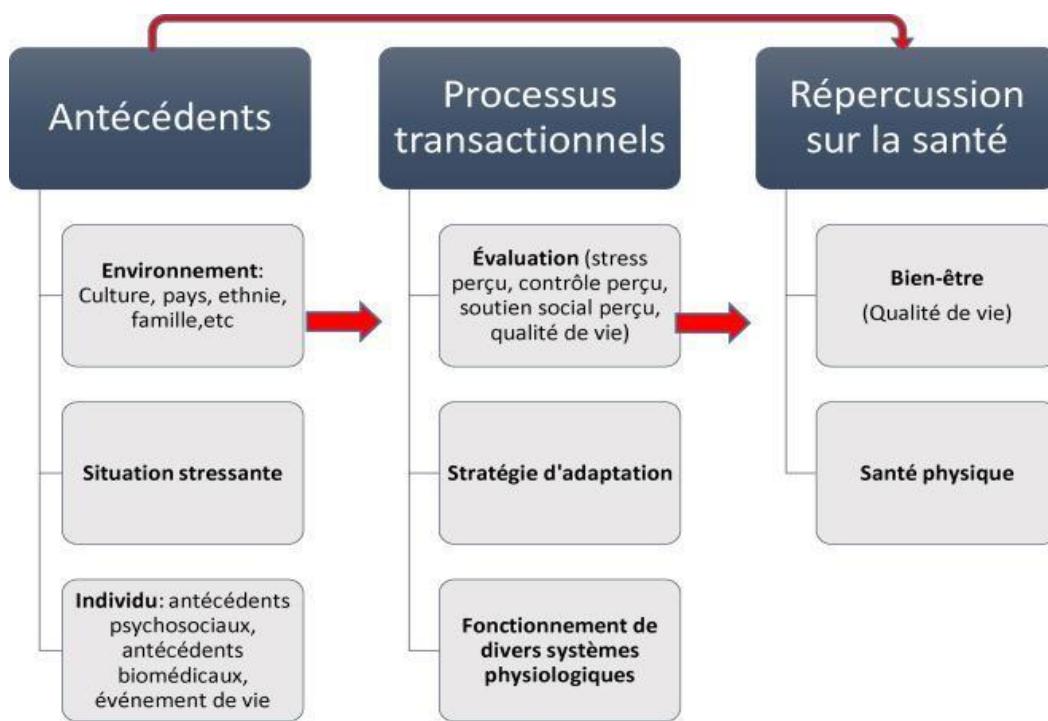
7_ Le Modèle transactionnel, intégratif et multifactoriel (TIM)

Élaboré par Bruchon-Schweitzer (2002), le TIM découle du modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984) proposant que le stress soit le résultat d'une transaction entre une personne et son environnement lors d'un événement requérant un ajustement. L'approche transactionnelle du stress stipule qu'une personne réagit activement à un stresseur en élaborant des stratégies afin de s'adapter

Durant la phase des processus transactionnels, le parent met en place des stratégies d'adaptation pour contrer l'adversité. Ces stratégies servent à limiter, tolérer

ou maîtriser les stresseurs environnementaux excédant ses capacités (Lazarus & Folkman, 1984). Il y a deux types de stratégies, soient les stratégies centrées sur le problème et celles centrées sur les émotions (Folkman & Lazarus, 1980). Par exemple, un parent irrité et impatienté par le comportement de son enfant faisant une crise à l'épicerie pour obtenir une friandise pourrait choisir de succomber au désir de son enfant. Le parent, se laissant guider par son irritation, utilise alors une stratégie centrée sur l'émotion. À l'inverse, un parent qui garde son calme et qui mobilise ses énergies pour tenter de résoudre la situation utilise une stratégie centrée sur le problème. Les stratégies centrées sur le problème sont en général plus efficaces à long terme que les stratégies centrées sur les émotions. Par exemple, un enfant éprouvant de la culpabilité après avoir cassé un jouet peut cacher celui-ci en espérant que ses parents ne s'en aperçoivent pas. Cette stratégie d'évitement, centrée sur son émotion de culpabilité, est probablement efficace pendant quelques jours, mais pas sur le long terme puisqu'il est possible qu'un membre de la famille finisse par s'en apercevoir. Par contre, dans le cas d'une situation sur laquelle un parent n'a aucune emprise, les stratégies centrées sur le problème se révèlent inefficaces (Lazarus & Folkman, 1984).

Le modèle de Bruchon-Schweitzer (2002) comporte trois composantes les antécédents, les processus transactionnels et les répercussions sur la santé. Premièrement, on note la présence des caractéristiques subjectives de la situation stressante (p.ex., présence d'un trouble de comportement chez son enfant) ainsi que des antécédents sociaux (p. ex., religion, pays, culture) et individuels (p. ex., niveau socio-économique, âge, sexe). Ces caractéristiques peuvent influencer l'étape des processus transactionnel se t'avoient des répercussions sur la santé de la personne. Deuxièmement, le moment où le parent perçoit, donne sens à un événement et fait face à la situation correspond à l'étape transactionnelle. C'est à ce niveau qu'on peut évaluer le stress perçu, le contrôle perçu, le soutien social perçu, la qualité de vie et l'utilisation de stratégies d'adaptation. Troisièmement, les processus transactionnels (évaluation, utilisation de stratégies d'adaptation et fonctionnement physiologique) employés par le parent ont des effets sur sa santé physique et sa qualité de vie. C'est ce modèle qui est retenu afin de mesurer le stress perçu et la qualité de vie.

Figure N° 3: Le modèle transactionnel, intégratif et multifactoriel

De nombreuses études ayant pour population les personnes présentant un TSA ont fait l'utilisation de ce modèle (p. ex., Cappe, 2009, 2012 ; Cappe et al, 2011, 2018) afin de montrer l'influence des processus transactionnels sur la qualité de vie des parents. L'étude de Cappe et ses collaborateurs (2012) montre qu'un haut niveau d'autonomie et d'habiletés sociales chez un enfant ayant un TSA prédit un meilleur ajustement parental. De plus, les parents dont l'enfant présente des problèmes de langage perçoivent davantage leur situation comme une menace et une perte, ce qui affecte leur qualité de vie. En effet, une difficulté à communiquer peut engendrer de la frustration chez le parent et parfois laisser place à des comportements inadaptés chez l'enfant (p. ex., cris, agressions) qui peine à exprimer ses besoins.

8_ Signaux de stress

Les signaux de stress sont des réponses physiologiques, psychologiques ou comportementales à des situations perçues comme menaçantes ou exigeantes. Ces signaux peuvent varier d'une personne à l'autre, mais certains sont communs et bien documentés.

8.1_Signaux physiologiques du stress

- Augmentation du rythme cardiaque** Le stress active le système nerveux sympathique, entraînant une accélération du cœur.
- Respiration rapide ou superficielle** Le corps cherche à augmenter l'apport en oxygène.
- Tensions musculaires** Les muscles se contractent en préparation à une réaction de combat ou de fuite.
- Transpiration excessive** Une réponse courante pour réguler la température corporelle.
- Maux de tête ou migraines** Souvent liés à la tension musculaire ou à la déshydratation.
- Problèmes digestifs** Le stress peut perturber le système digestif, causant des nausées, des diarrhées ou des constipations(Smith, 2022).

8-2 Signaux psychologiques du stress

- Anxiété ou inquiétude excessive** Sentiment de peur ou d'appréhension sans raison évidente.
- Irritabilité ou sautes d'humeur** Le stress peut rendre une personne plus réactive émotionnellement.
- Difficultés de concentration** Le stress affecte la mémoire de travail et la capacité à se focaliser.
- Sentiment d'être dépassé ou submergé** Une perception d'incapacité à gérer les exigences.
- Pensées négatives ou ruminations** Le stress peut entraîner une focalisation excessive sur les problèmes.

8.3 Signaux comportementaux du stress

- Changements dans les habitudes alimentaires** Manger trop ou trop peu, souvent des aliments riches en sucre ou en gras.
- Troubles du sommeil** *Insomnie*, réveils fréquents ou sommeil non réparateur.
- Isolement social** éviter les interactions sociales par manque d'énergie ou d'intérêt.

-Consommation accrue de substances Augmentation de la consommation d'alcool, de tabac ou de drogues.

-Procrastination ou évitemment Reporter des tâches importantes en raison du stress.

8.4Signaux émotionnels du stress

-Sentiment de tristesse ou de dépression Le stress prolongé peut mener à des états dépressifs.

-Perte de motivation Difficulté à trouver de l'intérêt pour des activités autrefois plaisantes.

-Culpabilité ou doute de soi Le stress peut amplifier les sentiments d'autocritique.

-Agitation ou nervosité Incapacité à se détendre ou à rester calme.

8.5Signaux cognitifs du stress

-Oublis fréquents Le stress affecte la mémoire à court terme.

-Difficulté à prendre des décisions Indécision ou peur de faire des erreurs.

-Pensées désorganisées Difficulté à structurer ses idées ou à planifier(Brown, 2021).

9_ Nature et sources de stress chez les parents d'enfants autistes

-Le diagnostic, les relations avec les professionnels et le stress parental : L'une des causes les plus importantes et fréquentes de stress vécues par les parents ayant un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) est le manque de soutien professionnel adéquat (Bishop et al, 2007 ; Sharpley et al, 1997). Les parents sont confrontés à des difficultés pour recevoirde l'aide des professionnels de la santé dès le stade du diagnostic des déficits de développement de leur enfant.

Les parents d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) rapportent souvent un niveau plus faible de sens de cohérence comparé aux autres parents. Ce manque de sens de cohérence les rend plus vulnérables au stress et à la dépression. Parmi les facteurs contribuant à cette situation, l'une des causes fondamentales est le manque général d'information et d'éducation sur le développement des enfants atteints de TSA. Une autre problématique majeure est le nombre limité d'établissements de soins offrant des services spécialisés adaptés aux besoins des personnes atteintes de TSA.

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

On généralement préoccupe par les difficultés de communication de leurs enfants, en particulier l'absence de la parole, ainsi que les comportements sociaux inhabituels et le jeu (Charman et al., 2001, p. 95).

9-1 L'incertitude des parents face à l'évaluation de leurs enfants

Le niveau de stress des parents d'enfants autistes est nettement supérieur à celui des autres parents du même âge. La surcharge quotidienne de travail et de soins accroît la fatigue, entraînant de l'irritabilité, voire de la dépression, ce qui limite la disponibilité des parents pour les autres enfants (Fisman & Steele, 1996, p. 40). Le stress parental peut être intensifié par des difficultés de communication. Par exemple, les parents peuvent craindre de ne pas décoder correctement les besoins exprimés par leur enfant ou de ne pas être bien compris par lui. Le manque de réciprocité dans l'interaction peut également causer de la souffrance. Enfin, les comportements stéréotypés de l'enfant augmentent considérablement le stress des familles, d'autant plus que ces comportements peuvent influencer l'entourage, risquant ainsi de marginaliser la famille (Martin et al., 1993).

Une détresse particulière survient lorsqu'un enfant présente un trouble du développement, comme l'autisme. Dans ces cas, le risque pour les parents de développer une détresse psychologique et des problèmes de santé augmente considérablement. Selon les observations, les parents d'enfants autistes sont particulièrement exposés à un risque élevé d'isolement social. Leur avancement professionnel est souvent plus difficiles, ils vivent davantage d'anxiété et ont une perception plus négative de leurs compétences parentales. De plus, les réactions de l'entourage peuvent exacerber ces difficultés (Dunn et al., 2001)

10_ Les stratégies d'adaptation ou coping

Aujourd'hui, la notion de coping est indissociable de toute discussion sur le stress. Ce terme, issu de la langue anglaise, désigne l'ensemble des stratégies et des ressources qu'un individu mobilise pour faire face à des situations perçues comme stressantes. Le concept de coping est utilisé quelle que soit l'efficacité du résultat, qu'il soit positif ou

négatif. En d'autres termes, il englobe les efforts d'adaptation déployés pour gérer et surmonter les défis liés au stress.

Ce mot issu du verbe anglais to cope (faire face), le coping se réfère aux efforts cognitifs et comportementaux du sujet pour faire face aux situations stressantes. Il comprend donc l'ensemble des stratégies actives utilisées par un individu pour aménager (réduire, minimiser, contrôler, dominer, ou tolérer) la demande interne ou externe issue de la transaction sujet-environnement, évalué comme dépassant ses propres ressources(Charron, 2007).

Concept élaboré par Lazarus et Launier (1978), le « coping » désigne l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'évènement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer, ou diminuer, l'impact de celui-ci sur son bien être psychologique et physique, de sorte que la représentation du stress se modifie. Le « coping » implique deux éléments : D'une part l'existence d'un problème réel ou imaginé, d'autre part la mise en place de réponse pour y faire face

Dans le modèle de Lazarus, le principe de coping est conceptualisé à travers deux grandes catégories :

10-1 Larésolution de problèmes

Qui est constituée par tous les plans d'action dirigés vers une modification, un évitement ou une minimalisation de l'impact du stresseur et où les activités cognitives permettent de penser que le stresseur peut être contrôlé

10-2 Lecoping focalisé sur l'émotion

Qui consiste à palier ou à éliminer les émotions engendrées par un stresseur en utilisant des mécanismes comme le déni et les pensées permettant d'éviter la confrontation directe avec le stresseur. Ce dernier est considéré comme primitif et mal adapté(Quintard.B, 2001).

Le concept de coping ne se limite pas aux aspects cognitifs et comportementaux du stress ; il inclut également les dimensions émotionnelles. Cette approche globale permet de mieux comprendre les expériences vécues par une famille ayant un enfant en situation de handicap, ainsi que les situations stressantes auxquelles elle peut être confrontée.

Synthèse

Le stress parental, phénomène complexe et influencé par de multiples facteurs, touche particulièrement les parents d'enfants ayant des besoins spécifiques, comme ceux présentant un TSA. Il se manifeste à plusieurs niveaux — physique, psychologique, émotionnel et comportemental — et peut affecter durablement la santé des parents ainsi que l'harmonie familiale. Ce chapitre a permis de mieux comprendre ses causes, ses expressions et ses conséquences.

Chapitre III

Le soutien social

Préambule

Le chapitre précédent a mis en lumière le stress maternel, en soulignant les défis spécifiques rencontrés par les mères d'enfants atteints de maladies chroniques, ainsi que les mécanismes et stratégies d'adaptation mobilisées face à ce stress. Cependant, au-delà des ressources individuelles, le soutien social apparaît comme un levier essentiel pour prévenir l'épuisement parental et renforcer la résilience.

Ce chapitre a pour objectif d'explorer la notion de soutien social, en retraçant l'évolution, en précisant ses définitions, ses types, ses dimensions et ses principales sources. Il vise également à analyser les effets du soutien social sur la santé mentale et physique, particulièrement dans le contexte du stress parental.

Le chapitre s'articule autour de trois axes : d'abord les fondements théoriques et conceptuels du soutien social ; ensuite, l'analyse de son rôle dans la modulation du stress maternel ; enfin, une application concrète à travers l'étude du soutien social chez les mères d'enfants atteints de diabète, en lien avec les réalités de l'hospitalisation et de la prise en charge quotidienne.

1- Historique du soutien social

Le concept soutien social est crucial pour les individus. Remonte à des temps anciens où les communautés étaient toujours organisées pour faire face à certaines difficultés. Il est important de mentionner d'une part, que le soutien social suscite l'intérêt des chercheurs en psychologie sociale depuis le début des années 1970, et d'autre part, qu'il n'y a pas de consensus entre les chercheurs quant à sa définition conceptuelle (Sarason et al., & Ducharme et al., 1987- 1994).

Son histoire consiste : « Le rôle des relations sociales et leur contribution au bien-être et à la santé fait l'objet de réflexions et d'études depuis plus d'un siècle. En 1897, Durkheim postulait déjà que les ruptures des liens sociaux produisaient des pertes en ressources sociales et un affaiblissement des normes et des rôles sociaux. Son étude sur le suicide montrait en effet sa plus grande prévalence chez les individus ayant moins de liens sociaux. Les premiers écologistes sociaux (Park et Burgess, 1926) constataient également une augmentation des problèmes comportementaux chez les populations déracinées. C'est

cependant dans les décennies 1970-1980 que les études sur les relations entre les liens sociaux et la santé connaissent leur plus grand essor. À cette époque, plusieurs études signalent que les individus davantage intégrés dans leur communauté et dans la société de façon plus générale avaient une meilleure santé que les personnes isolées. Berkman et Syme (1985) démontrent alors que le taux de mortalité et de morbidité était de 2 à 5 fois supérieur chez les personnes isolées socialement et ce, indépendamment de l'état de santé et des autres facteurs de risque. Des études spécifiques à la santé mentale mettent alors en évidence des liens importants entre la prévalence de la symptomatologie psychiatrique, sa sévérité et la qualité du soutien social disponible ((Cohen et Wills, et al., 1976-1985)(Caron & Guay).

2- Définitions de soutien social

Vallerand (2006, p. 366) définit le soutien social comme étant des « échanges interpersonnels de ressources où une personne en aide une autre afin de lui permettre de satisfaire ses besoins ou d'atteindre des buts importants ». Il existerait plusieurs formes de soutien social, soit un soutien social de forme instrumentale, qui inclut l'aide physique et matérielle. À cette première forme s'ajoute une deuxième, le soutien social de forme informative. Cette forme de soutien social se manifeste par le partage de conseils ou de rétroaction. Finalement, le soutien social peut aussi se manifester sous la forme émotionnelle. Cette troisième forme de soutien social peut se manifester par de l'empathie ou de l'affection. (<http://journals.openedition.org/osp/4506>).

Le soutien social joue un rôle clé dans l'amélioration de la santé et est particulièrement lié à une espérance de vie plus longue. Par exemple, les individus qui souffrent d'isolement ou qui sont moins intégrés socialement présentent généralement une santé physique et psychologique plus fragile, et ont un risque accru de mortalité précoce.

Définir le soutien social représente un exercice relativement complexe étant donné la pluralité des définitions proposées et des concepts utilisés. Par exemple, certains chercheurs conçoivent le soutien social comme de l'information qui communique à la personne qu'elle est aimée, qu'elle est estimée et qu'elle fait partie intégrante d'un réseau relationnel au sein duquel les individus ont des obligations mutuelles (Cobb, 1976). Pour d'autres, le soutien social se présente comme la capacité d'une personne de combler des

besoins spécifiques qui surviennent à la suite d'événements de vie défavorables (Rook, 1984). Enfin, certains définissent le soutien social comme l'ensemble des actions — verbales ou comportementales — qu'une personne manifeste en réponse aux besoins d'une autre personne et qui visent à la réconforter, l'encourager, la rassurer et l'aider à résoudre efficacement des problèmes par l'entremise d'informations ou d'une aide tangible (Gardner & Cutrona, 2004) Bien qu'aucune de ces définitions ne fasse l'unanimité, celles-ci convergent néanmoins vers l'idée que le soutien social possède certains attributs pouvant influencer l'adaptation psychosociale d'une personne en lui permettant de mieux gérer l'incertitude qui accompagne la détresse

(<https://www.researchgate.net/publication/258120935>)

Une autre définition qui définit le concept soutien social Depuis les années 1970, le soutien social est considérée comme une variable déterminante dans le champ de la santé (Fischer, 2020) Ce concept est défini par (Dubet, 2006) comme un ensemble « d'échanges interpersonnels de ressources où une personne en aide une autre afin de lui permettre de satisfaire ses besoins ou d'atteindre des buts importants »((Fische, 2020)(Lacombe, 2024).

3- Les formes du soutien social

De nombreux auteurs ont porté leur attention et étudié les différentes formes de soutien social. Parmi eux Mitchell et Tricket (1980) qui a identifié cinq formes de soutien social (Muckle, 1993). Le soutien émotif (estime de soi, sentiment de bien-être), le soutien instrumental (aide concrète, matérielle, financière), le soutien informatif (renseignements, conseils, références), le soutien normatif (permettant l'identification à un groupe) et le soutien de socialisation (favorisant l'accès et la participation sociale).

3-1Soutien émotionnel

Le soutien émotionnel (ou affectif) est la forme d'aide qui fournit l'attention bienveillante, l'écoute compréhensive, la confirmation de la valeur personnelle et la présence rassurante (Gagnier, 1991). Il procure le sentiment d'être aimé, en confiance et en relation d'intimité. Ce genre de soutien provient généralement de personnes significatives et permet les confidences, la ventilation des émotions lors des moments difficiles (Cutrona & Russel, 1990).

3-2 Soutien instrumental

Le soutien instrumental (ou matériel) est cette forme d'aide tangible qui est fournie à quelqu'un en l'assistant dans les tâches de la vie courante. Cette aide a pour but de modifier l'environnement de la personne de façon concrète en lui fournissant argent, temps ou travail. Ainsi, les auteurs en reviennent souvent à parler d'aide financière, d'aide dans les soins à l'enfant ou d'aide-ménagère comme exemples typiques de soutien instrumental (Tessier et al., 1992).

3-3 Soutien informatif

Le soutien informatif (ou cognitif) est l'aide fournie à quelqu'un dans le but de le conseiller lors d'événements difficiles ou de périodes de crises. Ces conseils ont pour but d'aider la personne à mieux définir et à mieux comprendre la situation imprévisible qu'elle vit, pour ensuite la guider dans le choix du modèle de comportement à adopter (Tessier et al., 1992).

3-4 Soutien normatif

L'ensemble des règles, normes et valeurs qui légitiment et encadrent les actions des individus ou des institutions. Ce soutien repose sur des principes partagés au sein d'une société ou d'un groupe, et il permet de justifier les décisions et les comportements en les inscrivant dans un cadre accepté et reconnu(Rangeon, 1993).

3-5 Soutien de socialisation

L'ensemble des ressources et des dispositifs (familiaux, éducatifs, institutionnels, etc.) qui permettent à un individu d'intérioriser les normes, les valeurs et les rôles sociaux nécessaires à son intégration dans un groupe ou une société. Ce soutien est crucial pour assurer la cohésion sociale et la reproduction des structures sociales ((Darmon, 2016)

4- Les dimensions du soutien social

Il existe plusieurs auteurs qui ont parlé sur le soutien social mais on trouve certain plus précisément qu'ils ont porté leur attention sur les dimensions du soutien social parmi eux on trouve par exemple Vaux et ses collaborateurs, Streeter et Franklin, Barrera et d'autre. Ils ont cité trois dimensions qui sont :

4-1 Le réseau de soutien

Vaux (1988 et 1992) définit le réseau de soutien de la façon suivante : «Le réseau de soutien est un sous-ensemble du réseau social, vers qui la personne se tourne (ou

pourrait se tourner) pour obtenir de l'aide... » (Vaux, 1988, p. 28). Lorsqu'on parle des ressources du réseau de soutien, on fait référence à la grandeur du réseau de soutien, à sa structure ou encore à ses caractéristiques relationnelles (Vaux et al., 1986). Barrera (1986) ainsi que Streeter et Franklin (1992) recourent à l'expression « intégration sociale » (social embeddedness) pour signifier les liens ou contacts d'un individu avec les autres personnes significatives de son environnement. L'intégration sociale serait associée au sentiment d'appartenance à la communauté (Streeter & Franklin, 1992).

Les instruments qui mesurent les ressources du réseau identifient les rapports qui relient la personne à sa famille, à ses amis, à ses pairs. Ces rapports sont vus comme un indicateur des ressources sociales qui, lors d'une crise, sont susceptibles d'offrir du soutien (Streeter & Franklin, 1992). Les mesures du réseau évaluent le nombre d'individus et de liens à l'intérieur du réseau (Rock et al., 1984). Selon Barrera (1986), il existe deux approches pour mesurer les ressources du réseau (ou l'intégration sociale, pour utiliser l'expression de cet auteur). Une première approche consiste à utiliser des indicateurs de la présence de liens sociaux tels que le statut marital, la présence de fratrie plus âgée, la participation à des organisations de la communauté et autres types d'indicateurs. Ces indicateurs sont utilisés avec l'hypothèse que les liens sociaux disponibles peuvent fournir du soutien lors de crises. Une deuxième approche consiste à analyser le réseau social. Cette forme d'analyse implique souvent une procédure structurée pour identifier les individus qui ont des relations importantes avec la personne. L'accent est alors mis sur les propriétés structurelles du réseau, telles que la densité, la complexité, l'accessibilité et quelques autres caractéristiques.

4-2 Les comportements de soutien

Les comportements de soutien Le soutien social est aussi conceptualisé comme étant l'ensemble des actions ou des comportements qui fournissent effectivement de l'aide à la personne (Barrera, 1986). Il s'agit d'un soutien actif (en opposition à un soutien potentiel) composé d'actions ou de comportements spécifiques effectués par les autres et considérés comme une expression manifeste de soutien ou d'assistance. Le soutien reçu fait donc référence à l'utilisation actuelle des ressources du soutien social (Tardy, 1985). On le présente aussi comme étant une description comportementale du soutien. Les comportements de soutien peuvent comprendre l'écoute, l'expression des inquiétudes, le prêt d'argent, l'aide pour réaliser une tâche, avoir l'opinion des autres, montrer de l'affection, etc. Les instruments générés dans cette perspective sont destinés à inventorier

les comportements spécifiques d'aide survenant dans un contexte de relations (Vaux, 1992). Néanmoins, la mesure de ces comportements d'aide repose sur un rappel d'expériences antérieures plutôt que d'observations actuelles, ce qui, bien sûr, introduit une certaine limite (Streeter & Franklin, 1992). L'appréciation subjective de soutien

4-3 L'appréciation subjective de soutien

Fait référence à l'évaluation cognitive d'une personne à propos du soutien qu'elle estime recevoir d'autrui (Barrera, 1986-1992). Cette appréciation regroupe plusieurs dimensions, telles que le sentiment d'avoir suffisamment de soutien, la satisfaction à l'égard du soutien reçu, la perception selon laquelle les besoins de soutien sont comblés, la perception de la disponibilité et de l'adéquation du soutien et, enfin, la confiance que le soutien sera disponible en cas de besoin (Barrera, 1986 ; Streeter & Franklin, 1992 ; Vaux, 1992). Tout comme pour les deux autres concepts présentés plus haut, l'appréciation subjective peut porter sur divers types de soutien, tels que l'aide matérielle, informationnelle ou émotionnelle. Il est postulé que ce ne sont pas tous les rapports d'une personne avec son environnement qui fournissent du soutien. Le soutien serait lié à une expérience personnelle plutôt qu'à un ensemble de circonstances objectives ((Buchanan, 1995) Cela justifie le fait de mesurer la perception de soutien. L'étude de (Abell, 1994) confirme, par ailleurs, que l'information à propos des caractéristiques structurelles, telle la grandeur du réseau social, ne peut à elle seule fournir une évaluation de la qualité et de la quantité du soutien social. De très petits réseaux peuvent s'avérer supportant, alors que de grands réseaux, au contraire, peuvent ne pas apporter de soutien. Les instruments destinés à évaluer le réseau social devraient donc comporter des questions à propos de l'appréciation subjective de soutien (Tracy & Abell, 1994) (Beauregard & Dumont, 1996)

5- L'importance du soutien social sur la santé mentale

Pour plusieurs auteurs le soutien social est considéré comme une variable qui produit un effet protecteur contre les effets du stress ainsi que le développement d'une symptomatologie. Et pour d'autre le concèdent comment une variable adaptative ayant un effet direct sur la santé et le bien-être. Il contient de certain modèle qui rendre compte des effets de soutien social sur la santé mentale, Nous abordons deux modèle :

5-1 Modèle des effets directs

Le soutien social aurait un effet direct et bénéfique sur la santé de plusieurs manières. En offrant un réseau de relations stables et positives, il apporterait des expériences enrichissantes et un sentiment de sécurité. Ces interactions favoriseraient des émotions positives, une meilleure estime de soi et un bien-être général(Cassel & Thoits, 1976-1985). De plus, ce soutien aiderait à réguler le système endocrinien et encouragerait l'adoption de comportements sains, comme prendre soin de soi (Cohen et Syme, 1985)Ainsi, le soutien social agirait positivement sur la santé, indépendamment du stress.

5-2 Modèle d'atténuation du stress (stress buffering model)

Selon ce modèle, les effets bénéfiques du soutien social sur la santé se manifesteraient principalement en situation de stress. Le soutien social jouerait un rôle de médiateur entre l'événement stressant et la santé, et ce, de trois manières distinctes (Kaplan et al., 1993 ; Cohen et Wills, 1985).

Premièrement, il influencerait positivement la perception que l'individu a de son environnement. Cela inclurait la conviction que les autres sont capables et prêts à lui fournir les ressources nécessaires, ainsi que la confiance en sa propre capacité à faire face aux conséquences des événements stressants.

Deuxièmement, le soutien social agirait sur la réponse émotionnelle liée au stress et sur l'évaluation de ses conséquences. En offrant des solutions concrètes, en réduisant l'importance perçue de l'événement stressant, en encourageant des pensées rationnelles et en limitant les réactions comportementales inadaptées, le soutien des proches atténuerait l'impact négatif du stress.

Troisièmement, il interviendrait directement au niveau des processus physiologiques, rendant les individus moins réactifs au stress perçu (Cohen et Wills, 1985). Ainsi, le soutien social agirait comme un tampon, atténuant les effets du stress sur la santé (Caron & Guay, 2005).

6- Le soutien social chez les mères ayant un enfant avec un trouble de spectre de l'autisme (TSA)

Les recherches indiquent que les parents d'enfants ayant un TSA seraient particulièrement à risque de vivre de l'isolement (Dunn et al., 2001), ce qui peut également

constituer une source de stress susceptible d'affecter la santé. Plusieurs mères rapportent avoir des difficultés à partir en vacances, à visiter ou recevoir des amis et amies et même à effectuer les sorties de la vie quotidienne comme aller à l'épicerie ou au restaurant(Murray, 2007 ; Myers et al., 2009). Plusieurs familles disent avoir une vie sociale limitée en raison du manque de temps et de la rareté des ressources de répit. Et Les études qui ont analysé le rôle du réseau de soutien de ces familles précisent que ce soutien, lorsqu'il est disponible, peut faire une grande différence dans la vie des parents (Boyd, 2002).

Dans plusieurs études, le soutien social est identifié comme une variable importante pour la qualité de vie des mères d'enfants présentant un TSA. La présence de soutien apparaît chez ces mères associées à une meilleure santé mentale ainsi qu'à des niveaux de stress moins élevés (Johnson, Frenn, Feetham et Simpson, 2011 ; Weiss, 2002). Plusieurs études montrent que la présence du soutien, et tout particulièrement du soutien informel, agit comme un facteur de protection pour la santé psychologique de ces mères (Benson et al. 2008 ; Dunn et al., 2001 ; Plant & Sanders, 2007 ; Courcy des Rivières-Pigeon et al., 2013).

Souvent dans une famille où il ya un enfant autiste, les mères qui ce retrouvent en premier lignes pour gérer la situation, ce sont les plus confronter à gérer l'enfant autiste et ces crises et même de participer par exemple à des réunions au des rendez vous avec les spécialiste, Mais cela affecte évidemment leur bien-être physiquement et moralement, au vécu dépressif, ont tendance à émettre des réponses désadaptées face aux stresseurs ; cela crée des frustrations qui, en retour, renforcent le sentiment d'incapacité ou de dévalorisation de soi et altèrent la qualité de vie.

Il existe un lien étroit entre le bien-être des parents d'enfants ayant un TSA et la qualité des liens qu'ils entretiennent avec les membres de leur entourage(Smith, Greenberg & Seltzer, 2012) Par exemple, les résultats d'une étude canadienne portant sur 283 mères d'enfants ayant un TSA indiquent que les mères disposant d'un niveau de soutien social élevé au moment du diagnostic de leur enfant ou ayant connu une augmentation de soutien social au fil du temps vivent des niveaux de stress parental moins élevés deux ans après avoir bénéficié de cette aide (Zaidman-Zait et al., 2017).Également, les résultats d'une étude québécoise effectuée auprès de 112 mères d'enfants ayant un TSA suggèrent que le soutien reçu par ces parents est insuffisant. En réalité, dans cette étude, près de la moitié des mères interrogées ont rapporté avoir eu besoin de soutien durant les deux semaines

avant d'avoir été rencontrées par les chercheurs, mais n'avoir trouvé personne pour combler ce besoin. Cependant, une grande proportion des mères rencontrées a indiqué avoir manqué de soutien instrumental (c'est-à-dire de répit, de biens matériels, de gardiennage ou d'aide à la vie domestique). De façon alarmante, l'absence de soutien instrumental était très fortement associée à la détresse des mères dans cette étude(Courcy des Rivières-Pigeon et al., 2013)Les résultats d'une autre étude révèlent que le niveau de détresse des mères d'enfants ayant un TSA est associé à l'absence de soutien(Bromley et al., 2004)En effet, même si certains parents indiquent bénéficier de soutien varié de la part de leurs proches, plusieurs d'entre eux affirment se sentir isolés et reconnaissent n'avoir personne vers qui se tourner pour recevoir de l'aide (Galpin, 2018)(Laroche, 2022).

La présence de supports sociaux auprès de ces mères s'avère d'une grande importance que ce soit dans coté émotionnelle, Écoute, empathie et réconfort de la part de la famille, des amis ou des groupes de soutien. Ou bien de bénéficier d'un soutien instrumental comme par exemple de garder son enfant au moment d'urgence ou bien l'accompagnement de la mère à un rendez-vous, ou de l'aider dans les taches quotidienne.... etc. Pour les mères d'enfants ayant un TSA, ce qui compte le plus, c'est souvent le soutien perçu, c'est-à-dire la façon dont elles ressentent et interprètent l'aide qu'elles reçoivent. Par exemple, une mère qui se sent écoutée et soutenue par son entourage peut mieux gérer le stress, même si l'aide concrète qu'elle reçoit est minime. À l'inverse, si elle ne se sent pas soutenue, cela peut aggraver son sentiment d'isolement et de détresse.

Synthèse

Le soutien social, bien qu'il ne puisse résoudre toutes les difficultés, constitue un facteur clé de protection pour la santé mentale. Il joue un rôle essentiel dans la réduction du stress et le renforcement de la résilience, en offrant aux individus des ressources affectives, matérielles ou informationnelles. Pour les mères d'enfants atteints de troubles chroniques, notamment du TSA, ce soutien s'avère déterminant pour faire face aux défis quotidiens. À l'inverse, son absence peut aggraver la détresse émotionnelle et favoriser l'isolement.

Problématique

Problématique

La santé se définit comme un état de bien-être complet, à la fois physique, mental et social. Cette conception va bien au-delà de la simple absence de pathologies. Elle englobe toute la qualité de vie d'une personne ou d'une communauté, la capacité à réaliser ses aspirations personnelles, la possibilité de répondre à ses besoins fondamentaux et évaluer avec son milieu ou s'y adapter.

La santé et donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, elle exige un certain nombre de préalable ou les personnes devant pouvoir se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement et disposer d'un certain revenu, etc. Selon Leriche (1937) « *la santé c'est la vie dans le silence des organes* ».

United Nations International Children's Emergency Fund (L'UNICEF, 1989), estime que « la santé n'est pas l'absence de maladie, c'est un sentiment plus profond que le bien être qui ne dépend pas seulement des services de santé mais du travail, du revenu, de l'éducation, de la culture, des droits et des libertés ».

La santé ne se définit pas seulement par un simple état de performance physique, mais inclut aussi la dimension mentale et l'environnement social, qui sont des aspects essentiels pour appréhender le bien-être dans sa globalité. Sous cet angle, il existe un lien étroit entre la santé et les troubles du spectre de l'autisme (TSA), étant donné que les enfants touchés par le TSA peuvent faire face à des difficultés particulières liées à leur bien-être physique et psychologique.

Ces désordres se manifestent par des problèmes de communication et d'interaction sociale qui ont un impact sur la façon dont l'enfant appréhende le monde et gère les informations qui l'entourent. Il existe une grande variation de ces manifestations d'un enfant à l'autre. Un grand nombre d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme requièrent une assistance spécifique pour leur développement et leurs activités quotidiennes, ce qui implique fréquemment un appui. .

Selon l'organisation mondiale de la santé (**OMS**) TSA manifeste par des troubles de la communication, des intérêts ou activités obsessionnels, des comportements à caractère répétitif.

À l'échelle mondiale, les Troubles du Spectre de l'Autisme touchent approximativement 1% des enfants selon l'Organisation mondiale de la Santé (2023). Les estimations larges suggèrent que 52 millions de personnes sont concernées par les TSA dans le monde, avec une prévalence moyenne d'environ 0,62% (soit 62 cas pour 10 000 habitants). Les taux varient selon les régions, allant généralement de 1% à 2% de la population.

Un fait remarquable et constant dans toutes les études internationales est la disproportion entre les sexes, les garçons étant diagnostiqués environ 4 fois plus fréquemment que les filles. Cette différence de genre constitue une caractéristique universelle des TSA, observée dans toutes les populations étudiées.

La hausse apparente des diagnostics observée au cours des dernières décennies s'explique principalement par l'amélioration des méthodes de détection et l'évolution des classifications diagnostiques, bien que l'influence de certains facteurs environnementaux ne puisse être exclue (OMS, 2023).

Les statistiques américaines des CDC (2023) montrent une fréquence particulièrement importante avec 1 enfant sur 36 concerné par les TSA. Des données antérieures du Center for Disease Control and Prevention indiquaient un taux de 1 enfant sur 59 (Baio et al., 2018). Cette prévalence élevée peut s'expliquer par des systèmes de dépistage plus développés et des critères diagnostiques plus inclusifs.

Les études européennes situent généralement la prévalence des TSA entre 0,6% et 1,5% de la population infantile, reflétant des variations dans les approches diagnostiques et les systèmes de santé nationaux.

Les données espagnoles montrent une prévalence estimée à 1,55% chez les enfants d'âge préscolaire et 1,00% chez les enfants d'âge scolaire (al M.-h. e., 2018). Ces chiffres sont proches des évaluations internationales et illustrent la variation des taux selon les tranches d'âge.

Ces écarts entre pays peuvent être attribués à plusieurs facteurs, notamment aux différences dans les protocoles de dépistage utilisés, aux variations dans l'application des critères diagnostiques, ainsi qu'aux disparités dans l'accès aux services de santé spécialisés.

En Algérie, l'évaluation précise de la prévalence des troubles du spectre de l'autisme se heurte à l'absence d'études épidémiologiques approfondies. Les données

actuelles indiquent qu'approximativement 1% des enfants seraient touchés, ce qui représenterait entre 70 000 et 100 000 jeunes selon le Ministère de la Santé (2022). D'autres estimations mentionnent que 65 000 adolescents seraient atteints de TSA (El Watan, 2011)

Comme observé au niveau international, cette prévalence est environ quatre fois plus élevée chez les garçons que chez les filles en Algérie (Boucenna et al., 2020), bien qu'une source antérieure évoque un ratio de deux fois plus de garçons touchés que de filles.

Le système de santé algérien doit cependant composer avec un taux de sous-diagnostic important, où seulement 20 à 30% des cas seraient actuellement identifiés. Ce phénomène s'explique principalement par trois facteurs, l'insuffisance des infrastructures spécialisées, la méconnaissance des premiers signes d'alerte et les réticences sociales liées à la stigmatisation (CHU de Blida, 2023)

Si des progrès notables ont été réalisés ces dernières années grâce à la création de nouveaux centres et à des initiatives de sensibilisation, deux obstacles majeurs persistent, l'inexistence d'un registre national fiable et des délais de diagnostic souvent supérieurs à cinq ans. Ces lacunes compromettent l'obtention de données précises sur la prévalence réelle des TSA et soulignent l'urgence de développer des stratégies de dépistage précoce et d'inclusion sociale adaptées aux besoins spécifiques de cette population.

Face au trouble de leur enfant, les parents doivent s'adapter à une nouvelle réalité de vie, différente de celle des parents ayant un enfant au développement typique. Cette situation a un impact significatif sur leur quotidien et peut perturber le fonctionnement de toute la famille. Les parents sont souvent confrontés à des sentiments d'angoisse, des changements dans leur comportement, des épisodes de dépression et, surtout, un niveau de stress élevé.

Le stress devient inévitable dans une situation non choisie et souvent indésirable, bouleversant profondément les parents sur les plans psychologique et social. Ces changements imposent une adaptation constante, ce qui correspond à la définition même du stress. Celui-ci se définit comme l'état dans lequel un organisme est menacé de déséquilibre par des agents ou des conditions qui perturbent ses mécanismes. Dans ce

cadre, les parents se retrouvent déséquilibrés par les défis liés à leur enfant autiste, tandis que l'enfant est également affecté par les conditions spécifiques de ce trouble.

En psychologie, le stress est défini comme une réponse physiologique, cognitive et émotionnelle à une situation perçue comme menaçante, exigeante ou déséquilibrante. Il survient lorsqu'un individu perçoit un écart entre les exigences de l'environnement et ses ressources pour y faire face. Le stress peut être aigu (réaction immédiate à un événement spécifique) ou chronique (exposition prolongée à des facteurs de stress). Il se manifeste par des symptômes physiques (tensions musculaires, augmentation du rythme cardiaque), émotionnels (anxiété, irritabilité) et comportementaux (évitement, changements dans les habitudes).(Lazarus R. S., 1984)

Donc le stress parental réfère au stress qu'un parent vit lorsqu'il sent que les exigences de l'éducation de son enfant dépassent ses ressources personnelles (Bakhos et al., 2023) Dans le monde ce n'est pas tout les parents qui vivent la même situation chacun comment ils reçoivent les loin, exigences, et les difficultés de vie, En particulier Les parents d'enfants TSA sont plus susceptibles de vivre un stress individuel et familial important et de renoncer des problèmes et de protection influençant leur bien être, leur adaptation et leur qualité de vie . Au cours des premières années de vie de l'enfant, la tristesse, la culpabilité, et la colère sont ressentis par tous les parents. Le processus d'acceptation et d'justement commence clairement chez 70% des familles et de façon ambiguïté pour les autres. Plusieurs famille, couple percer par cinq stades : le choc, la crise initiale, la désorganisation émotionnelle (colère, culpabilité, tristesse, déni).

Dans ce cadre, la souffrance de pères et de mères passés du stress ordinaire à un épuisement intense dans leur rôle de parent. Ces parents se sentent à bout, épuisés émotionnellement et physiquement par leur rôle de père ou de mère. Ils finissent par se distancier de leurs enfants et par perdre le plaisir de partager du temps ou des activités avec eux. La simple présence de ces derniers suffit parfois à les agacer. Il arrive alors que ces parents aient des idées noires, qu'ils aient des paroles ou posent des actes regrettables vis-à- vis de leurs enfants. Ils ne se reconnaissent plus, culpabilisent et, souvent, n'osent pas en parler. (Roskam&Mikolajczak, 2018).

Autrement dit, Le stress parental est un état de tension spécifique ressenti par les parents ou les tuteurs en réponse aux défis et aux exigences liés à l'éducation et à la prise en charge des enfants. Il découle de l'interaction entre plusieurs facteurs : les

caractéristiques de l'enfant (comportements difficiles, besoins spécifiques), les ressources et les attentes du parent (soutien social, compétences parentales), ainsi que le contexte familial ou environnemental (pression financière, équilibre entre travail et vie familiale). Ce stress peut se traduire par des sentiments d'épuisement, d'incompétence ou de frustration, et peut impacter la santé mentale des parents, la qualité des relations parent-enfant et le développement de l'enfant.

Les mères d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) sont souvent confrontées à un niveau de stress élevé en raison des défis spécifiques liés à l'éducation et à la prise en charge de leur enfant. Ce stress peut être exacerbé par les comportements difficiles, les besoins particuliers de l'enfant et les exigences quotidiennes qui pèsent sur elles. Généralement les premiers signes révélateurs de l'autisme apparaissent dès les premiers mois de la vie du nourrisson (De Ajuriaguerra, 1980) ce moment-là les parents notamment les mères qui commencent à s'interroger sur les enfants, (Messerschmitt, 1994) qui d'écrit que les mères sont les plus souvent remarquables les premières anomalies, signes comme l'isolement, l'indifférence de leur enfant vis-à-vis des autres. Ce qui entraîne un sentiment de détresse psychologique, fragilité, épuisement. Par ailleurs l'accomplissement d'une mère ayant un enfant avec un trouble de spectre de l'autisme (TSA) est une tâche difficile car elles sont souvent exposées à un stress chronique, de tolérance et surtout l'acceptation des comportements de leur enfant. Être mère d'enfant avec un trouble de spectre de l'autisme (TSA) demande beaucoup de courage puisqu'elles sont confrontées toujours à un stress permanent, mêlé d'amour et de fatigue intense. Des penser négatifs sont toujours accompagner c'est comme un marathon sans ligne d'arrivée.

Le trouble de spectre de l'autisme (TSA) a impact significative particulièrement sur les mères. Selon une étude menée en France pendant la période de la pandémie de COVID-19, auprès de 1924 mères d'enfants atteints de TSA. Ils ont constaté que 35,8% des mères souffraient à la fois d'anxiété et de dépression. La sévérité des symptômes de l'enfant était le principal facteur prédictif. (neece, 2020).

Une autre étude publiée en 2022 révèle que 50% des mères d'enfants avec un trouble de spectre de l'autisme présentent des symptômes dépressifs, un taux nettement supérieur à celui observé chez les mères d'enfants neurotypiques (6% à 14%) (Roubinov, 2022).

De plus, Shepherd et al., (2023) ont identifié plusieurs facteurs qui contribuent spécifiquement au stress des mères d'enfants autistes, notamment : la sévérité des symptômes autistiques, les difficultés comportementales, les problèmes de communication, ainsi que l'accès limité aux services de soutien adaptés. Les recherches de Morales-Hidalgo et Rodríguez-Meirinhos (2024) soulignent également l'impact des caractéristiques individuelles des mères, comme les stratégies d'adaptation et la résilience, sur la modulation du stress ressenti (Bal, 2023).

Cependant nous pouvons dire donc que ces mères ont tendance à investir plus d'effort dans les affaires de leur enfant. Elles sont bien plus enclines à prendre soin d'eux, de faire preuve d'attention et s'entraide. Du coup d'après certain recherche montrent qu'il existe également des situations où les liens familiaux se renforcent et même le réseau social.

Cependant, le soutien social joue un rôle crucial dans l'atténuation de ce stress. Un réseau de soutien solide, qu'il provienne de la famille, des amis, des professionnels de la santé ou de groupes communautaires, peut offrir aux mères une aide émotionnelle, pratique et informationnelle. Ce soutien leur permet de mieux gérer les défis quotidiens, de renforcer leur sentiment de compétence parentale et de réduire leur sentiment d'isolement. Ainsi, un soutien social adéquat peut non seulement améliorer le bien-être des mères, mais aussi favoriser un environnement familial plus équilibré et propice au développement de l'enfant.

En outre, d'après les recherches Les mères d'enfants atteints de trouble du spectre de l'autisme subissent un stress intense et une instabilité émotionnelle et physique. Le manque de compréhension de la part de leur famille et de leurs amis exacerbe leurs difficultés et contribue à un éventuel épuisement. Du coup, le soutien social est crucial pour eux, car il contribue à réduire le stress et l'anxiété, ce qui pourrait atténuer l'épuisement.

Les recherches indiquent que les mères portent habituellement une charge beaucoup plus lourde que les autres membres de la famille dans les soins de tous les jours donnés à l'enfant ayant un TSA (Tehee et al., 2009). Ces responsabilités incluent des rendez-vous thérapeutiques et médicaux, les interventions recommandées par les professionnels...etc. et selon McConnell et ses collègues (2014), confirment que les mères élèvent un enfant avec TSA passent environ 6 heures de plus chaque semaine pour s'occuper de leur enfants que

les mères d'enfant normal. Et aussi on rajoute une étude menée par Cidav et al., Et ses collaborateurs en (2012), ont démontré que ces mères ont tendances de diminuer leur temps de travail ou de faire des sacrifices d'arrêter complètement de travailler. Il réduit leurs revenus financiers et les prive également du réseau de soutien et des interactions sociales que le milieu de travail pourrait leur offrir.

La pandémie de COVID-19 a considérablement affecté les familles d'enfants avec TSA. Selon (Manning et al., 2022) les mères d'enfants avec TSA ont rapporté une augmentation significative du stress et une diminution des soutiens sociaux disponibles pendant cette période. Les fermetures de services ont créé un "double fardeau" : plus de responsabilités de soins avec moins de soutien extérieur.

Selon les recensions des écrits scientifiques, indique que le soutien social « *autant réel que perçu, exerce une influence positive sur l'estime de soi, la gestion de stress et sur l'état général de la santé* » (Beaumeister et vohs, 2007).

Le soutien social inclut des relations sociales stables et des interactions positives avec les autres, qui peuvent fournir des ressources émotionnelles, informatives et matérielles (Ramoussin, 2020)

Ainsi que, le soutien émotionnel joue également un rôle essentiels dans les gestions de stresse et faire face aux défis quotidiens. Avoir quelqu'un à qui parler, partager ses expériences et exprimer ses émotions peut mettre à l'aise les personnes et son fardeau émotionnel.

La recherche de Zaidman-Zait et al., (2021) révèle que 68% des mères d'enfants avec un trouble de spectre de l'autisme perçoivent leur réseau de soutien social comme insuffisant, particulièrement en ce qui concerne le soutien instrumental et émotionnel. Cette étude, menée auprès de 283 mères, démontre une corrélation négative significative ($r = -0,63, p < 0,001$) entre le niveau de soutien social perçu et les scores de stress parental.

Ainsi que Les travaux de Leblanc et Duval (2022) ont mis en évidence plusieurs facteurs :

- Stigmatisation persistante et manque de compréhension sociétale de l'autisme
- Épuisement qui limite la capacité à maintenir des relations sociales
- Difficulté à participer aux activités communautaires en raison des besoins spécifiques de l'enfant

- Diminution progressive du cercle social au fil du temps

Notre recherche porte sur le stress parental et soutien social chez les mères ayant un enfant avec un trouble du spectre de l'autisme Ainsi nous avons choisi comme terrain d'étude l'association Espérance des enfants ayant un trouble de spectre de l'autiste d'Akbou, Durant la pratique nous avons travaillé avec les mères qui amènent quotidiennement leurs enfants à l'unité de prise en charge.

Pour réaliser cette étude, nous avons utilisé l'entretien de recherche semi-directif et L'Échelle de Stress Parental(ESP) pour évaluer le niveau de stress ressenti par les mères dans leur rôle parental. Ainsi que l'échelle de soutien social (SSQ6) pour évaluer le soutien social de ces sujets. Pour cerner notre recherche, nous poserons les questions suivantes :

Question générale

Existe-t-il un stress maternel chez les mères ayant un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA), et comment perçoivent-elles le soutien social dont elles bénéficient ?

Questions partielles

- 1- Quel est le niveau de stress maternel chez les mères d'enfants avec un TSA ?
- 2- Quel est le niveau de soutien social perçu par les mères d'enfants avec un TSA ?

Afin de répondre aux questions de notre problématique, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

Hypothèse générale

Les mères ayant un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) présentent un niveau significatif de stress maternel et perçoivent un soutien social faible.

Hypothèse partielle

- 1- Les mères d'enfants avec TSA présentent des niveaux variables de stress maternel, pouvant aller de modéré à élevé.
- 2- Les mères d'enfants avec TSA perçoivent un niveau de soutien social faible à modéré.

Définition et opérationnalisation des concepts clés de la recherche

Définition du trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Le trouble du spectre de l'autisme : est une différence de développement qui affecte principalement la communication (difficulté à parler), les interactions social (maladresse dans les échanges) et les comportements (répétitions de gestes).

Opérationnalisation du concept du trouble du spectre de l'autisme (TSA)

- Enfant avec des difficultés de compréhension
- Comportement répétitif
- Écholalies
- Manque de relations sociales
- Regards périphérique
- Mimique, parlé avec des gestes, pictogrammes
- dessin, l'écoute, pointage, exprimer les idées par des gestes.

Définition du concept de stressmaternel

Le stress maternel fait référence à la totalité des angoisses et inquiétudes qu'une mère éprouve face aux exigences de la maternité. En pratique, cela englobe les préoccupations relatives à la santé de son enfant, les défis de jongler avec ses multiples rôles, l'épuisement du aux soins du nouveau-né, et les incertitudes quant à ses capacités en tant que parents.

Opérationnalisation du concept de stressmaternel

- Réaction psychique et physique
- Angoisse
- Les maux de tête
- La peur
- Culpabilité, Frustration, Épuisement
- Troubles du sommeil (insomnie, réveils fréquents).

- Fatigue chronique
- Charge émotionnelle
- Manque de temps pour soi
- Pression sociale
- Perte de patience, contrôle

Dans cette recherche, le stress maternel est le résultat obtenu à l'application de l'échelle de stress perçu et à l'entretien de recherche semi-directif.

Définitions du soutien social

Le soutien social se réfère à l'assistance et au réconfort que quelqu'un obtient de son cercle social. En pratique, cela s'évalue par la présence de personnes fiables en cas de nécessité, que ce soit pour discuter de ses soucis, bénéficier d'un soutien concret ou se sentir aimé et apprécié.

Opérationnalisation du concept du soutien social

- Conseils
- Aide financière
- Écoute attentive
- Solidarité et compréhension
- Ensemble des aides : émotionnels, financières, social, instrumental.
- Encouragement
- Empathie
- Réconfort
- Entourage
- Bienveillance
- Interaction

- Disponibilité

- Partage

Dans cette recherche, le soutien social est le résultat obtenu à l'application de l'échelle de soutien social perçu et à l'entretien de recherche semi-directif.

Partie pratique

Chapitre IV

Méthodologie de la recherche

Préambule

Après avoir développé les fondements théoriques de notre recherche à travers les chapitres précédents portant respectivement sur l'enfant et le trouble du spectre en autisme le stress parental et le soutien social, ce chapitre marque le passage à la partie empirique de notre travail. Il vise à présenter de manière rigoureuse la méthodologie adoptée pour répondre à notre problématique de recherche.

Nous y exposons les choix méthodologiques opérés, les outils utilisés, ainsi que les conditions dans lesquelles l'étude a été menée. Ce chapitre présente dans un premier temps les motivations ayant conduit au choix du thème, ainsi que les limites de la recherche. Il s'intéresse ensuite au cadre de l'étude, au profil des participants, aux instruments de collecte de données, et aux différentes étapes du recueil d'informations. Enfin, il aborde les attitudes du chercheur sur le terrain, les difficultés rencontrées et propose une synthèse des éléments méthodologiques essentiels.

1. Les objectifs de la recherche

Notre recherche vise à explorer les différents buts du stress parental et du soutien social chez les mères d'enfants diagnostiqués avec le trouble du spectre de l'autisme (TSA).

Parmi les buts à atteindre :

- Mesurer l'intensité du stress maternel chez les mères d'enfants avec TSA (faible, modéré, élevé).
- Identifier les principales sources de stress rencontrées par ces mères.
- Évaluer le niveau de soutien social perçu par ces mères.

2. Intérêt du choix du thème

Nous avons choisi de mener notre recherche sur le stress parental et le soutien social chez les mères d'enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme pour les raisons suivantes :

- Le TSA est un trouble neurodéveloppemental fréquent qui concerne un nombre croissant d'enfants à travers le monde. En Algérie, les enfants atteints de TSA bénéficient encore insuffisamment de structures adaptées et de soutien spécialisé, ce qui complique leur prise en charge.

- Les mères d'enfants avec TSA portent une lourde charge émotionnelle et sociale. Comprendre leurs besoins spécifiques et leur perception du soutien social est crucial afin de mieux les accompagner, réduire leur niveau de stress et prévenir l'épuisement psychologique.
- Le contexte algérien est marqué par un déficit important en centres spécialisés et en ressources dédiées à la prise en charge des enfants atteints de TSA. Ainsi, les mères assument souvent seule cette responsabilité, soulignant la nécessité d'approfondir les recherches dans ce domaine pour mieux orienter les politiques et interventions adaptées.

3. Limites de la recherche

Dans cette partie de notre travaille, nous allons ancrer notre recherche dans un cadre spatiales et temporelles précises. Tout en définissant également le nombre de cas prévu pour effectuer notre étude. Les instruments de collecte de données appropriées, ainsi que l'approche méthodologique adoptée. La structuration de ces éléments permet de poser les fondements concrets de la démarche scientifique à suivre, plus précisément :

- **Limite spatiale** : la recherche s'est effectué au niveau de l'association de prise en charge des enfants autistes d'Akbou "Esperance tous contre l'autisme" à Bejaïa.
- **Limite temporelle** : du 16 Avril 2025 au 22 mai 2025.
- **Limite du groupe** : l'étude s'est portée sur cinq personnes, des mères ayant un enfant avec TSA.
- **Outils de recherche** : nous avons utilisé un entretien de recherche semi directif accompagné d'un guide d'entretien, ainsi que deux échelles : L'échelle de PSS pour mesurer le stress perçu, et le questionnaire SSQ pour évaluer le soutien social.
- **Approche** : nous avons adopté une approche cognitive et comportementale.

4. La méthode de recherche utilisée

La recherche en psychologie repose sur l'application d'une méthode, un processus dynamique et structuré, qui suit une démarche rationnelle et organisée. Elle vise à

explorer des phénomènes, à analyser des problèmes spécifiques et à fournir des réponses précises et fondées.

La méthode est définie comme « *L'ensemble des opérations intellectuelles permettant d'analyser, de comprendre et d'expliquer la réalité étudiée* » (Loubet, 2000)

Pour la réalisation de notre recherche, nous avons opté pour la méthode clinique qui s'avère particulièrement adaptée à l'étude des expériences subjectives des mères ayant un enfant avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Cette méthode permet une approche approfondie et individualisée, centrée sur le vécu, les perceptions et les ressentis des participantes.

Ce choix méthodologique s'inscrit dans notre volonté de comprendre de manière approfondie le niveau de stress maternel et la perception du soutien social chez ces mères afin d'explorer non seulement l'intensité du stress ressenti, mais aussi les ressources sociales mobilisées ou perçues comme insuffisantes dans leur quotidien. La méthode clinique permet également d'appréhender les facteurs personnels, familiaux et contextuels qui influencent ces vécus.

La méthode clinique est « *Une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui vise à déterminer, à la fois, ce qu'il y a de typique et ce qu'il y a d'individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec une situation déterminée* » (Sillamy, 2003)

La méthode clinique vise à comprendre les comportements humains en déterminant à la fois les aspects typiques et individuels de chaque sujet, considéré comme un être en interaction avec une situation spécifique (Sillamy, 2003)

La méthode clinique est avant tout l'étude approfondie d'un cas individuel, comme notre étude vise l'évaluation de stress et la résilience chez les parents d'enfants autistes nous avons utilisés la méthode clinique. La méthode clinique envisage « la conduite dans sa perspective propre, relative aussi, fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet au prise avec cette situation, cherche à en établir le sens, la structure et la genèse, détecter les conflits qui motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits » (Benony, 2003)

Dans notre recherche, nous avons opté pour la méthode clinique par étude de cas. Cette approche nous permet d'examiner en profondeur le stress maternel ainsi que le

soutien social perçu par les mères ayant un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA), tout en tenant compte de leur singularité et du contexte global dans lequel elles évoluent.

Par ailleurs, cette méthode permet d'explorer la réalité subjective de chaque mère, en accédant à ses émotions, ses pensées et les comportements qu'elle adopte face aux défis quotidiens liés à la prise en charge de son enfant. L'étude de cas clinique permet ainsi une compréhension fine de l'impact du TSA sur la santé mentale des mères, et de la manière dont le soutien social ou son absence influence leur vécu.

Selon Revault, « l'étude de cas vise à dégager la logique d'une histoire de vie singulière auxprises avec des situations complexes nécessitant des lectures à différent niveau, et mettant enœuvre des outils conceptuels adoptés. De ce fait elle n'est plus essentiellement référée à l'anamnèse et au diagnostic et se dégage des contraintes d'une psychologie médicale toute enrestant clinique et psychologique » (amp & Pedinelli, 2015)

Elle a pour objectif d'aider et de comprendre le sujet, ainsi qu'elle permet de rester au plusprès de la réalité clinique en restituant le contexte d'apparition de trouble et en prenant encompte différentes dimensions (historique, affective, relationnelle, cognitives...etc.). Elle permet aussi d'élaborer des hypothèses pertinentes et majeures dans la compréhension des troubles, de décrire des phénomènes rares et d'explorer des domaines nouveaux (amp & Chahraoui, 2003).

5. Présentation du lieu de la recherche

Notre travail de recherche a été réalisé au sein de l'association « Espérance tout contre del'autisme ». L'association a été fondée le 25 Décembre 2016. Son local est situé à Akbou. Cette association est divisé en trois salles : salle pour les cas sévères, salle pour les moins sévères et une salle pour les petits moins de quatre ans. Son rôle est de s'occuper des enfants autistes comme elle organise des journées de sensibilisation sur l'autisme afin d'aider les personnes notamment les familles à comprendre qu'est-ce que l'autisme et comment y faire face.

Concernant la période de notre stage afin de réaliser cette recherche, elle s'est déroulée d'une durée d'un 45 jour (du 16 Avril jusqu'au 22 mai 2025, l'équivalent 12 séances, deux séances, pour chaque semaine).

L'association espérance de l'autiste de AKBOU se compose :

- Orthophoniste
- psychologue
- Éducatrice
- Femme de ménage

6. Critères et présentation du groupe de recherche

Notre recherche a été réalisée auprès de cinq mères dont les enfants sont atteints d'un trouble du spectre de l'autisme et reçoivent un soutien à l'Association des Enfants Autistes d'Akbou, située dans la wilaya de Béjaïa.

Nous avons défini notre population d'étude selon les critères suivants.

Les critères d'inclusion

Notre sélection des cas repose sur les critères d'inclusion suivants :

- Être une mère d'un enfant avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA), nous avons choisi cette population, car elle répond à notre question de recherche.
- Avoir un enfant âgé de 5 à 9 ans présentant un TSA. Cette tranche d'âge a été choisie car elle correspond à une période critique du développement de l'enfant, où les défis liés à ce trouble sont souvent plus marqués sur le plan éducatif, comportemental et social.
- Avoir un enfant présentant une forme sévère de TSA. Les enfants atteints de TSA sévère exigent généralement un niveau de soins plus élevé, ce qui est susceptible d'accentuer le stress maternel.
- Exercer une activité professionnelle : Le fait d'avoir une activité professionnelle constitue un facteur supplémentaire de charge mentale et organisationnelle pour les mères d'enfants avec TSA.

Les critères d'exclusion

Les circonstances qui ont mené à l'élimination de certains participants incluent :

- Les pères d'enfants avec TSA parce que l'étude cible spécifiquement l'expérience des mères, en raison de leur implication souvent plus marquée dans les soins.

-Les personnes n'ayant pas donné leur consentement éclairé parce qu'il s'agit d'une exigence éthique fondamentale dans toute recherche scientifique

Les caractéristiques du groupe de recherche

Nous présentons ci-dessous un tableau récapitulatif des caractéristiques de notre groupe d'étude. Dans le respect des principes éthiques et déontologiques de la recherche en psychologie clinique, les prénoms des participants ont été pseudonymes pour garantir la confidentialité des données. Ce tableau synthétise les informations sociodémographiques principales : âge des participants, situation matrimoniale et sexe, âge auquel l'enfant a bénéficié d'une prise en charge.

Tableau N° 5: Tableau récapitulatif des caractéristiques de groupe de recherche

Information de cas	Mme Samira	Mme Malika	Mme Wahiba	Mme Hakima	Mme Safia
L'âge	30ans	45ans	42ans	47ans	40ans
Le niveau d'instruction	4eme années moyenne(BEM)	2eme années moyenne	2eme années lycée	4eme années moyenne (BEM)	3eme années lycée (BAC)
La fonction de la mere	Femme au foyer				
Sexe de L'enfant	Masculin	Masculin	Masculin	Masculin	Masculin
L'age de l'enfant	8ans	6ans	6ans	8ans	7ans
Le type de trouble de l'enfant	Trouble de spectre de l'autisme et trouble de langage	Trouble de spectre de l'autisme et trouble de langage	Trouble de spectre de l'autisme et trouble de langage	Trouble de spectre de l'autisme et trouble de langage	Trouble de spectre de l'autisme et trouble de langage
La sévérité	Autisme sévère	Autisme	Autisme	Autisme	Autisme

du trouble		leger	sévere	sévere	sévere
------------	--	-------	--------	--------	--------

Remarque Les prénoms des personnes présentées ci-dessus ne sont pas leurs vrais prénoms.

D'après ce tableau, nous constatons, que notre groupe d'étude est constitué de cinq cas, dont le même sexe. La tranche d'âge est entre 30 et 45ans. Elles sont toutes des mamans ayant un enfant atteint de trouble de spectre de l'autisme(TSA). Ce tableau résume les données générales inhérentes à ce groupe.

7. Les stratégies de collecte des données

Toute recherche scientifique nécessite l'utilisation d'outils d'investigation validés pour atteindre ses objectifs. Pour effectuer notre étude qui porte sur le stress parental et les soutiens social chez les mères ayant un enfant avec un trouble du spectre autistique, nous avons choisi trois outils d'investigation : l'entretien de recherche semi directifs, l'échelle de stress parental et l'échelle de soutien social perçu.

L'entretien de recherche

L'entretien de recherche est une situation d'échange verbal entre deux ou plusieurs personnes dans le but d'obtenir des informations .l'entretien est la partie clinique qui consiste en une conversation avec le sujet ou des membres de son milieu de vie permettent de persister la santé cédante et l'évaluation de la situation ou de maladie qui a conduit à l'examen, elle donne ainsi des éléments d'observation du comportement qui associe à l'élément de discours et diagnostique et de mettre en place une psychothérapie(M.Piolat, 1998)

Selon Blanchet, 1997 « *l'entretien permet d'étudier les faits dont la parole est le vecteur principale (étude d'actions passées, de savoures sociaux ; des systèmes de valeurs et normes...etc.) Ou encore d'étudier le fait de la parole lui-même (analyse des structures discursives, des phénomènes de persuasion, argumentation, implication) ».* Selon lui « *l'entretien clinique constitue un aspect paradoxal en sciences sociales c'est un outil irrecevable du point de vue de l'idéal scientifique s'avère irremplaçable pour accéder à des connaissances dont l'intérêt scientifique est manifeste.* »(Bènony, 2003) Ce qui fonde la spécialité de l'entretien clinique de recherches c'est le terme « clinique » qui renvoie à :

- Un champ de pratique et l'intervention du psychologue clinicien qui intéressent généralement le domaine des pions.

- Une attitude clinique (centration sur le sujet, compréhension empathique, neutralité bienveillant, respect) qui correspond à la fois à une démarche méthodologique visant une connaissance approfondie de l'individu et une attitude éthique dans l'abord d'un sujet ensouffrance psychologique ((Bénony & Chahraoui, 2003)

Nous distinguons habituellement trois types d'entretien : l'entretien directif, semi directif et non directif. Le choix du type d'entretien dépend de la situation à laquelle le chercheur est confronté avec le sujet (Chahraoui, 2003)

Dans notre étude, nous avons choisi l'entretien de recherche semi-directif afin de permettre de favoriser des discussions détaillées et enrichissantes avec les participants. Cette forme d'interview nous a permis de formuler des questions semi-structurées spécifiques pour chaque facette de notre étude, tout en offrant aux participants la possibilité de s'exprimer librement. Cette méthode nous a procuré des renseignements précis sur le stress maternel chez les mères ayant un enfant avec un trouble de spectre de l'autisme. Par ailleurs, l'approche semi-structurée a facilité le premier contact avec nos participants et a aidé à instaurer une relation de confiance avec eux dès les débuts de la recherche.

L'entretien semi-directif

Selon Chahraoui, l'entretien semi-directif représente un outil privilégié pour accéder à la subjectivité des personnes tout en conservant un cadre d'exploration défini. Donc Le sujet est invité à partager ses réflexions de manière détaillée sur le thème.

Donc le clinicien dispose d'un guide de question préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit. Bien entendu le chercheur pose une question puis laisse le sujet s'exprimer librement mais seulement sur le thème proposé. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé (Amp & Herve, 1999). Il se définit comme « une technique directe d'investigation scientifiques utilisée auprès d'individu pris isolément, mais aussi, dans certains cas, auprès de groupes qui permet de les interroger d'une façon semi-directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de structurer profondément les informations » (Angers, 1997, p.144).

Le guide d'entretien est constitué de plusieurs thèmes que le chercheur souhaite explorer lors de l'échange avec le participant. Ces thèmes sont structurés en fonction des hypothèses de la recherche, tout en étant centrés sur les éléments essentiels permettant de répondre à la problématique initiale. Ainsi, le guide sert à orienter l'entretien tout en restant suffisamment flexible pour approfondir les réponses et s'adapter aux propos du participant. Le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets : généralement soigneusement préparées et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive. Le guide d'entretien comprend des axes thématiques à traiter, le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celle-ci ne sont pas posées de manière directive, il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien (amp & Chahraoui, 1999)

Présentation du guide de l'entretien de recherche semi-directif

Nous avons structuré un guide d'entretien, qui consiste en quatre axes, qui incluent chacun un ensemble de questions qui sont certainement semi-directives en majorité et quelques-unes directives qui visent à retracer l'ensemble des éléments qui répondent aux objectifs de notre recherche. Voir Annexe I).

Maintenant, nous allons présenter le fond de notre guide d'entretien qui consiste en premier : nous avons opéré à la collecte des informations personnelles, pour but d'avoir des renseignements précieux sur les sujets de recherche et de savoir leur situation familiale ainsi que socio-économique de ces derniers.

Les axes sont présentés comme suit :

Axe 1 : Informations sur l'enfant avec TSA et vécu maternel : l'objectif de cet axe vise à déterminer l'âge et le sexe de l'enfant porteur de TSA, ainsi que les complications survenues pendant la grossesse, les moments où le diagnostic a été révélé et les défis qui en découlent, y compris la manière dont elle gère la situation. Et également d'autres facteurs qui nous intéressent pour comprendre l'enfant et l'expérience des mères, influençant ainsi l'aspect psychologique.

Axe 2 : Stress maternel : le but de cet axe est de saisir et d'analyser la réalité quotidienne des mères, leurs défis, tout en décelant les sources de tension et d'épuisement. Cela inclut également le type d'aide qu'elles reçoivent.

Axe 3 : Soutien social : l'objectif de cet axe et de recueillir des informations pour comprendre l'impact d'être une mère ayant un enfant autiste sur le contexte social, leur interactions et leur échanges avec ceux qui l'entourent.

Axe 3 : Projection dans le futur : cet axe nous permet de déterminer si elles envisagent l'avenir de leurs enfants, expriment des préoccupations, des peurs... ou envisagent de changer leur vie ou leur projet à cause du TSA de leur enfant.

Les réponses à ces questions, illustrent les expériences, émotions et réflexions des mères concernant les thèmes abordés. De ce fait, leur communication nous offre un accès à leurs émotions et pensées.

Analyse de l'entretien de recherche

Nous avons opté pour une analyse qualitative, fondée sur une lecture clinique des entretiens réalisés. Cela signifie que les données issues des entretiens ont été interprétées à partir d'une approche théorique adaptée, en l'occurrence l'approche cognitive-comportementale. Nous avons conservé la structure des axes d'analyse, tout en prenant en compte le discours singulier et l'histoire de chaque participante. Cette démarche nous a permis de réaliser une analyse approfondie des récits, en mettant en lumière les pensées, émotions et comportements exprimés, dans une perspective cognitive-comportementale.

Nous avons choisi d'utiliser l'entretien de recherche, plus précisément l'entretien semi-directif, accompagné d'un guide d'entretien. Ce type d'entretien présente l'avantage d'établir un premier contact avec les participantes et de favoriser l'instauration d'une relation de confiance. Il permet également aux mères interrogées de s'exprimer librement sur leur vécu, leur ressenti et les difficultés rencontrées dans le cadre de la prise en charge de leur enfant atteint de TSA, tout en laissant émerger des éléments subjectifs essentiels à la compréhension de leur expérience.

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

Description de l'échelle

La PSS perceived stress scale est un outil qui se base sur l'approche transactionnelle du stress (Lazarus et Folkman, 1984) qui vise à appréhender les mécanismes psycho cognitifs du stress, elle permet d'évaluer la fréquence avec laquelle les

situations de la vie sont généralement perçues comme menaçantes, imprévisibles, incontrôlables et pénibles.

L'échelle de stress perçu a été validée à partir d'un échantillon de 2347 sujets (960 hommes et 1427 femmes) représentatifs de la population américaine au niveau de sexe, l'âge, des revenus, de l'origine ethnique et de statut professionnel.

- Versions existantes

La PSS 14 : qui comprennent 14 items.

La PSS 10 : items 1 à 3, 6 à 11 et 14 de la version 14.

La PSS 4 : items 2,6 ,7et 14 de la version 14.

Afin de faire le lien entre les trois versions de la PSS, la numérotation des items de la version originale est conservé, quelle que soient les versions PSS 10 est la plus recommandée car c'est celle-ci qui présente les qualités psychométriques les plus satisfaisantes ((Cohen et Williamson, 1988), la PSS 4 a été développée pour des cas où la mesure de stress perçu doit être rapide (enquête par téléphone notamment (Langevin .v et al., 2012)

- La consigne

« Répondez à chaque question ou entrant le chiffre qui correspond le mieux à votre situation ».

- Le temps de passation

Administration rapide : environ 5 minutes pour les versions à 14 et 10 items.

- La cotation

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

Jamais : 1 point

Presque jamais : 2 points

Parfois : 3 points

Assez souvent : 4 points

Souvent : 5points

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

Souvent : 1points

Assez souvent : 2points

Parfois : 3points

Presque jamais : 4points

Jamais : 5points

-Interprétations des scores :

Total > 25 : Pas de stress

Total 25 à 49 Stress moyen.

Total <50 : stress élevé ou pathologique

Nous avons choisi d'utiliser l'échelle du stress perçu (Perceived Stress Scale - PSS), développée par Cohen et Williamson (1988), afin d'évaluer la perception subjective du stress chez les participantes. Cette échelle, largement validée dans diverses populations, permet de mesurer la fréquence avec laquelle les individus perçoivent leur vie comme imprévisible, et incontrôlable au cours des dernières semaines.

La PSS est pertinente pour notre étude car elle offre une évaluation fiable et standardisée du niveau général de stress ressenti. Elle est particulièrement adaptée pour evaluer l'expérience émotionnelle des mères d'enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA), en tenant compte de leur vécu subjectif et contextuel. Ce choix méthodologique nous permet de quantifier le stress maternel tout en respectant la singularité de chaque parcours.

L'échelle de soutien social perçu

a. Présentation

Il existe beaucoup d'outils visant à évaluer le soutien social, nous n'en citerons parmi les échelles mesurant le soutien social perçu, la plus utilisée est le SSQ « *social support questionnaire* » de Sarason et al ; (1983) dans sa version longue à vingt-sept items

ou sa version courte à six items SSQ6 (Rasclle, Bruchon-Schweitzer, et sarason, 2005) la version française.

Elles permettent de savoir de quelles personnes un individu s'attend 'il à recevoir de l'aide dans six situations différentes (disponibilité) et quel est le degré de satisfaction associé à ce soutien (de 1, très insatisfait, à 6, très satisfait) ces échelles permettent donc d'obtenir un score pour la disponibilité et un pour la satisfaction.

b. Consigne

Il est demandé au sujet ce qui suit : « *Les questions suivantes concernent les personnes de votre environnement qui vous procurent une aide ou un soutien chaque question est en deux parties : dans le premier temps, énumérez toutes les personnes (à l'exception de vous-même) en qui vous pouvez compter pour une aide ou un soutien dans la situation décrite.*

Donnez les initiales de la personne et le lien que vous avez avec elle (voir exemple). A chaque numéro doit correspondre une seule personne

Dans un second temps, entourez la réponse correspondant à votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu. Si pour une question, vous ne recevez pas de soutien, utilisez le terme « aucune personne » mais évoluez tout de même votre degré de satisfaction .ne citez pas plus de neuf personnes par question. Si vous plait « répondez de votre mieux à toutes les questions ».

c. Cotation

Pour calculer le score de Disponibilité, il faut noter le nombre de personnes sur qui les sujets déclarent pouvoir compter (de 0 à 9) aux items 1, 2, 3, 4, 5 et 6, puis le score total de disponibilité, N (somme de ces nombres) qui varie (de 0 à 54). Un score élevé indique un réseau social perçu comme important.

Pour calculer le score de Satisfaction, il faut noter le degré de satisfaction exprimé par le sujet sur chaque item (de 1, très insatisfait à 6, très satisfait), puis calculer le score total de satisfaction, S (somme de ces scores) qui varie (de 6 à 36). Un score élevé indique un fort degré de satisfaction.

Nous avons choisi d'utiliser l'échelle du soutien social perçu (Social Support Questionnaire – SSQ) car elle constitue un outil reconnu pour évaluer la disponibilité perçue du soutien social, ainsi que la satisfaction associée à ce soutien. Cette échelle, validée dans de nombreux contextes en psychologie sociale et clinique, permet d'obtenir des données à la fois quantitatives (nombre de personnes perçues comme disponibles) et qualitatives (niveau de satisfaction).

Le SSQ est particulièrement adapté à notre population de mères d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA), car il permet de saisir le ressenti subjectif du soutien, un facteur essentiel dans l'expérience du stress parental. Grâce à sa formulation claire et accessible, cette échelle facilite la participation des répondantes.

Le déroulement de la pratique

La pré-enquête

La pré-enquête est une étape préliminaire essentielle avant de faire une recherche. Selon Ghiglione et Matalon dans leur ouvrage "Les enquêtes sociologiques : théories et pratique" (1998), la pré-enquête permet "d'explorer le terrain, de se familiariser avec le milieu étudié, de préciser les objectifs et les hypothèses, et de mettre au point les instruments de collecte des données".

Une phase essentielle de la recherche scientifique est l'étape de pré-enquête. Elle nous offre la chance d'explorer sur le terrain afin de saisir et d'approfondir le sujet d'étude, d'affiner les hypothèses de recherche, et nous permet de développer et d'organiser les outils méthodologiques qui contribuent à approfondir et à perfectionner notre travail de recherche. Et qui seront employés lors de la phase d'enquête proprement dite.

Nous avons rencontré des difficultés lorsque nous avons commencé notre pré-enquête, presque tous les établissements hospitaliers de la wilaya de Bejaia ont refusé d'accepter notre demande, ce qui nous a poussés à changer notre thématique plusieurs fois.

Enfin, l'association espérance d'AKBOU a accepté notre demande et ils ont validé pour faire un stage pratique d'une durée de 45 jours.

Notre pré-enquête a été effectuée après avoir eu l'accord de l'association, puis nous nous sommes présentées à cette association qui se situe à AKBOU, Wilaya de Bejaia, où nous

avons rencontré le personnel pour lui expliquer notre objectif de recherche et la nature de diplôme préparé.

Lors de la première rencontre, nous avons d'abord collecté des renseignements généraux sur l'association concernant ses activités, son équipe de travail et les enfants atteints de trouble du spectre de l'autisme. Nous avons également discuté des règles à suivre, comme le port de la blouse, ainsi que de la disponibilité de la population étudiée. Tout cela nous a été utile en fournissant des informations pertinentes pour l'accomplissement de notre travail.

Par la suite, nous avons eu une discussion avec la psychologue, ce qui nous a permis d'être en contact avec les deux participants ayant un enfant avec un trouble de spectre de l'autisme, et ainsi de poursuivre notre pré-enquête.

Dans un premier temps, nous avons commencé par nous présenter en tant qu'étudiantes en Master 2 de psychologie clinique. Par la suite, nous avons détaillé aux participants le but et les objectifs de notre recherche, ainsi que la méthodologie impliquant des entretiens individuels et l'administration des questionnaires mesurant le stress parental et le soutien social. Il est vrai que nous avons mis l'accent sur notre partenariat visant à assurer la confidentialité et l'anonymat de leurs informations. Une assurance qui a grandement plu aux participants.

À l'issue de notre pré-enquête, nous avons pu raffiner clairement nos questions de recherche et nos hypothèses. Même si nous avons rencontré des difficultés à expliquer les questionnaires aux participants, mais nous avons ensuite réussi à trouver des solutions pour y remédier.

L'enquête

L'enquête se définit comme : « Le terme « enquête » recouvre un ensemble de méthodes d'investigation qui utilisent toutes le mode déclaratif : il consiste à interroger des individus dont les réponses constituent la matière informative qui sera analysée ». (Réthoré, 2023)

Elle consiste à décrire et comprendre les comportements humains dans sa globalité, ainsi que les processus mentaux. (Borst & Cachia, p17- 39). Elle consiste à poser des questions à un vaste échantillon de personnes à propos de leur comportement ou de leurs opinions en utilisant des questionnaires ou des interviews (Bénony & Chahraoui, 2003, pp.131-132).

Notre étude a été réalisée au sein de l'association des autistes. S'est effectuée à partir du 16 Avril jusqu'au 22 mai 2025, deux jours par semaines. Les deux premières séances ont été consacrées à la pré-enquête, qui nous a permis de collecter des informations concernant notre recherche sur le stress parental et le niveau de soutien social perçu.

Les participantes se sont montrées ouvertes, ont donné leur consentement. Nous leurs avons fourni des explications clairement que toutes leurs déclarations resteront confidentielles, et que c'est seulement pour accomplir notre étude. Lors de son déroulement, nous étions assises face aux sujets et nous avons noté leurs propos tout en les laissant parler librement, sans les interrompre dans leur prise de parole. On faisait juste quelques relances pour montrer qu'on écoutait et qu'on était d'accord voir « d'accord », « OK », « Pourquoi » et « comment ».

Avant d'entamer les entretiens, nous avons énoncé la consigne suivante : « Bonjour, je vous remercie d'être présente et de m'accorder votre temps pour répondre à mes questions. Donc je me présente. Je suis étudiante en psychologie clinique et je mène cette entrevue dans le cadre d'un travail de recherche portant sur le stress parental et soutien social chez les mères d'enfant présentant un trouble du spectre en autisme (TSA). Si vous vous sentez prête, je vais commencer à vous poser quelques questions ».

Tout d'abord, nous avons commencé à passer l'entretien dans une salle que la directrice nous a donnée, nous l'avons fait en premier lieu avec Mme Samira, puis Mme Malika. L'entretien a duré 46 minutes avec Mme Samira et 37 minutes avec Mme Malika.

En ce qui concerne les autres cas : Mme Wahiba, Mme Hakima, Mme Safia, La durée de ces entretiens a duré entre 30 minutes 40 selon les cas en langue Kabyle.

Par la suite, au cours de notre deuxième rencontre consacrée aux différents cas, consiste à la passation des deux questionnaires PSS et SSQ en même temps, en suivant les consignes suivantes :

La consigne de PSS : « Répondez à chaque question ou entrant le chiffre qui correspond le mieux à votre situation ».

La consigne de SSQ : « Les questions suivantes concernent les personnes de votre environnement qui vous procurent une aide ou un soutien chaque question est en deux parties :

Dans le premier temps, énumérez toutes les personnes (à l'exception de vous-même) en qui vous pouvez compter pour une aide ou un soutien dans la situation décrite. Donnez les initiales de la personne et le lien que vous avez avec elle (voir exemple). A chaque numéro doit correspondre une seule personne.

Dans un second temps, entourez la réponse correspondant à votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu. Si pour une question, vous ne recevez pas de soutien, utilisez le terme « aucune personne » mais évoluez tout de même votre degré de satisfaction .ne citez pas plus de neuf personnes par question. Si vous plait « répondez de votre mieux à toutes les questions ».

La passation de l'entretien et les deux questionnaires PSS et le SSQ se sont déroulés en langue Kabyle pour tous les cas. Cependant, pour mieux exprimer l'ensemble de leur émotion ainsi que leur ressentis.

Pour conclure, nous avons exprimé notre profonde gratitude envers les participants pour leur temps précieux et les données partagées lors de cette étude.

Puis, Toutes les informations générées par ces deux outils méthodologiques sont traitées selon un processus rigoureux d'analyse, d'interprétation et de délibération.

1. Attitude de chercheur

L'attitude du psychologue clinicien repose sur trois piliers essentiels : la disponibilité (présence attentive), la neutralité bienveillante (absence de jugement sans être indifférent), et l'empathie (comprendre le vécu du patient sans confusion identitaire). Encadrée par l'éthique et la déontologie, cette posture permet d'établir un cadre contenant où le psychologue non seulement écoute mais facilite activement l'expression et recueille des informations. La qualité de la relation thérapeutique dépend tant de cette posture que des compétences techniques et de l'engagement éthique du praticien (Tourrette, 2014, pp.20-21).

Dans notre démarche méthodologique, nous avons privilégié une attitude de neutralité bienveillante envers les participants. Sans chercher à influencer leurs réponses, notre posture s'est caractérisée par une écoute active et respectueuse. Nos interventions se sont limitées à des relances minimales ("oui", "d'accord", "ok") et des demandes d'éclaircissement ("pouvez-vous mieux nous expliquer") pour approfondir les propos recueillis. Nous avons accordé une attention particulière aux silences, les considérants

comme des moments significatifs du processus d'expression. Cette approche non-directive nous a permis d'obtenir un matériel riche et authentique pour notre recherche.

Notre démarche s'est fondée sur une position clinique alliant concentration sur le sujet, non-directivité, neutralité bienveillante et empathie, créant ainsi les conditions optimales pour l'expression authentique des participants.

2. Difficultés rencontré

Divers défis ont jalonné notre processus de recherche, sans toutefois entraver la réalisation de ce travail :

- ✓ La période limitée consacrée au stage a réduit notre capacité d'ajustement.
- ✓ La rigueur des critères d'inclusion, qui a conduit à l'exclusion de certaines mères ne répondant pas aux exigences spécifiques de l'étude.
- ✓ Les refus d'accès à certains établissements ou structures.
- ✓ L'indisponibilité de certaines participantes, qui n'ont pas pu répondre à nos sollicitations dans les délais impartis.

Chapitre V

Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule

Après avoir présenté le cadre théorique et la méthodologie de notre recherche, cette partie est consacrée à la présentation, l'analyse et l'interprétation des résultats recueillis. Nous analyserons les données issues des entretiens de recherche ainsi que des deux échelles d'évaluation utilisées : l'échelle du stress parental et celle du soutien social perçu, auprès des mères d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA).

L'objectif est de vérifier les hypothèses de départ à travers une étude approfondie des réponses, tout en mettant en lumière les tendances générales observées, les particularités individuelles, ainsi que les liens possibles entre le stress maternel et le niveau de soutien social perçu. Cette analyse nous permettra de mieux comprendre la réalité psychosociale de ces mères, en lien avec les défis qu'elles rencontrent au quotidien.

1. Prestation et analyse des résultats

Le cas 01 de Mme « Samira »

A. Présentation et analyse de l'entretien semi-directif

Samira, mères veuve, âgée de 30 ans, vit à AKBOU. D'un niveau d'instruction de 4eme année moyenne (BEM). Une mère de 3 enfants. Elle est femme au foyer, issu d'une fratrie de 6 enfants. Mme Samira est d'une situation socio-économique moyenne.

Lors de notre échange avec Mme Samira, nous avons observé qu'elle s'est bien présentée d'une manière bienveillante. Notre discussion a été marquée d'une manière confiante et surtout d'échange. Dans le premier rencontre elle était souriante, de bonne humeur, prête à répondre à toute question sans hésitation ou complication.

Axe I : Informations sur l'enfant avec TSA et vécu maternel

Salas est un garçon autiste de 8 ans, Le premier enfant dans sa fratrie, il a reçu son diagnostic à l'âge de 2ans, avec une pédopsychiatrie de BOUIRA et ALGER et plusieurs consultations avec d'autre spécialiste. Avant, Ses parents n'ont pas remarqué qu'il est atteint de ce trouble à sa naissance comme tous les enfants normaux. Mais après presque à l'âge de 2 ans la maman a commencé à remarqué que son enfant présente des signes anormaux (des comportements répétitifs, une altération de langage...etc.). Delà Mme Samira a commencé à chercher pour faire des consultations avec des spécialistes pour

comprendre sa situation, il a pris en charge à l'âge de 2ans dans une association d'enfant autiste avec des psychologues, éducatrice, et l'orthophoniste.

Durant sa grossesse, Mme Samira affirme qu'elle n'a rencontré aucune complication, et elle n'a suivi aucun traitement médical. Elle déclare que le diagnostic de son fils a été posé pour la première fois à l'âge de 2ans, par une pédopsychiatrie de BOUIRA chez Mr. ABADI, Mais à cause de la négligence de son ex-mari et manque de sa responsabilité envers son fils qui n'a pas accepté autant qu'enfant autiste il arrête assez souvent les consultations, Elle a été contrainte de changer plusieurs fois d'autre spécialiste. Elle avance aussi qu'elle lui a fait des radios, L'IRM. Etc. D'un côté elle nous a déclarés que l'annonce de diagnostic de Salas était un choc pour elle, « *je ne m'attendais pas les résultats ni... j'étais au bout de ma vie* » *Elle n'a pas accepté « il a commencé à parler, il rien comme un enfant normal jusqu'à l'âge de 18 mois, il a bloqué, Amek igeulla,, Amek igqal* » ce n'est pas facile d'accepter que son enfant soit différent par rapport aux autres enfants normal. Mme Samira rajoute que depuis l'annonce de diagnostic de son enfant elle s'inquiète comment son avenir va être, comment elle doit se comporter avec lui, le traiter, comprendre ces besoins, elle était indécise concernant son affaire malgré elle trouve aucun soutien de la part de son ex-mari. Elle clame que Salas se comporte mal, bouge trop, il crie tout le temps, il frappe, il refuse de manger de la nourriture sauf les sucrés, il est incapable d'exprimer certain besoin, il ne joue pas avec les autres, il casse tout ce qu'il trouve devant lui. Elle déclare aussi « *yiwen wavrid, ghef 6 :30 h nasvah ithidarigh d la dalle irawliyi* » « *une fois a 6 ; 30h de matin je l'ai trouvé sur le toit de la maison* ». .

Donc nous avons demandé à Mme Samira de nous raconter des difficultés dans son quotidien avec son enfant, concernant faire ces tâches à la maison, faire des formations, elle balance : « *la dernière fois ruha ad3adla les papiers g la mairie, ishavliyi,, ita3yidh, ikathiyid, meme irawliyi ourazrigh ansi gyekka imi iythidira yiwen wargazé* » « *La dernière fois je me suis aller pour faire des papiers dans la mairie, il m'a pas laissé tranquille, il crie, il me frappe, meme il a couru vers la route* ». .

Elle trouve des difficultés de se déplacer avec lui dans des endroits comme des fêtes, dans les rencontres familiales...etc. même les moyens de transport. A chaque fois qu'elle fait une chose elle se sent déranger, mal à l'aise à cause de comportement de son enfant. Mme Samira observe que ya un peu de changement depuis la prise en charge a ce

jour, elle assure qu'il a commencé à exprimer ce qu'il voulait, il essaye de parler, il ne crie pas tout le temps.

Mme Samira rajoute que son fils ainé âgé de 4ans, souffre d'un trouble de langage, mais c'est un enfant intelligent, il comprend, par contre la benjamine des trois enfants, est une fille normale, intelligente.

Axe II : stress maternel

Mme Samira est devenue parent à l'âge de 20ans, elle affirme qu'elle a vécu des moments difficiles mais aussi des moments de bonheur et de fierté. Des moments qui a apprécié sa parentalité, d'avoir un enfant. A.M a dit : « *j'ai des enfants, c'est déjà une grand-chose pour moi, hamdollah mashi ti3iqarth* » « *femme stérile* ». Et aussi de voir son enfant se développe, un câlin inattendu, il essaye d'exprime, c'est déjà des bons moments pour elle, d'un coté elle aurait aimé avoir un enfant normal. Elle nous a dit : « *au moment de consultations, j'aurais aimé d'entendre que c'est un enfant normal, ce n'est pas un enfant autiste, mais à la fin ils ont fait une carte qu'officiellement c'est un enfant autiste* ». Elle dit aussi depuis qu'elle a perdu son ex-mari, elle se sentait dépassée, stressée, et déborder, sa vie à changer a 100%, toutes les responsabilitéselle le fait seul, elle joue le rôle du père et mère a la fois, tout les taches (courses, ménage, garde de l'enfant), perdre son conjoint est un choc. Donc elle gère ces affaires avec des programmes, le soir elle fait ces plats pour le lendemain, Sans ce dernier, elle se sent perturbé.

On a demandé à Mme Samira de nous décrire sa relation actuelle avec son enfant elle affirme que d'après son comportements elle se sent pas attacher a lui, il ya toujours un grand vide entre eux, puisque elle sent qu'il l'inquiète a tout moment, elle nous a déclare aussi qu'il ya des moments dans la journée elle lui parle pas, le regarde pas, elle le laisse a coté, et elle fait ses taches, sans qu'elle le traite, surtout qu'il est hyper actif elle avance : « *quand je rentre a la maison, je fait mes taches, cuisiner, je lave la vaisselle, vêtements, j'aurais pas du temps pour lui, il court seulement....* ».

Elle assure qu'elle voulait avoir une voiture comme une source d'aide pour réduire son stress de parent, ce qu'elle lui aide de se déplacer avec lui tranquillement, sans problème, et qu'elle voulait faire des formations pour s'améliorer et au même temps pour surmonter la morale. Aussi elle maintient qu'elle met des écouteurs et écoutez de la musique, et marcher pendant des heures, c'est un avantage pour réduire son stress parental.

Axe IV : Soutien social

Quant au soutien social, en parlons dela réaction de ses proches lorsqu'elle a annoncé la maladie de son enfant, elle disait « *A propos de ma famille, ils n'ont pas cru au début, ils me disent que ce n'est pas vrai, ce n'est pas logique, il n'existe pas l'autisme* » et quant elle a annoncé aussi qu'il lui faut un diagnostique, ils disent que c'est une perte de temps, que-ce qu'il vas lui faire l'orthophoniste, alors qu'il parle pas, n'exprime pas, c'est n'importe quoi elle déclare : « *qarniyid makanch manha, achu ara syakhdham l'orthophoniste, pour rien, Aqcic ur-ihadrara, iruh zaysent, idarwech, ajith gaxxam, ouyidaqarnara acu idowi asnakhdam negh aydafkad afud, negh athnawi, athidnar, truzun-iyi, ulac galjiha-nsen* », « *il me dit que n'existe pas, il vas lui faire quoi l'orthophoniste, pour rien, il parle pas, il est fou, laisse le dans la maison, perssone ne me fait de courage pour lui aider, quelq'un me donne de la force* ». Ils ont pas apporter du soutien ni dans le coté psychologique ni dans la gestion de son enfant, même dans des rencontre familiaux elle affirme qu'elle se sent toujours étrangère avec sa famille, quant elle rend visite chez ses parents ils font des exigences sur son enfant, ils crient sur lui, il a pas le droit de toucher quelque chose, en gros ils font la loin sur eux. Elle nous a dit : « *plusieurs fois asma adruha ay3adlan lahwayej, adafgha adaqla ar uxxam-iw urazrin ara, achhal swaya3 belli adremarkin ulac-iyi* » « *plusieurs fois quand je parte, je rentre chez moi personne ne remarque* ». Elle révèle aussi qu'elle n'a pas reçu le soutien de la part de son conjoint comme eux, il me disait : « *vous voulez juste sortir, aucune responsabilité de sa part, même si je voulais faire quelque chose il ne me laisse pas, il me fait souvent des problèmes* ». Elle assure que même avant la maladie de leur enfant ils ont déjà des problèmes dans leur relation, après la maladie de son fils, il ya un impacte plus qu'avant sur leur relation surtout dans la prise en charge à cause du déplacement, beaucoup de consultation chez des spécialistes, rendez-vous, il ne voulait pas soigner son enfant, aucune responsabilité envers lui. Ce qui a causé le stress et la fatigue, l'ignorance care l'enfant autiste prend toute l'attention, réduisant les moments d'intimité et de complicité. Comme nous avons déjà mentionné qu'elle n'a pas eu du soutien de la part de sa famille mais par contre elle l'a obtenu de la part de son entourage plus précisément ses voisins. une solidarité exceptionnelle, Ils l'aident dans beaucoup de choses que ce soit coté financière, a subvenir a ses besoins, ses nécessités, qu'ils partagent avec elle ce qu'ils peuvent avec bienveillance, elle affirme aussi que les habitants de la rue se relaient pour offrir leur aide, que ce soit en gardant l'enfant quelques heures pour lui permettre de faire ses taches, ya

aussi une voisine a elle qui l'écoute attentivement sans jugement quant elle est dans le besoins, elle rajoute aussi lui ont propose des services gratuits comme le transport aux rendez-vous ou chez médecin quant elle tombe malade...etc . En cas de problème elle s'oriente directement chez sa voisine sans hésitation.

Mme Samira révèle qu'ils effectuaient ensemble le contrôle de leur enfant, même le jour de l'annonce du diagnostic, mais après sa mort, elle est souvent seul à accompagner son enfant à l'association, elle nous a informé qu'elle est besoin d'automobile comme nous avons déjà mentionné comme ressources pour accomplire ses tâches quotidienne. Par contre elle n'a pas accès à aucune ressource ou des groupes de soutien pour les parents d'enfant avec TSA.

Axe V : Projection dans le futur

Nous avons révélé que Mme Samira a des visions en ce qui concerne son avenir et celui de son enfant. Elle voulait voyager à l'étranger pour subvenir aux besoins de son enfant, en raison de l'indisponibilité des moyens en Algérie qui aide dans le développement de leur enfant que ce soit financière, psychologiques, ou social. Pour offrir à leur enfant des thérapies innovantes, un meilleur accompagnement ou un environnement plus adapté. En gros pour avoir plus d'opportunité. Elle nous a dit : « *ici les enfants autistes les traitent avec mépris, Ils ne leur accordaient aucune importance, aucune valeur et ne sont pas bien pris en charge par rapport aux autre pays* ».

Elle confirme Mme Samira qu'elle a effectivement des inquiétudes concernant le développement de son enfant avant le diagnostic c'est qu'elle est peur de ne pas se développer, d'exprimer ses besoins, et même de parler un jour, comment il va gérer ses crises à l'adolescence, de se déplacer seul, ou peut être sera une victime de préjugés...Etc.

En ce qui concerne ses projets de vie ou professionnels elle est relier à l'avenir de son enfant si elle est trouvée des moyens pour vivre à l'étranger, elle voulait changer sa vie, faire des formations comme coiffeuse ou éducatrice. Elle voulait donner un sens pour son avenir.

Synthèse de l'entretien

L'autisme de l'enfant paraît avoir un impact émotionnel profond sur la mère de Salas. Comme c'était une situation choquante et traumatisante pour elle, par ce qu'elle ne s'attendait pas que son enfant aille être un enfant autiste. Elle ne connaît rien sur ce trouble

semblent nouvelle pour elle. Ce qui a surgi un choc pour elle. Malgré elle battre seul sur son enfant car sa relation avec son ex-mari est contradictoire et après le découvert de ce trouble, cela a un impact plus négatif sur leur relation. Mais elle eu du courage après la mort de son ex-mari de prendre la responsabilité et de prendre en charge ses trois enfants, qui a effectivement un effet négatif sur sa vie professionnel et émotionnel, elle a consacré tout son temps pour ses trois enfants, plus particulièrement son enfant autiste.

En ce qui concerne le soutien qu'elle reçoit du côté familiale est défavorables, elle na eu aucun encouragement de leur part que ce soit psychologiquement ou financièrement que ce soit pour elle ou pour son enfant. Les seuls qui l'ont soutenu ce sont leur voisin et son entourage financièrement et psychiquement. Ça l'a aidé de se sentir de son état bouleverser et réduire son stress.

Avec la maladie de son enfant, elle a surmonté le choc, mais elle na pas pu dépasser la situation en raison de l'insuffisance de moyens nécessaire pour aider l'enfant à développer, ce qui a poussé la maman à souhaiter d'aller loin ou y'avait des ressources ou des soins spécifiques et des espace calme et sécurisé pour éviter les surcharges pour son enfant et elle même...Etc.

A. Les données du questionnaire du stress perçu "PSS"

Tableau N° 6: Résultat de questionnaire de Mme "Samira"

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

Chapitre V : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

importants qui survenaient dans votre vie ?					
6. vous êtes-vous senti(e) confiant(e) apprendre en main vos Problèmes personnels?			3		
5. avez-vous senti quelques choses Allaient comme vous le vouliez?	5				
6. avez-vous pensé que vous ne pourriez pas assimiler toutes les choses Que vous deviez faire?					5
9. avez-vous été capable de maîtriser Votre énervement?		4			
10. avez-vous senti que vous dominez la situation?				2	
11. vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que les événements échappaient à votre contrôle ?					5
12. vous êtes-vous surpris(e) à penser à des choses que vous deviez mener à bien ?			3		
13. avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passez votre temps?	5				
14. avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler?		2			
TOTAL				53	

Mme Samira a répondu à 14 items du questionnaire du stress perçu "PSS"

Le résultat

Items : 1.2.3.8.11.12.14 = 28

Items : 4.5.6.7.9.10.13 = 25

Mme Samira a un score de 53. Donc d'une manière générale, on constate que le niveau du stress perçu chez Mme Samira est moyen. Cela on peut le confirmer par Item 1 : « déranger par un événement ». Ce qui signifie qu'il a un impact sur sa situation. Item 2 : « difficiles de contrôler les choses ». Comme elle se sent à tout moment bouleverser dans l'item3 : « sentie nerveuse et stressée ». Item 8 : « ne pouviez pas assumer les choses ». Item 11 : « sentie irritée ». Item12 : « surprises à penser par des choses ». Item 14 : « difficultés s'accumulaient ». Cela veut dire que ces items sont les plus qui provoque du stress.

En revanche, Elle trouve que son stress est moins dans ces items 4 : « affronter avec succès les petits problèmes ». Item 5 : « faisiez face efficacement aux changements ». Item6 : « sentie confiante ». Item 7 : « sentie les choses allaient comme vous le vouliez ». Item 9 : « capables de maîtriser votre événement ».

Mme Samira affirme qu'elle est capable de gérer la situation malgré les difficultés qu'elle rencontre selon l'item suivant : « dominez la situation ». Et aussi même capable de Démontré une aptitude à structurer ses journées efficacementl'item 13 : « capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ».

En fin. D'après la cotation et les résultats, on constate que le score obtenu est de 48, ce qui signifie la présence de stress perçu.

Synthèse de l'échelle de stress perçu "PSS"

Mme Samiraévalué sa vie comme stressante surtout qu'elle est maman d'un enfant autiste, son score 53 indique que son stress est moyen, Samira déclare que : « Depuis *le décès de mon ex-mari, je me sens entourer dans tout les cotes, je me sens bouleverser, perdu a cause de son enfant autiste* ».

Nous avons observé que le trouble de son enfant affecte négativement sa vie quotidienne, ses déplacements, ses affaires...Etc. elle dit : « *des fois je n'arrive pas a régler certain chose dehors quant je ne trouve pas qui va s'occuper de lui, ce qui me pousse des fois d'annuler certain chose* ».

Malgré l'aide de certaine personne dans sa vie quotidienne mais le stress est toujours présent, ce qui résulte le score de 53 d'un stress globalement moyen.

B. Analyse de l'échelle de soutien social perçu

	1	2	3	4	5	6	Total	Total%
Disponibilité	2	1	7	2	1	2	15	27,77 %
Satisfaction	1	5	5	5	1	6	23	63,89%

Tableau N° 7: Les résultats de l'échelle de SSQ6 de Mme Samira

D'après l'analyse des résultats obtenus dans l'échelle, avance un niveau bas de perception d'un entourage peu disponible pour offrir du soutien, avec un score de 15/54 (avec un pourcentage de 27,77%). En revanche les données montrent un niveau élevé de satisfaction par rapport au soutien perçu, avec un résultat de 23/36 (avec un pourcentage de 63,89%).

Synthèse de l'échelle SSQ

D'après les données obtenues dans l'échelle, montrent que Mme Samira perçoit un soutien social faible de la part de son entourage, mais elle est satisfaite de l'aide qu'elle reçoit.

Synthèse du cas

Mme Samira souffre parfois de sa situation car elle ne reçoit pas de l'aide par sa famille, et elle se sent dépassée surtout lors de la mort de son conjoint, du coup, elle continue de combattre les difficultés de la vie qu'elle rencontre. Et son stress perçu est d'un niveau moyen (PSS), même si elle perçoit de l'aide de la part de son entourage mais elle est satisfaite du soutien qu'elle reçoit.

1.2. Le cas 02 de Mme « Malika »

A. Présentation et analyse de l'entretien semi-directif

Malika, mères marie, âgée de 45 ans, vit à SIDI AISH. D'un niveau d'instruction de 2eme année moyenne. Une mère de 3 enfants. Elle est femme au foyer, issu d'une fratrie de 5 enfants. Malika est d'une situation socio-économique moyenne.

Au cours de cet entretien Malika s'est montrée calme, bienveillante, et souriante.

Axe I : Informations sur l'enfant avec TSA et vécu maternel

Abderrahime est un garçon de 6ans, il est né avec son jumeaux Abderrahmane, le premier enfant dans sa fratrie, il été scolarisé (préscolaire). Il a reçu son diagnostique a l'âge de 4ans, chez un spécialiste a AKBOU. Et faire des consultations avec d'autre spécialiste. Au début abderrahime est un enfant normal pour ces parents, il rencontre aucun problème, mais au fil du temps sa mère a remarqué qu'il a un retard par rapport a son jumeau, il s'isole un peu, il prononce aucun mot a son âge, Il est même hyperactif. Même ces proches ont remarqué qu'il est différent par rapport aux d'autre enfant normal. Du coup, ils ont commencé à faire des recherches sur son cas, puisqu'elle évoque qu'ils ont aucune information par rapport a son état, Donc ils ont fait des consultations chez un orthophoniste par rapport a son langage, et delà il déclare que c'est un enfant autiste, ils ont posé un diagnostique a l'âge de 4ans.

Mme Malika déclare que durant sa grossesse elle n'a rencontré aucune complication, et elle n'a suivi aucun traitement, Elle affirme que le jour ou ils ont annoncé le diagnostique de son enfant elle été dans un état de choc émotionnel intense. Elle a refusé d'accepter au début la vérité, elle dit : « *nighas ce n'est pas possible, il est juste un peu en retard, y'a des enfants s3an retard mais après hlan* » « *je lui dit impossible,* » Elle demande a son mari de lui faire Rokya, Elle exprime encore qu'elle est tombée dans une dépression profonde, Elle s'inquiète de ne pas se développer dans l'avenir, Mais après elle a pris conscience de la situation, et que dieu l'a voulu ainsi, elle doit l'accepter tel qu'il est et l'accueillir avec amour.

Mme Malika décrit qu'abderrahime est un enfant calme, il se comporte normal, il n'est pas agressif, elle rencontre aucune difficulté avec lui, Même dans les taches quotidiennes, il est très attaché à son jumeau, les premiers jours ou il a commencé à faire ses consultations dans l'association, il a trouvé des difficultés d'adaptation a cause de sa séparation avec son jumeau, Puis il s'est habitué. Abderrahime juste il est hyper actif, enfant intelligent, s'il veut quelque chose, il doit l'avoir.

Abderrahim bénéfice d'une prise en charge depuis 2ans, dans l'association des autistes, sa mère affirme qu'elle n'a observé aucun changement depuis la mise de cette prise en charge, Et elle avance qu'elle n'a pas d'autre enfant autiste, et aussi elle ne trouve pas beaucoup de difficultés dans l'éducation ou la gestion des comportements de son enfant.

Axe II : stress maternel

Mme Malika est devenue maman depuis 2017. Pour Elle, la parentalité c'est quelque chose de bien, sentiment de fierté et de joie, et au même temps c'est une responsabilité, de prendre soin d'un enfant, le protéger, et subvenir à ses besoins et l'accompagner dans son développement. Elle apprécier beaucoup plus durant la naissance de son enfant, premier regard, touché, son sourire...Etc. par contre y'avait des situations où elle se sent dépassée quand ils ont annoncé l'état de son enfant, elle se senti bouleverser, stressé.

Elle décrit sa relation avec son enfant qu'il est très attaché à elle : « *ougazmir arak ayifaraq, meme adqima aka adiroh adigan ghori* » « *il peu pas sans moi* » Elle affirme aussi quand elle le voit, même si c'est un enfant autiste elle remercier dieu d'être une maman : « *ifkayithid rebbi dayen igeullan* » « *dieu me l'a donné* ».

Pour Mme Malika, Elle rencontre certain défis lors de la communication avec lui, Elle trouve des difficultés de comprendre les besoins de son enfant elle nous a dit : « *des fois adivgho kra oufahmagh ara achu diquer, ithatro apres* » « *des fois il demande quelque chose je le comprend pas, il pleure* » et aussi elle rajoute lorsqu'il l'accompagne au magasin elle trouve des difficultés de le garder puisque il aime tout ce qui est sucré : « *anakcham ar thhanuts ilaq ayen igazra is3a skur am chocolat, jus, kawkaw, ilaq athandidem ak ikhadma lhala* » « *je rentre aux magasin, il veut tout prendre, il aime tout ce qui sucré* » il prend tout ce qui voit, il insiste beaucoup.

Elle affirme, Ce qui l'aide et utiles pour réduire son stress c'est d'avoir la disponibilité de l'aider que ce soit matérielle pour une prise en charge efficace ou professionnelle (des spécialistes expérimentés pour l'aider à parler et développer).

Axe IV : Soutien social

L'or de l'annonce de la maladie d'Abderrahime, les réactions de ses proches sont choquées, inattendu, ils ont cherché à comprendre la cause de cette maladie puisqu'elle est nouvelle pour eux. Sa famille élargie a beaucoup apporté de l'aide pour eux que ce soit coté financière ou psychologique, et même dans la gestion d'Abderrahime, Ils le prennent pour joue, Ils lui achètent tout ce qu'il aime, En gros ils le traitent avec amour.

Elle déclare aussi que son conjoint n'a jamais été irresponsable, que ce soit envers elle ou son enfant, il le soutien beaucoup, surtout dans la gestion du quotidien et besoins spécifiques de leur enfant. Elle dit : « *toujours tafaghth gher thamaw, netta iydikhadman courage iqarad rebbi ighthidifkan* » « *je le trouve toujours a mes coté, il me donne du courage* » leur relation de couple n'a jamais été impactée par la prise en charge de leur enfant au contraire il le donne souvent du courage pour avancer, pour aider leur enfant à se développer.

Mme Malika confirme qu'elle bénéficie du type de soutien familial beaucoup plus, elle reçoit beaucoup d'encouragement, et d'aide, que ce soit par ces proches ou ces voisins...elle ressent toujours entourer de son entourage (ami, voisin, famille). Elle nous a dit : « *mes parents, ljiraniw akith ouyjanara ayathma meme ayathmas bargaziw saqsayand, surtout asmi 3alman ussan imanza hamdollah ganachta* » « *mes parents, mes voisins ils m'ont donné du courage, ils m'ont offert tout* ».

Elle annonce qu'en cas de problème ou danger elle s'oriente directement vers son mari ou sa famille, et elle affirme que ce n'est pas elle qui accompagne son enfant à l'association mais souvent avec son père en raison de la distance où elle située.

Comme elle avait déjà annoncé qu'elle est vraiment besoins de ressources dans le coter professionnelles pour le développement de son enfant et subvenir ses besoins. Elle confirme encore qu'elle n'avait aucun accès à des ressources ou des groupes de soutien pour les parents d'enfant avec TSA.

Et vers la fin elle nous a informées qu'elle été accompagnier avec son mari lors de l'annonce du diagnostic de lors enfant.

Axe V : Projection dans le futur

Mme Malika souhaite que son enfant se développe, au mois d'exprimer ce qu'il veut, avoir des ressources plus fiables et efficace, et la disponibilité des prise en charge totale et des spécialiste plus expérimenté, pour aider son enfants, avoir des changement positive.Et la disponibilité des transports pour le déplacement, et des écoles pour la scolarisation : « *au fond asma azra les autistes g l'étranger amek isankhadmen mashi kif kif, s3an les moyens, managh lokan alofan arebbi adhyili garassen adihlo* » « *quand je vous comment ils traitent les enfants autistes a l'étranger ce n'est pas pareil, ils ont les moyens* ».

Mme Malika elle était inquiète sur le développement de son enfant avant le diagnostique, dans le coté de langage, qu'il n'exprime pas ce qu'il veut, surtout au moment où son jumeau parle couramment : « *abderrahmane ihdar bien ougas3ara probleme, mais wayi iqalqiyi mlil flahdor, inghayi okhamam* » « *j'ai aucun probleme avec abderrahmane il parle bien, mais celui la il m'a causé beaucoup d'inquiétude je pense trop* ».

A propos de sa vie professionnelles, Mme Malika affirme que c'est évidement qu'elle pouvait changer carrément sa vie s'il ya des moyens qui demande des modifications pour l'avenir de son enfant en raison du TSA, d'une manière ou elle pouvait vivre dans un autre pays ou y'avait ce qu'elle cherche : « *biensur mayla oufigh anda adyaf imanis, atheveloper, anda lan les moyens adhruha l'essentiel aydiqel daqcic normal* » « *biensur si je trouve ou ya des moyens, se developpe, l'essentiel c'est qu'il guérisse* » Elle est prête à faire tout pour son enfant.

Concernant les craintes qu'elle avait sur l'avenir de son enfant, effectivement qu'elle est peur de ne pas évoluer, ou de ne pas communiquer verbalement, et comment affronter la vie et les gens.

Synthèse de l'entretien

L'apparition de l'autisme chez abderrahime est un choc pour sa mère, puisqu'elle ne s'attendait pas l'annonce d'une telle situation, au début elle était bouleversée, rentrer dans un état dépressif mais après elle a pris conscience que c'est la création de dieu, Elle doit l'accepter tel qui est. Heureusement qu'elle a reçu un soutien positif de la part de son conjoint.

En ce qui concerne le soutien de son entourage et familial elle est bien entourée d'une manière positive, elle reçoit beaucoup de soutien de la part de ses proches, voisins, que ce soit émotionnel et financière pour elle et pour son enfant.

A propos de l'avenir de son enfant elle s'inquiète beaucoup pour son avenir, de ne pas se développer, et de se comporter comme un enfant normal, à cause de l'insuffisance des capacités et des moyens possibles pour évaluer.

B. Les données du questionnaire du stress perçu "PSS"

Tableau N° 8: Résultat de questionnaire de Mme "Malika"

Au cours du dernier mois, combine de fois...	jamais	Presque Jamais	Parfois	Assez Souvent	Souvent
1.avez-vousétédérangé(e)parun Évènementinattendu?			3		
2.vousa-t-ilsemblédifficilede contrôlerleschosesimportantesde Votrevie ?			3		
3.vousêtes-voussenti(e)nerveux(se) oustressé(e) ?			3		
4.avez-vous affronté avec success les Petitsproblèmesetennuisquotidiens?				2	
5.avez-voussentiquevousfaisiez faceefficacementauxchangements importants qui survenaientdansvotre vie ?			3		
6. vous êtes-vous senti(e) confiante(e) apprendreenmainvos Problems personnels?					1
7.avez-vous senti que les choses Allaient comme vous le vouliez?			3		
8.avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutesleschooses Quevousdeviezfaire?			3		
9.avez-vousétécapabledemaitriser Votre énervement?				2	
10.avez-voussentiquevousdominez la situation?					1
11. vous êtes- voussenti(e)irrité(e)parce que les événements échappaient à votre contrôle ?			3		
12.vousêtes-voussurpris(e)àpenser à des choses quevousdeviezmener à bien ?			3		
13.avez-vousétécapabledecontrôler la façon dont vouspassiezvotre temps?					1
14. avez-voustrouvéque les difficultéss'accumulaient à un tel pointquevousnepouviezlescontrôler ?				3	

TOTAL	34
-------	----

Mme Malika a répondu à 14 items du questionnaire du stress perçu "PSS"

Le résultat

Items : 1.2.3.8.11.12.14 = 21

Items : 4.5.6.7.9.10.13 = 13

Pour l'item portant sur le stress parental d'une manière générale, Mme Malika confirme dans les 14 questions que son niveau de stress est moyen avec un score de 34. Ce qui signifié que elle vit une situation un peu stressante.

Nous pouvons le prouver dans les items suivant : item 1 : « déranger par un événement », item 2 : « difficile de contrôler », item 3 : « sentie nerveuse et stressé », item 8 : « assumer toutes les choses », item 12 : « surprise à penser à des choses », item 14 : « les difficultés s'accumulaient ».

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

Synthèse de l'échelle de stress perçu "PSS"

Mme Malika a répondu au questionnaire de stress (PSS), pour évaluer son état dans sa vie quotidienne. Donc elle constate qu'elle est un peu stressante, ce qui a donné un score de 34, et ce qui signifie qu'un stress moyens. Elle estime qu'autant maman d'un enfant autiste, ne veut pas dire que cela entrave sa vie, malgré quelque difficulté qu'elle rencontre dans certain chose, comme l'indisponibilité des moyens pour que son enfant se développe. Mais elle souhaite que sa vie soit meilleure si son enfant remet de sa maladie. En gros, le trouble d'abderrahime a manifesté certain difficulté, maladie psychologique à sa mère, et des inquiétudes concernant sa future vie.

C. Analyse de l'échelle de soutien social perçu

	1	2	3	4	5	6	Total	Total%
Disponibilité	1	3	2	1	1	3	11	20,37%
Satisfaction	5	6	6	1	6	5	29	53,71%

Tableau N° 9: Les résultats de l'échelle de SSQ6 de : Mme Malika

Ce qui concerne l'analyse des résultats de l'échelle, on ne constate qu'un niveau élevé de la disponibilité de perception d'un entourage, qui peut offrir du soutien social, avec un score de 11/54 (avec un pourcentage de 20,37%). Cependant les données obtenues pour la satisfaction montrent notamment un niveau élevé par rapport au soutien, avec un score de 29/36 (avec un pourcentage de 53,71%).

Synthèse de l'échelle SSQ

D'après les résultats obtenus dans l'échelle de soutien social perçu, Mme Malikamontrent la disponibilité des personnes qui donne du soutienet aussi elle perçoit un soutien social satisfaisant de la part de son entourage.

Synthèse du cas

Malgré la situation qu'elle vit Mme Malika, elle perçoit toutefois d'un soutien satisfaisant de la part de son entourage,De la part de sa famille mais aussi ses voisins, ami... Notamment de la part de conjoint. Ce qui a aidé à surmonter son morale.

1.3. Le cas 03 de Mme « Wahiba »

A. Présentation et analyse de l'entretien semi-directif

Mme B.W « Wahiba » est une femme au foyer âgée de 42 ans, mère de 4 enfants, elle est d'un niveau d'étude de deuxième année lycée, elle est d'une situation socio-économique moyenne.

Durant l'entretien qu'on a eu avec elle, la maman était compréhensive, franche, surtout heureuse de lui parler.

Axe I : Informations sur l'enfant avec TSA et vécu maternel

Halim est un garçon de 6ans, le denier de sa fratrie après trois filles, durant sa grossesse, mme Wahiba affirme qu'elle de tension artérielle et rien d'autre. Halima reçu son diagnostic à l'âge de 2 ans, avec un psychologue de Boumerdess et ce retard été à cause d'un pédiatre qui infirme l'existence de l'autisme, après plusieurs autres consultation des orthophonistes à Tazmelt et aussi des psychologues d'Alger, Akbou, Bouira, elle à confirmer que son enfant est atteint de spectre autistique (TSA), elle avance aussi qu'elle lui a fait L'IRM.. Mme W d'une part affirme qu'elle était la première à remarquer que son fils est anormal par rapport à ses sœurs, et d'autre part elle déclare que l'annonce de diagnostic de Halim était choquante, efferayant « *je savais qu'il est malade, j'ai beaucoup cherché sur les signes je sais qu'il est atteint de l'autisme, mais avec la confirmation de psychologue qu'il à le spectre de l'autisme je suis choqué, comment je vais faire , aucune idée, je vois que de brouillard noir* ». Pour une mère avoir un enfant pas comme les autres, malade c'est une chose tellement difficile, elle rajoute que depuis l'annonce de diagnostic de son fils qu'elle oublie rapidement, elle pense que à lui, et quel médecin pourrait lui aider

pour guérir, le moral est détruit, elle s'inquiète comment lui faire y'a pas de centre vraiment qui peux changer son attitude. Halim joue avec ses sœurs, mais pas avec d'autres enfants, il sursaute il n'est pas agressif, il court, il rentre n'importe quelle maison.

Mme B.W, annonce qu'elle rencontre plusieurs difficultés dans son quotidien comme faire des formations ou trouver un travail, même aucune crèche ne l'accepte «*la dernière fois il est rentré chez la voisine il lui détruit la maison, tellement elle est facher elle m'a demandé comment tu vas faire pour celui là, il est fous*». Halim bénéficie d'une place dans l'association esperence des autistes, elle a remarqué un changement léger il comprend un peux, parce qu'elle rencontre dans l'éducation et la gestion des comportements de son enfant elle ne peut pas faire ses tâches.

Axe II : stress maternel

Mme Wahiba est devenue mère à l'âge de 21 ans, Mme Wahiba comme toute mère elle a vécu des moments de stress, difficiles mais aussi des moments de joie et de fierté. Elle déclare que le moment qui apprécié sa parentalité est d'avoir des enfants «*elhamdoulilah j'ai quatre enfants je suis tellement contente que dieu les protéges*», elle rajoute que depuis le diagnostic de son fils qu'il a le trouble de spectre autistique : «*depuis que je savaisque j'ai un enfant anormal et pas comme ni ses sœurs ni les autre enfants je suis ça va pas moralement, je connais rien tous est effacer dans ma tête, je regarde sur youtube sur l'autisme, comment je vais faire et sa prise en charge* ».

Mme Wahiba nous a décrit une situation là où elle a sentie débordé c'est la journée que sa voisin à réclamer sur les comportements de son fils Halim, elle raconte avec des larmes dans les yeux dit : « *Halim à rester le même rein avoir avec le traitementi,» par ce que halim rentre chez elle il casse les choses, il détruit sa maison, « la vérité elle m'a toucher vraiment avec ses mots, elle m'a casser l'espoir qu'il change un jour et améliore un peux* ».

On a demandé à Mme Wahiba de nous décrire sa relation actuelle avec son fils, malgré qu'elle reste à côté de lui essaye de lui parler de lui apprendre à dire des mots mais pour rien, elle déclare aussi qu'il ne pense pas à elle, même dans son absence il s'en faut, il ne cherche pas à parler, il ne stress pas comme si il n'a pas de mère, il erre simplement dans la maison à la recherche de faire les bêtises. Parlons des bêtises, les comportements de Halim crient une angoisse pour sa mère, là où il y'a des choses ou des affaires dangereuses on trouve Halim, la mère est vraiment épuisé, stressé et dépassé de cas de son

fils, elle nous à décrit son comportement comme « *il conais que le danger, il connais pas rester dans une place tranquillemen, il pend deuxième étage, il ce cache sous les vêtements, il mnge du beur, spagitti dure même savon soit savonnette soit liquide* »

Mme Wahiba déclare que le type d'aide qu'elle pense être utile pour réduire son stress comme parent qu'elle souhaite vraiment trouver la solution pour le cas de son fils, elle cherche le psychologue, l'orthophoniste, la thérapie, la prise en charge qui convient à son fils Halim. La mère de Halim elle a pris déjà un traitement médical pour réduire son stress, puis elle à décider d'arrêter, maintenant elle cuisine, elle sort et elle fait le ménage pour oublié un peux, et elle se trouve alaise quand elle se parle avec des mères de même situation qui sont des mères d'un enfant atteint de spectre autistique.

Axe IV : Soutien social

Quant au soutien social, parlons de la réaction de ses proches lorsqu'elle a annoncé la maladie de son fils, concernant son mari, d'un côté il a accepté mais d'un autre côté il s'énerve souvent disant « *je crois pas qu'il va guerir, que ce que j'ai fait pour que dieu me donne un enfant malade ?!* » Et concernant sa famille élargie elle a que sa sœur qui l'aide se sentir mieux par ce qu'elle est orpheline, parlons de sa belle-famille elle ne reçoit même pas un mot qui surmonte le morale, un jour elle a entendu ses belles sœurs parlent d'elle disent « dieu les à donner *Halim elle vas pier ce qu'elle à fait , maladeg* », elle affirme que son conjoint l'aide toujours « *bien sûr, il l'amene chez l'orthophoniste, il achete les médicaments , il est toujours avec moi mais il s'énerve grave* » mais concernant leurs relation de couple elle est vraiment changer elle déclare qu'elle ne fait pas ses obligations bien comme il le faut, quand son mari parle avec elle d'un sujet elle parle que de cas sonenfants « *je aprle que de halim, luiil me parle d'autres choses, et moi je parle que de mon fils, j'ai grave abbondoner notre relation, et ça l'enevre trop* ».

Mme Wahiba de bénéficié d'aucun aide à part l'association Esperance pour autiste, elle affirme que le moment de faiblesse ou de problème elle s'oriente que vers son mari, il l'aide accompagne aussi leur enfant a l'association. Son mari il été avec elle à tout moment même lors de l'annonce du diagnostic, Elle souhaite obtenir un aide social par la prise en charge de son enfant par un psychologue et orthophoniste.

Axe V : Projection dans le futur

Mme Wahiba est un peudésespérer et pessimiste ce qui concerne son avenir et celui de son fils elle déclare avec les yeux qui pleure « *y'a pas d'avenir, j'esper que ma fille partir alleurs à l'étranger pour chercher sa prise en charge, l'avenir que je vois est la guérison de mon fils* », Elle a des inquiétudes concernant le développement de son fils, parler, penser, sortir seul....

Concernant ses projets personnels elle a voulu construire une belle vie avec sa petite famille mari et enfants mais pense que la maladie de son enfant là empêcher de continuer même de penser, son avenir est relié directement de son fils « *le trouble ayinemmiyerzayisezdakhel, hoseghifasniwlesqen s scotche, pour rien akanechthaoulach changement* ». La grande crainte de Mme Wahiba que son enfant ne s'améliore pas ne change pas et ne pas avoir la bonne prise en charge elle dit « *ogadeghadiqimaka, ouriteji ara asteksenlehqis, athtkelikhenmeden di verra nighatourareniyess* »

Synthèse de l'entretien

L'autisme de son enfant paraît avoir un impact émotionnel profond sur la maman de Halim. Comme c'était une situation traumatisante pour elle, par ce qu'elle ne s'attendait

Pas d'avoir un enfant atteint d'un trouble de spectre autistique après trois filles normal. Malgré elle à chercher à comprendre depuis que son fils réagi d'une manière anormal cherche sur YouTube et questionne un peu partout mais ce trouble reste toujours une nouvelle situation pour elle, ce qui a surgi un choc pour elle. Malgré que son conjoint là soutien souvent et l'aide mais le trouble de leur enfant a un impact négatif sur leur relation du couple. Le cas de son enfant l'empêche de faire ses obligations bien comme il le faut même sa vie personnel et professionnel sont bloquer et consacré pour son enfant.

Concernant le soutien qu'elle reçoit du côté familiale il n'existe pas, elle a un petit encouragement des fois de la part de sa sœur, mais elle a que son conjoint à ses côtés, ça l'a aidé de se sentir mieux et réduit son stress malgré tout.

La maladie de son fils, a causé un choc pour la maman, pour elle comme une situation qui vienne bloquer toutes choses en raison de manque des moyens nécessaire pour aider son enfant à améliorer, ce qui est d'un côté pousse la maman d'aider sa fille de sortir à l'étranger et d'un côté casse la maman.

C. Les données du questionnaire du stress perçu "PSS"
Tableau N° 10: Résultat de questionnaire de Mme "Wahiba"

Au cours du dernier mois, combine de fois...	jamais	Presque Jamais	Parfois	Assez Souvent	Souvent
1. avez-vous été dérangé(e)par un Évènement inattendu?			3		
2vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de Votre vie ?					5
3vous êtes-vous senti(e)nerveux (se) ou stressé(e) ?					5
4avez-vous affronté avec succès les Petits problèmes et ennuis quotidiens?			3		
5avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?			3		
6. vous êtes-vous senti(e) confiante(e) apprendre en main vos Problèmes personnel?			3		
7avez-vous sentielleschooses Allaient comme vous le vouliez?	1				
8avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses Quevousdeviez faire?					5
9. avez-vous été capable de maîtriser Votreénervement?	1				
10. avez-vous senti que vous dominez la situation?	1				
11. vous êtes-vous senti(e)irrité(e)parce que les évènements échappaient à votre contrôle ?					5
12. vous êtes-vous surpris(e) à penser à des choses que vous deviez mener à bien ?					5
13. avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps?	1				

14. avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les Contrôler?					5
TOTAL	46				

Mme B.W a répondu à 14 items du questionnaire du stress perçu "PSS"

Le résultat

Items : 1.2.3.8.11.12.14 = 33

Items : 4.5.6.7.9.10.13 = 13

Mme B.W a un score de 46. Donc d'une manière générale, on constate que le niveau du stress perçu chez Mme B.W est moyen. Cela on peut le confirmer par Item 1 : « déranger par un événement ». Ce qui signifie qu'il a un impact sur sa situation. Item 2 : « difficiles de contrôler les choses ». Comme elle se sent à tout moment bouleverser dans l'item 3 : « sentie nerveuse et stressée ». Item 8 : « pouviez pas assumer les choses ». Item 11 : « sentie irritée ». Item 12 : « surprises à penser par des choses ». Item 14 : « difficultés s'accumulaient ». Cela veut dire que ces items sont les plus qui provoque du stress.

En revanche, Elle trouve que son stress est moins dans ces items 4 : « affronter avec succès les petits problèmes ». Item 5 : « faisiez face efficacement aux changements ». Item 6 : « sentie confiante ». Item 7 : « sentie les choses allaient comme vous le vouliez ». Item 9 : « capables de maîtriser votre événement ».

Mme B.W affirme qu'elle est incapable de gérer la situation. Et aussi même incapable de Démontré une aptitude à structurer ses journées efficacement l'item 13 : « capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ».

En fin. D'après la cotation et les résultats, on constate que le score obtenu est de 46, ce qui signifie la présence de stress perçu.

Synthèse de l'échelle de stress perçu "PSS"

Mme B.W évalué sa vie comme stressante surtout qu'elle est maman d'un enfant autiste, son score 46 indique que son stress est moyen, Mme B.W déclare que : « Depuis

que j'ai eu cet enfant autiste, je me sens entourer dans tous les cotes, je me sens bouleverser, perdu».

Nous avons observé que le trouble de son enfant affecte négativement sa vie quotidienne, ses déplacement, ses affaires...Etc. elle dit : « *des fois je n'arrive même pas à terminer mes tâches chez moi, alors là de régler certain chose dehors des fois je reste que avec lui».*

Malgré l'aide de son conjoint et cette association dans sa vie quotidienne mais le stress est toujours présent, ce qui résulte le score de 46 d'un stress globalement moyen.

D. Analyse de l'échelle de soutien social perçu

Tableau N° 11: Les résultats de l'échelle de SSQ6 de Mme B.W

	1	2	3	4	5	6	Total	Total%
Disponibilité	1	2	1	1	2	1	8	14 ,81 %
Satisfaction	4	5	3	6	3	4	25	69,44%

D'après l'analyse des résultats obtenus dans l'échelle, avance un niveau bas de perception d'un entourage peu disponible pour offrir du soutien, avec un score de 8/54 (avec un pourcentage de 14,81%). En revanche les données montrent un niveau élevé de satisfaction par rapport au soutien perçu, avec un résultat de 25/36 (avec un pourcentage de 69,44%).

Synthèse de l'échelle SSQ

D'après les données obtenues dans l'échelle, montrent que Mme B.W perçoit un soutien social très faible de la part de son entourage, mais elle est satisfaite de l'aide qu'elle reçoit.

Synthèse du cas

Mme B.W souffre parfois de sa situation car elle ne reçoit pas de l'aide de la part de sa famille, et elle se sent dépassée, du coup, elle continue de combattre les difficultés de la vie qu'elle rencontre. Et son stress perçu est d'un niveau moyen (PSS), même si elle ne perçoit aucun aide de la part de son entourage mais elle est satisfaite du soutien qu'elle reçoit de la part de son conjoint et des fois rare de sa sœur.

1.4. Le cas 04 de Mme « Hakima »

A. Présentation et analyse de l'entretien semi-directif

Mme Hakima est une femme au foyer, âgé de 47 ans, divorcé, elle un seul enfant, elle est d'un niveau d'étude de quatrième année CEM, elle est d'une situation socio-économique faible.

Durant l'entretien elle été compréhensive, elle a répondu aux questions d'une manière claire et franche mais associer d'une peur et d'incertitude.

Axe I : Informations sur l'enfant avec TSA et vécu maternel

Karim, garçon de 8ans, atteint de spectre autistique(TSA), le fils unique, Mme Hakima affirme qu'elle n'a aucune complication durant sa grossesse, elle n'était pas au courant de la maladie de son fils mais les gens ne cesse pas de la dire que son enfant est pas normale il a les signe d'autisme, elle dit « *moi je n'ai acunne ideé que mon fils est malade, mais quant je sors les gens me disent que ton fille est anormale, vasy voir un médecin* ».

Mme Hakima rajoute « *j'ai fait un grand retard malheureusement, a cause de mon mari, déjà le jour de notre mariage m'a dis qu'il ne veut pas d'enfants, il est installer au France, par contre moi il voulai pas me faire les papies, il me donne pas l'argent le moment de la grocesse, 5moi après la naissance de notre enfant il lui a jamais acheté des veetements, ni vaccins, il s'en faux* ». Quand elle a consulté un pédiatre de Akbou le garçon Karim a 2 ans, l'annonce de diagnostic été le choc de sa vie, elle n'a pas accepté l'idée que son fils est anormale, alors là le ex-mari il refuse carrément l'enfant comme si la faute de la maman. Elle dit « *l'annonce de ce trouble ma casser le coeur, j'ai eu un blocage dans la respiration, c'est tellement difficile, mon état psychologique devenu fragile de plus* ».

Les principales inquiétudes de Mme Hakima depuis l'annonce du diagnostic est l'adolescence et l'âge adulte elle dit « *comment il va faire si il reste comme ça, surtout il n'a pas un papa à ses coté* », Nous avons demandé de Mme Hakima de nous décrire le comportement de son enfant au quotidien, elle déclare que Karim est calme en gros, mais quand il sort, il rentre aux magasins, elle dit « *malgré qui est calme mais des fois il m'énerve il mange toutes choses, les crayons, feuilles, papier, presque tout et même il enlève ses chaussure et chaussette* »

Mme Hakima rencontre des difficultés aux quotidien, elle dit « *je n'arrive pas à gérer mon temps, les frais de médecin, je ne peux pas être la mère et le père à la fois* ».

L'enfant Karim est placé dans l'association Esperance pour autiste depuis 4 mois, elle a remarqué un petit changement concernant les crises de pleurs sont diminuer, malgré ce petit progrès mais elle trouve des difficultés vraiment à lui scolarisé.

Axe II : stress maternel

Mme Hakima est devenue mère à l'âge de 39 ans, elle déclare que le moment qui apprécier sa parentalité c'est quand elle le prend dans les bras, dit « *quand il me fait un câlin thetoughaleyidterwihth, contente d'être une mère bien que pas comme les autres* », mais aussi « *ma situation actuelle me tue, (elle pelure), je me sens dépassé, jouer le rôle d'une mère et d'un père me rend tellement faible et incapable* ».

Elle rajoute que depuis son divorce, depuis deux ans elle est dépassée, le regard des autres la affaiblie déclare « *les paroles des autres augmente à chaque fois, dévoquer, son fils est malade, et beaucoup d'autre choses, je suis débordée* ».

La relation de Mme Hakima est comme toute relation entre une mère et son enfant une relation pleine d'affection de soutien et d'amour, elle dit « *Karim c'est l'amour de ma vie, ma joie et mon avenir* », et d'un côté les comportements de Karim rend la maman nerveuse et impuissante surtout quand il pleure sans qu'elle savoir la raison par ce qu'il ne parle pas, et quand il rigole a haute voix, elle dit « *je ne connais rien sur ce trouble ni quoi faire, malaathawighartviv oues3igh ara* ».

Parlons de l'aide, tellement elle est stressé elle pense qu'elle a besoin d'aide social et familiale, et surtout besoin d'une prise en charge pour son fils, pourrait réduire son stress. Mme Hakima préféré de sortir, pleuré et parler avec sa mère, et des fois s'isoler pour réduire son stress au tant que mère d'un enfant attient d'un trouble de spectre autistique (TSA).

Axe IV : Soutien social

Quant au soutien social, parlons de la réaction de ses proches lorsqu'elle a annoncé la maladie de son fils, concernant son mari, il n'a pas accepté d'avoir un enfant dès le début et lors de l'annonce elle déclare disant « *il a refusé son fils carrément* », la mère de Mme Hakima aussi était dans un état de choc que sa fille a eu un enfant atteint de

spectre autistique(TSA), Concernant sa famille élargie sont vraiment loin d'elle aucun contact, aucun soutien ni dans la gestion de son fils ni émotionnellement.

Mme Hakima, comme nous avons cité déjà elle est divorcée, car son ex-mari ne se soucie pas d'elle ni de leur enfant, elle dit « *il vit en France et ne pense même pas à nous, je ne reçois pas d'argent de sa part, même s'il sait que je n'ai ni travail ni une famille pour m'aider à part ma mère* », leur relation de couple a vraiment impactée par le diagnostic de leur fils elle dit « *depuis qu'ils savais que notre fils est anormale il me parle pas, même les vêtements rien, j'ai choisi de divorcée mieux que d'être avec lui pour rien* ».

La seule personne qui la soutenu c'est sa mère, elle était toujours à ses côtés et aussi l'association Esperance pour autiste, elle dit « *i'ai que ma mère, malgré elle est agé malade, que dieu la bénisse* », en cas de problème Mme A.H elle tourne vers sa mère et aussi elle un amis qui l'aide des fois.

Mme Hakima est la seule qui accompagne son fils à l'association, elle reçoit maintenant après le divorce une pension de la part de son ex-mari et une autre de l'état, mais elle affirme qu'elle a besoin une prise en charge pour son enfant.

Axe V : Projection dans le futur

Mme Hakima est dans le brouillard car elle nous dit « *y a dl'avenir, je suis désespérer, mon ex-mari me demande d'aranger les choses pour me faire les papiers pour soigner notre fils à l'étranger d'un côté je vaux mais j'ais peur, l'avenir c'est mon fils* », Mme Hakima inquiété vraiment sur le développement de son enfant avant le diagnostic, car il ne parle pas, il ne construit aucun mot.

Mme Hakima, déclare qu'elle a changé beaucoup de choses dans sa vie en raison du TSA de son fils, et elle est prête de changé ses projet elle dit « *même si je trouverai un homme , je vais jamais laisser mon fils, je travail pas a cause de lui* », Pour Mme Hakima les craintes qu'elle a sont tous relié à l'avenir de son fils Karim, elle dit « *j'ai peur qu'il reste comme ça, sans progrès, sans développement, il le connaît pas, je souhaite trouver la bonne prise en charge pour mon fils le plus possible* »

Synthèse de l'entretien

L'autisme de son enfant paraît avoir un impact émotionnel profond sur la maman de Karim. Comme c'était une situation traumatisante pour elle, par ce qu'elle ne s'attendait

Pas d'avoir un enfant atteint d'un trouble de spectre autistique. Malgré elle à chercher à comprendre depuis que les gens la dit que son fils réagi d'une manière anormal mais ce trouble reste toujours une nouvelle situation pour elle, elle ne savait pas quoi faire, ce qui a surgit un choque pour elle. Le trouble de leur enfant a un impact négatif sur leur relation du couple au point du divorce. Le cas de son enfant l'empêche de faire ses obligation bien comme il le faut même sa vie personnel et professionnel sont bloquer et consacré pour son enfant.

Concernant le soutien qu'elle reçoit du côté familiale il n'existe pas, mais elle à que sa mère à ses côtés, ça l'a aidé de se sentir mieux et réduit son stress malgré tout.

La maladie de son fils, a traumatisé la maman, pour elle comme une situation qui vienne bloquer toutes choses en raison de manque des moyens nécessaire pour aider son enfant à améliorer, ce qui rend la maman impuissante, et faible.

E. Les données du questionnaire du stress perçu "PSS"

Tableau N° 12: Résultat de questionnaire de Mme "Hakima"

Au cours du dernier mois, combine de fois...	jamais	Presque Jamais	Parfois	Assez Souvent	Souvent
1. avez-vous été dérangé(e)par un Évènement inattendu?					5
2 vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de Votre vie ?			3		
3 vous êtes-vous senti(e)nerveux (se) ou stressé(e) ?				4	
4 avez-vous affronté avec succès les Petits problèmes et ennuis quotidiens?		2			
5 savez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?			3		
6. vous êtes-vous senti(e) confiant(e) apprendre en main vos Problèmes personnel?		2			

7avez-vous sentielleschooses Allaient comme vous le vouliez?					5
8avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses Quevousdeviez faire?				4	
9. avez-vous été capable de maitriser Votreénervement?		3			
10. avez-vous senti que vous dominez la situation?		3			
11. vous êtes-vous senti(e)irrité(e)parce que les événements échappaient à votre contrôle ?			4		
12. vous êtes-vous surpris(e) à penser à des choses que vous deviez mener à bien ?			4		
13. avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps?			4		
14. avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les Contrôler?					5
TOTAL	51				

Mme Hakima a répondu à 14 items du questionnaire du stress perçu "PSS"

Le résultat

Items : 1.2.3.8.11.12.14 = 33

Items : 4.5.6.7.9.10.13 = 13

Mme Hakima a un score de 51, on peut le prouvé dans l'item n° :1 « déranger par un événement », l'item n° :2 « difficile de contrôler », l'item n° 3 « sentie nerveuse et stressé », item n°8 « assumer toutes les choses », item n°12 « surprise a penser à des choses », item n°14 « les difficultés s'accumulaient ».

En revanche, dans les items inversé, item n°4 « affronté avec succès les petit problèmes », item n°5 « faisiez face efficacement aux changements », item n°6 « sentie

confiante », item n°7 « sentie que les choses allaient comme vous le vouliez », item n°9 « capable de maîtriser votre énervement », item n°10 « sentie que vous dominez la situation », item n°13 « capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps

Le score globale obtenu par le sujet à démontrer que ce dernier souffre de stress perçu, justifier par ces réponses aux items suivant ; item n : 3 vous êtes_ vous senti(e) nerveux ou stressé ? Le sujet a répondu « assez souvent », et l'item n : 11 vous êtes vous sentie irritée parce que les événements échappent à votre contre ? La réponse du sujet à cette dernière est « assez souvent » ce qui a confirmé le score obtenu de 51 qui correspond à un degré de stress élevé ou pathologique

Synthèse de l'échelle de stress perçu "PSS"

Mme Hakima évalué sa vie comme stressante surtout qu'elle est maman d'un enfant autiste, son score 51 indique que son stress est pathologique. Mme Hakima déclare que : « Depuis que j'ai eu cet enfant autiste, je me sens entourer dans tous les côtés, je me sens bouleverser, perdu».

Nous avons observé que le trouble de son enfant affecte négativement sa vie quotidienne, ses déplacement, ses affaires...Etc. elle dit : « des fois je n'arrive même pas à terminer mes tâches chez moi, je ne trouve pas de travail, vraiment ma vie est en noir »

Malgré l'aide de sa mère et cette association dans sa vie quotidienne mais le stress est toujours présent, ce qui résulte le score de 51 d'un stress globalement élevé ou pathologique.

F. Analyse de l'échelle de soutien social perçu

Tableau N° 13: Les résultats de l'échelle de SSQ6 de Mme Hakima

	1	2	3	4	5	6	Total	Total%
Disponibilité	1	1	1	1	1	1	6	11 ,11 %
Satisfaction	4	4	3	4	3	4	22	61 ,11%

D'après l'analyse des résultats obtenus dans l'échelle, avance un niveau bas de perception d'un entourage peu disponible pour offrir du soutien, avec un score de 6/54

(avec un pourcentage de 11,11%). En revanche les données montrent un niveau élevé de satisfaction par rapport au soutien perçu, avec un résultat de 22/36 (avec un pourcentage de 61,11%).

Synthèse de l'échelle SSQ

D'après les données obtenues dans l'échelle, montrent que Mme Hakima perçoit un soutien social très faible de la part de son entourage, mais elle est satisfaite de l'aide qu'elle reçoit.

Synthèse du cas

Mme Hakima souffre parfois de sa situation car elle ne reçoit pas de l'aide de la part de sa famille, et elle se sent dépassée, du coup, elle continue de combattre les difficultés de la vie qu'elle rencontre. Et son stress perçu est d'un niveau élevé ou pathologique (PSS), même si elle ne perçoit aucun n'aide de la part de son entourage mais elle est satisfaite du soutien qu'elle reçoit de la part de sa mère.

1.5. Le cas 04 de Mme « Hakima »

A. Présentation et analyse de l'entretien semi-directif

Mme Safia « T.S » est une femme au foyer âgée de 40 ans, mère de 4enfants, elle est d'un niveau d'étude terminale lycée (Bac), et elle a fait une formation des gâteaux traditionnels et elle est d'une situation socio-économique moyenne.

Durant l'entretien qu'on a eu avec elle, Mme Safiaétait compréhensive et franche avec nous, elle nous a donné des réponses claires et précise.

Axe I : Informations sur l'enfant avec TSA et vécu maternel

Hicham, garçon de de 7 ans, atteint de spectre autistique(TSA), le troisième dans sa fratrie, Mme T.S affirme qu'elle a eu une césarienne d'urgence à sept mois, un enfant prématuré, elle n'était pas au courant de la maladie de son fils mais, elle dit « *je soupçonnais déjà qu'il y'avait quelque chose d'anormale chez mon fils, d'ailleurs il n'a pas Marcher jusqu'à l'âge de 2ans et demi, il ne regarde pas dans les yeux il, bouge trop et il marche sur les pointe des pieds* ».

Mme Safia, quand elle était en vacances à Alger centre elle a consulté un pédopsychiatre avec son mari, elle dit « *la journée là où on eut l'annonce du trouble de*

notre fils, il nous dit que notre enfant souffre d'un spectre autistique », Mme safia, a très mal vécu l'annonce du diagnostic de son fils, elle déclare « la fin du monde pour moi, je pleuré sans cesse, (elle pleure), je suis d'un état terrible jusqu'à maintenant, le faire e pensé à son état me rend dingue ».

La maman affirme “je suis devenu très fragile, folle et au même temps stressée, ça me tue de l'intérieur, mais en tous les cas elhamdoulilah ”.

La maman raconte que depuis le diagnostic, elle inquiète sur son fils et son avenir, elle demande toujours s'il aura de changement, elle dit « déjà son comportement au quotidien est difficile, il rentre partout, il connaît pas le calme, le regarde des autres est difficile à supporter », elle rajoute « je ne peux même pas m'amuser avec ma famille doré, chaque fois il nous gâche la sortie, il pleure sans savoir la raison il dérange tout le monde , alors quand je fais le shopping ».

Hicham est pris en charge depuis 12 mois, la maman dit « je le ramène une fois par semaine, chez une psychologue et une orthophoniste » grâce à cette prise en charge l'état de Hicham s'améliore, la maman dit « il m'écoute, des fois il me comprend lorsque je lui parle, il me regarde dans les yeux, il arrive à prendre la cuillère, mais dommage je n'ai pas pu continuer la prise en charge privée, parce que c'est cher, donc j'ai pas trouver mieux de le placer dans cette association pour autiste ».

Axe II : stress maternel

Mme Safia est devenue mère à l'âge de 35 ans, elle déclare que le moment qui apprécier sa parentalité c'est quand elle le prend dans les bras, mais aussi «je me sens dépassé, la situation de mon fils me rend folle et incapable ».

Elle rajoute que le regard des autres « lehdormeden à chaque fois orhebsen ara, son fils est malade, amkasthkhdemtouara et beaucoup d'autres choses, je suis débordée ».

La maman nous a décrit sa relation avec son fils qu'une relation un peu compliquer charger d'amour, affectations et aussi des stress et de la fatigue elle dit « c'est mon cœur malgré tout », elle rajoute « malgré je fasse mon possible de prendre soin de lui, de le comprendre mais pour gérer son colère, pour le donner ce qu'il veut c'est vraiment apaisants, je n'arrive pas m'occuper vraiment de lui ».

Mme Safia déclare qu'elle pense qu'une prise en charge professionnelle serait utile pour réduire son stress comme mère d'un enfant atteint de spectre autistique (TSA), et aussi on a demandé quelle est la chose que vous fusait pour le moment à fin de réduire le stress elle dit « *il y en pas vraiment des activités qui diminue mon stress mais la prière et lire un livre des fois m'aide un peu à oublié et s'éloigner de la réalité* »

Axe IV : Soutien social

Parlons de la réaction de ses proches lorsqu'elle a annoncé la maladie de son fils, elle dit « *il était choquer, comme moi* », son frère à l'étranger à pleurer quand elle lui a informer, elle dit « *mon frère est ma famille* », a part son frère Mme Safia elle ne reçoit aucun soutien ni émotionnel ni financière.

La maman affirme que dans les premiers temps son mari était avec elle dans n'importe situations, mais les derniers temps il s'éloigne un peu, il s'occupe que de lui-même et son travail, elle dit « *même notre relation de couple, on était comme l'âme et le corps, mais depuis le diagnostic de notre enfant notre relation marche arrière, elle est impacté vraiment, on ne dirait pas que c'est la même personne* ».

Safia affirme qu'elle bénéficier juste d'aide de l'association Esperance pour autiste, et n'est pas soutenu de la part de son entourage à part des fois de son mari et son frère, elle dit « *bien que mon mari s'éloigne de la responsabilité mais reste la seule personne qui je tourne vers elle en cas de problème, c'est le seul qui arrive à me comprendre après rebbisevhanou* », le papa accompagne des fois son fils Hicham à l'association.

Mme Safia pense q'elle a besoin d'aide social afin de pouvoir inscrire son fils dans une crèche spécialiser et aussi besoin d'être dans un groupe de thérapie afin de mieux gérer son état de stress.

Axe V : Projection dans le futur

Safia voit un avenir radieux si l'état de son fils et son état psychologique s'améliorent, elle a des inquiétudes concernant le développement de son fils, parler, penser, sortir et d'exprimer. Safia nous a dit qu'elle a changé et rater beaucoup de chose en raison du trouble de son fils, comme le travail et elle n'a pas fait d'autre formations a cause de lui elle dit « *je suis censé de travaillé chez une formatrice des gâteaux, mais elle n'a pas accepté que je travaille moins d'horaires que les autres* ».

Les craintes de Mme Safia concernant l'avenir de son fils sont de ne pas trouver une solution pour son état et qu'il reste comme ça commander sans parler ni développer.

Synthèse de l'entretien

L'autisme de son enfant paraît avoir un impact émotionnel profond sur la maman de Hicham, et aussi sa relation de couple. Comme c'était une situation de faiblesse et de choc pour elle, par ce qu'elle ne s'attendait pas d'avoir un enfant atteint d'un trouble du spectre autistique. Ce trouble reste toujours une nouvelle situation pour elle, ce qui a surgi un choc pour elle. Le cas de son enfant l'empêche de faire ses obligations et tâches comme une mère même sa vie personnel et professionnel sont bloquer et consacré pour son enfant.

Concernant le soutien elle ne reçoit aucun soutien de la part de sa famille, sauf son frère, ça l'a aidé de se sentir mieux et réduit son stress malgré tout.

La maladie de son fils, a causé un choc pour la maman, pour elle comme une situation qui vienne pour rendre sa vie noir, en raison de manque des moyens nécessaire pour aider son enfant à ce développer, ce qui est d'un côté pousse la maman à faire son possible de combattre pour son enfant et d'un côté freine la vie de la maman.

G. Les données du questionnaire du stress perçu "PSS"

Tableau N° 14: Résultat de questionnaire de Mme "T.S"

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

Chapitre V : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

6. vous êtes-vous senti(e) confiante(e) apprendre en main vos Problèmes personnel?					5
7avez-vous sentielleschooses Allaient comme vous le vouliez?					5
8avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses Quevousdeviez faire?					5
9. avez-vous été capable de maîtriser Votreénerverement?		2			
10. avez-vous senti que vous dominez la situation?		2			
11. vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que les événements échappaient à votre contrôle ?					5
12. vous êtes-vous surpris(e) à penser à des choses que vous deviez mener à bien ?					5
13. avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps?		2			
14. avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les Contrôler?					5
TOTAL				55	

Mme T.S a répondu à 14 items du questionnaire du stress perçu "PSS"

Le résultat

Items : 1.2.3.8.11.12.14 = 33

Items : 4.5.6.7.9.10.13 = 22

Safia a un score de 55, on peut le prouver dans l'item n° :1 « déranger par un événement », l'item n° :2 « difficile de contrôler », l'item n° 3 « sentie nerveuse et stressé

», item n°8 « assumer toutes les choses », item n°12 « surprise a penser à des choses », item n°14 « les difficultés s'accumulaient ».

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

La plupart des réponses de Mme Safia aux items correspondent à des chiffres élevés, ce qui nous donne un score de 55 points, on la constater dans les items suivant : item n : 2 « vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ? » le sujet a répondu par « assez souvent », l'item n3 « vous êtes-vous senti(e) nerveux (se) ou stressé(e) ? »Le sujet a répondu par « souvent »et dans l'item n : 6 vous « êtes-vous senti(e) confiante(e)à prendre en main vos problèmes personnels ? »Le sujet a répondu sur cette dernière par « jamais » : qui nous renseigne sur la présence d'un degré de stress perçu supérieure à 50, soit stress élevé ou pathologique.

Synthèse de l'échelle de stress perçu "PSS"

Après avoir effectué l'analyse de l'échelle de stress perçu et de l'entretien, on a peu conclure que le cas de Mme Safia souffre d'un stress perçu élevé ou pathologique. Ce qu'elle le prouve est-elle disait « *je m'énerve surtout avec mes autres enfants et même avec mon mari, je ne me contrôle pas, ma vie à changer cent degré* » et « *je vie dans un stress, je stress jour et nuit, surtout quand je pense à mon fils et son avenir.* »

H. Analyse de l'échelle de soutien social perçu

Tableau N° 15: Les résultats de l'échelle de SSQ6 de Mme T.S

	1	2	3	4	5	6	Total	Total%
Disponibilité	1	1	0	1	1	1	5	9,25 %
Satisfaction	2	4	2	4	3	4	19	48,71%

D'après l'analyse des résultats obtenus dans l'échelle, avance un niveau bas de perception d'un entourage peu disponible pour offrir du soutien, avec un score de 5/54

(avec un pourcentage de 9,25%). En revanche les données montrent un niveau élevé de satisfaction par rapport au soutien perçu, avec un résultat de 19/36 (avec un pourcentage de 48,71%).

Synthèse de l'échelle SSQ

D'après les données obtenues dans l'échelle, montrent que Mme T.S perçoit un soutien social très faible de la part de son entourage, ET elle est insatisfaite de l'aide qu'elle reçoit.

Synthèse du cas

Mme T.S souffre de sa situation car elle ne reçoit aucun aide de la part de sa famille, et elle se sent dépassée et seule, du coup, elle continue de combattre les difficultés de la vie qu'elle rencontre toute seule. Et son stress perçu est d'un niveau élevé ou pathologique (PSS), aussi elle est insatisfaite car elle ne perçoit aucun n'aide de la part de son entourage.

2. Synthèse des résultats et discussions des hypothèses

Suite à la présentation et à l'analyse des résultats de nos cinq cas d'étude, nous abordons maintenant la discussion des hypothèses de recherche. Cette section examine dans quelle mesure nos hypothèses peuvent être confirmées ou infirmées, en nous appuyant sur l'analyse des entretiens cliniques semi-directifs menés avec les participants, ainsi que sur les données recueillies via deux échelles standardisées : l'échelle de stress parental (PSS) et l'échelle de soutien social (SSQ).

Notre thématique de recherche s'intitule « *stress maternel et soutien social chez les mères ayant un enfant atteint du spectre de l'autisme (TSA)* » durant notre travail nous nous sommes basés sur la théorie cognitivo-comportementale.

La question générale de notre recherche est comme suit : Existe-t-il un stress maternel chez les mères ayant un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA), et comment perçoivent-elles le soutien dont elles bénéficient ?

Les questions partielles de notre recherche sont les suivantes :

- 1 Quel est le niveau de stress maternel chez les mères d'enfant avec un TSA ?
- 2 Quel est le niveau de soutien social perçu par les mères d'enfant avec un TSA ?

Afin de répondre aux questions de notre problématique, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

Hypothèse générale :

Les mères ayant un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) présentent un niveau significatif de stress maternel et perçoivent un soutien social faible.

Hypothèse partielle :

- 1 Les mères d'enfant avec TSA présentent des niveaux variables de stress maternel, pouvant aller de modéré à élevé.
- 2 Les mères d'enfant avec TSA perçoivent un niveau de soutien social faible a modéré.

Discussion de la première hypothèse partielle

« Les mères d'enfant avec TSA manifestent un stress élevé ou pathologique »

Cas Samira

D'après l'analyse des données de l'entretien semi directif et l'échelle de stress perçu "PSS" que nous avons effectué avec le sujet, En ce qui concerne son niveau de stress après avoir un enfant autiste. Nous constatons que le résultat de questionnaire indique que le sujet manifeste un stress pathologique, avec un score de 53 (50 stress pathologique). Selon l'échelle de Cohen et Williamson. Delà notre première hypothèse partielle qui estles mères d'enfant avec TSA manifestent un stress pathologique est confirmée.

Totale Cas	< 25 Pas de stress	25 à 49 Stress moyen	>50 stress Élevé/ Pathologique
Samira			53

Cas Malika

D'après l'analyse des données de l'entretien semi directif et l'échelle de stress perçu "PSS" que nous avons effectué avec le sujet, En ce qui concerne son niveau de stress après avoir un enfant autiste. Nous constatons que le résultat de questionnaire indique que le sujet manifeste un stress moyen, avec un score de 34 (25 à 49 stress moyen). Selon

l'échelle de Cohen et Williamson. Delà notre première hypothèse partielle qui est les mères d'enfant avec TSA manifestent un stress moyen est infirmer.

Totale Cas	< 25 Pas de stress	25 à 49 Stress moyen	>50 stress Élevé/ Pathologique
Malika		34	

Cas Wahiba

D'après l'analyse des données de l'entretien semi directif et l'échelle de stress perçu "PSS" que nous avons effectué avec le sujet, En ce qui concerne son niveau de stress après avoir un enfant autiste. Nous constatons que le résultat de questionnaire indique que le sujet manifeste un stress moyen, avec un score de 46 (25 à 49 stress moyen). Selon l'échelle de Cohen et Williamson. Delà notre première hypothèse partielle qui est les mères d'enfant avec TSA manifestent un stress moyen est infirmer.

Totale Cas	< 25 Pas de stress	25 à 49 Stress moyen	>50 stress Élevé/ Pathologique
Samira		46	

Cas Hakima

D'après l'analyse des données de l'entretien semi directif et l'échelle de stress perçu "PSS" que nous avons effectué avec le sujet, En ce qui concerne son niveau de stress après avoir un enfant autiste. Nous constatons que le résultat de questionnaire indique que le sujet manifeste un stress moyen, avec un score de 53 (>50 stress ou pathologique). Selon l'échelle de Cohen et Williamson. Delà notre première hypothèse partielle qui est les mères d'enfant avec TSA manifestent un stress élevé ou pathologique est confirmée.

Totale Cas	< 25 Pas de stress	25 à 49 Stress moyen	>50 stress Élevé/ Pathologique
Samira			51

Cas Safia

D'après l'analyse des données de l'entretien semi directif et l'échelle de stress perçu "PSS" que nous avons effectué avec le sujet, En ce qui concerne son niveau de stress après avoir un enfant autiste. Nous constatons que le résultat de questionnaire indique que le sujet manifeste un stress pathologique, avec un score de 55 (>50 stress pathologique). Selon l'échelle de Cohen et Williamson. Delà notre première hypothèse partielle qui est les mères d'enfant avec TSA manifestent un stress pathologique est confirmée.

Total	< 25	25 à 49	>50 stress Élevé/ Pathologique
Cas	Pas de stress	Stress moyen	
Samira			55

Synthèses

D'après les résultats obtenus a partir de l'analyse de l'entretien semi directif ainsi que l'échelle de stress perçu (PSS) que nous avons effectué, nous constatons que 2 participante de notre groupe de recherche qui se compose de cinq participants ayant un enfant autistes ont un stress moyen, tandis que, 3 autre participante manifestent un stress élevé et pathologique. Le score varie de 34 et 55.

Nos résultats peuvent être s'approcher de ceux de Ogma Hatta, Mélanie Derome, Jan De Mol, Barbara Gabriel (2019). Cette étude intitulée « *Qualité de vie chez les mères d'enfants autistes* » cette étude vise à comprendre la qualité de vie des mères d'enfants autiste ainsi que déterminer l'importance du stress perçu.

Cette étude a été recueillie, auprès de 53 mères d'enfants autistes âgés de 3 à 16ans. Ils affirment que la présence d'un enfant autiste dans une famille représente un véritable enjeu de bien-être psychologique, particulièrement pour les mères, car ces dernières, en raison de leur plus grande complication que les hommes dans les réseaux familiaux et la santé des membres de l'entourage comme sources de stress.

Cependant, les mères qui se retrouvent en premières lignes, en effet, elles sont les plus confrontées à l'agitation et aux crises de l'enfant autiste, aux nombreux rendez-vous auprès des spécialistes, etc. Cela affecte évidemment leur bien-être et augmente leur perception du stress.

Le niveau de stress des mères d'enfants autistes se révèle nettement supérieur à celui des autres mères d'enfants du même âge. En effet, selon plusieurs auteurs, 50% à 80% des mères d'enfants autistes présentaient des niveaux élevés de stress et de dépression.(ogma hatta, 2019).

Nos résultats peuvent aussi se rapprocher de ceux de l'étude menée par Anuja S Panicker (2020) en Inde. Pour le groupe de recherche de panichker, département de psychiatrie, PSG Institute of médicale sciences anda Research. Cette étude intitulé « *Stress et modes d'adaptation chez les mères d'enfants atteints de troubles du spectre autistique* ». Elle vise a évaluer la qualité de vie, les modes d'adaptation et les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress chez les mères d'enfants atteints de TSA.

Elles révèlent que plus de deux millions de personnes pourraient être touchées par un trouble du spectre autistique (TSA). Et les parents sont responsables de fournir des conseils ciblés pour surmonter les déficits de l'enfant ce qui engendre souvent une pression excessive et un sentiment d'inadéquation chez eux. Plusprécisément chez les mères qui présente de l'anxiété et de stress et des symptômes dépressifs.

Nos résultats sont comparables aussi a ceux de l'étude récente présentée lors de la conférence INSAR 2023 (International Society for Autism Research), Une étude menée auprès 187 parents, dont 49 parents d'enfants autistes. Affirment que les mèresd'enfants autistes ont rapporté des niveaux de stress plus élevés, Ce stress est liée aux exigences quotidiennes posées par les comportements de leur enfant, la gestion des thérapies, les démarches administratives, et la charge mentale globale. dans cet article mentionne que le stress perçu chez les mères a été identifié comme u, facteurs prédictif majeur de la baisse du bien-être psychologie autrement dit plus elle se sent stressée, plus son bien-être affecte par l'anxiété, la fatigue émotionnelle.(al b. e., 2023).

Discussion de la deuxième hypothèse partielle

« Les mères ayant un enfant avec le TSA perçoivent un niveau bas du soutien social »

Cas de Samira

D'après l'analyse des données de l'entretien semi directif et l'échelle de soutien social SSQ6 que nous avons effectue avec le sujet. Nous constatons que le résultat de questionnaire indique que le sujet à un niveau bas des perceptions de la disponibilité de soutien social avec un score 15/54 est un pourcentage de 27,77%. Par contre le niveau de la

satisfaction de Samira vis-à-vis le soutien social qu'elle reçoit est élevée avec un score 23/36 et un pourcentage de 63,89%. Delà notre deuxième hypothèse partielle qui est les mères ayant un enfant avec le TSA perçoivent un niveau bas du soutien social est confirmée.

Cas Samira	Totale	Totale%
Disponibilité	15	27,77%
Satisfaction	23	63,89%

Cas de Malika

D'après l'analyse des données de l'entretien semi directif et l'échelle de soutien social SSQ6 que nous avons effectué avec le sujet. Nous constatons que le résultat de questionnaire indique que le sujet à un niveau bas de la perception de la disponibilité de soutien social avec un score 11/54 est un pourcentage de 20,37%. Ainsi que le niveau de la satisfaction de Malika vis-à-vis le soutien social qu'elle reçoit est élevée avec un score 29/36 et un pourcentage de 53,71%. Delà notre deuxième hypothèse partielle qui est les mères ayant un enfant avec le TSA perçoivent un niveau bas du soutien social est confirmée.

Cas Malika	Totale	Totale%
Disponibilité	11	20,37%
Satisfaction	29	53,71%

Cas de Wahiba

D'après l'analyse des données de l'entretien semi directif et l'échelle de soutien social SSQ6 que nous avons effectué avec le sujet. Nous constatons que le résultat de questionnaire indique que le sujet à un niveau bas des perceptions de la disponibilité de soutien social avec un score 8/54 est un pourcentage de 14,81%. Par contre le niveau de la satisfaction de Wahiba vis-à-vis le soutien social qu'elle reçoit est élevée avec un score 25/36 et un pourcentage de 69,44%. Delà notre deuxième hypothèse partielle qui est les mères ayant un enfant avec le TSA perçoivent un niveau bas du soutien social est confirmée.

Cas Samira	Totale	Totale%
Disponibilité	8	14,81%
Satisfaction	25	69,44%

Cas de Hakima

D'après l'analyse des données de l'entretien semi directif et l'échelle de soutien social SSQ6 que nous avons effectué avec le sujet. Nous constatons que le résultat de questionnaire indique que le sujet à un niveau bas des perceptions de la disponibilité de soutien social avec un score 6/54 est un pourcentage de 11,11%. Par contre le niveau de la satisfaction de Hakimavis-à-vis le soutien social qu'elle reçoit est élevée avec un score 22/36 et un pourcentage de 61,11%. Delà notre deuxième hypothèse partielle qui est les mères ayant un enfant avec le TSA perçoivent un niveau bas du soutien social est confirmée.

Cas Samira	Totale	Totale%
Disponibilité	6	11,11%
Satisfaction	22	61,11%

Cas de Safia

D'après l'analyse des données de l'entretien semi directif et l'échelle de soutien social SSQ6 que nous avons effectué avec le sujet. Nous constatons que le résultat de questionnaire indique que le sujet à un niveau bas des perceptions de la disponibilité de soutien social avec un score 5/54 est un pourcentage de 9,25%. Notamment le niveau de la satisfaction vis-à-vis le soutien social qu'elle reçoit est élevée avec un score 19/36 et un pourcentage de 48,71%. Delà notre deuxième hypothèse partielle qui est les mères ayant un enfant avec le TSA perçoivent un niveau bas du soutien social est confirmée.

Cas Samira	Totale	Totale%
Disponibilité	5	9,25%
Satisfaction	19	48,71%

La deuxième hypothèse partielle « *Les mères ayant un enfant avec le TSA perçoivent un niveau bas du soutien social* » est confirmée. En examinant les entretiens et l'échelle de soutien social SSQ6, nous constatons que ces cas ont un niveau bas de perception de la disponibilité de certaines personnes de l'entourage comme susceptible de fournir une aide en cas de besoin avec un score varie entre 11,11% à 27,77%, mais tous les cas ont un niveau très élevé de satisfaction avec un score de 48,71 % à 69,44 % vis-à-vis du soutien bas obtenu.

Nos résultats se rapprochent a ceux Jo Bromley et al (2004), dans son étude intitulée « *Les mères qui soutiennent leurs enfants atteints de troubles du spectre autistique : soutien social, état de santé mentale et satisfaction a l'égard des services* » publier dans l'article « *National Library of Medicine* ». Qui été menée auprès de 68 mères d'enfants atteints de TSA afin d'explorer les aspects du soutien social. Qui affirme que les parents d'enfants atteints TSA sont plus susceptibles de souffrir d'une détresse psychologique grave. Et les résultats ont indiqué que plus de la moitié des mères présentaient un dépistage positif de détresse psychologique importante, associé a un faible soutien familial et a l'éducation d'un enfant présentant des comportements plus difficiles. Et les mères qui élèvent seules leur enfant, vivent dans un logement inadéquat rapportent plus souvent un manque de soutien (al J. b., 2004).

Une autre etude publiée par Khulud Ahmad Rezq, Hala Mahdi Hindi Albalawi et Hanan F. Alharbi (2025) intitulé « *Exploring social support and Quality of life among Mothers of Children with Autisme Spectrum Disorders: A cross-Sectional Study* ». Étude menée auprès de 218 mères saoudiennes d'enfants atteints de troubles du spectre autistique (TSA). Les résultats révélés que 10,6% des participantes percevaient un faible niveau de soutien social, un niveau d'éducation inférieur et un revenu familial plus faible (Khulud Ahmad Rezq, 2025).

2.3. Discussion de l'hypothèse générale

« Il existe un stress maternel chez les mères ayant un enfant avec le TSA ».

Cas Samira

D'après l'analyse des données recueillis à partir de l'entretien semi directif et l'échelle de stress perçu PSS et l'échelle de soutien social SSQ6 pour ce sujet, nous constatons que Samira a un stress pathologique et un niveau bas de soutien social,Du coup elle manifeste un stress maternel, ce qui affirme que l'hypothèse général est confirmée.

Cas Malika

D'après l'analyse des données recueillis à partir de l'entretien semi directif et l'échelle de stress perçu PSS et l'échelle de soutien social SSQ6 pour ce sujet, nous constatons que Malika a un stress moyen et un niveau élevé de soutien social,Du coup elle manifeste un stress maternel, ce qui affirme que l'hypothèse général est confirmée.

Cas Wahiba

D'après l'analyse des données recueillis à partir de l'entretien semi directif et l'échelle de stress perçu PSS et l'échelle de soutien social SSQ6 pour ce sujet, nous constatons que Malika a un stress moyen et un niveau bas de soutien social,Du coup elle manifeste un stress maternel, ce qui affirme que l'hypothèse général est confirmée.

Cas Hakima

D'après l'analyse des données recueillis à partir de l'entretien semi directif et l'échelle de stress perçu PSS et l'échelle de soutien social SSQ6 pour ce sujet, nous constatons que Hakima a un stress élevé et pathologique et un niveau bas de soutien social,Du coup elle manifeste un stress pathologique, ce qui affirme que l'hypothèse général est confirmée.

Cas Safia

D'après l'analyse des données recueillis à partir de l'entretien semi directif et l'échelle de stress perçu PSS et l'échelle de soutien social SSQ6 pour ce sujet, nous constatons que Safia a un stress élevé et pathologique et un niveau bas de soutien social,Du coup elle manifeste un stress pathologique, ce qui affirme que l'hypothèse général est confirmée.

Synthèse

Appuyant sur les résultats des entretiens clinique semi-directif et l'échelle de stress perçu et l'échelle de soutien social SSQ6 que nous avons effectué avec les sujets de notre groupe de recherche nous avons constaté que toutes les participantes de notre recherche manifestent un stress maternel perçu, Mais y'en a qui ont un stress élevé ou pathologique à cause de l'indisponibilité de certaines conditions défavorables dans leur vie. Tandis que tous les cas perçoivent un niveau du soutien social bas, et ce qui confirme qu'il existe un stress

maternel chez les mères ayant un enfant avec TSA. Donc notre hypothèse générale « **Il existe un stress maternel chez les mères ayant un enfant avec le TSA** » est confirmée.

Pour finir, nous avons observé que toutes les mères d'enfants atteints de troubles du spectre autiste (TSA) ressentent du stress et de l'absence de soutien de la part de leur cercle social, faisant face à un manque de ressources pour la prise en charge, ce qui entraîne la fatigue et stress.

Conclusion

La santé ne se limite pas à l'absence de maladie, elle englobe également le bien-être physique, psychologique et social. Dans le cadre de trouble de spectre de l'autisme (TSA), il s'agit d'un trouble se manifestant par des modifications durables de la communication et des interactions sociales, ainsi que par des comportements limités et répétitifs. Cette perspective globale est essentielle, étant donné que ce trouble neuro-développemental influence non seulement la croissance de l'enfant, mais a aussi des répercussions sur l'harmonie familiale et spécifiquement sur celle des parents qui le soutiennent au jour le jour.

L'analyse du stress parental et du soutien social chez les mères d'enfants atteints de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) nous a permis d'examiner une réalité à la fois complexe et multidimensionnelle.

Notre étude a confirmé que les mères d'enfant avec TSA montrent des niveaux de stress parental considérablement plus élevés comparés à la population générale. Ce stress découle des enjeux associés au comportement de l'enfant, qui sont influencés par les besoins familiaux, institutionnels et sociaux. L'impossibilité d'accéder à certains services ou la non-disponibilité des besoins spécifiques de l'enfant produit un stress constant sur le bien-être physique et mental des mères.

En outre, notre étude a souligné le rôle crucial du soutien social en tant que facteur de protection contre le stress chez les parents d'enfants atteints de TSA, en particulier pour les mères qui font face à des défis spécifiques pour apporter de l'aide et diminuer leur niveau de stress.

Cette recherche a eu pour objectif de décrire le niveau de stress maternel et le soutien social chez les mères d'enfant avec un TSA.

Afin de réaliser notre travail sur le terrain, nous avons choisi la méthode clinique par étude de cas et nous avons opté pour trois techniques qui sont l'entretien clinique semi-directif et deux échelles, l'échelle de stress perçu « perceived stress scale » de Cohen et Williamson, et l'échelle de Social Support Questionnaire (SSQ) pour le soutien social. Cela dans le but de décrire le niveau de stress maternel et le soutien social chez les mères d'enfant avec TSA.

En effet, nous avons effectué notre recherche au sein de l'association des autistes à AKBOU, Bejaia. Ainsi, notre groupe de recherche est constitué de cinq personnes d'un enfant atteint d'un trouble de spectre autiste (TSA).

À travers des résultats obtenus durant notre recherche, nous n'avons constaté que notre hypothèse générale intitulée : «*Les mères ayant un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) présentent un niveau significatif de stress maternel et perçoivent un soutien social bas*». Est confirmée pour les cinq cas.

Pour la première hypothèse partielle intitulée «*Les mères d'enfant avec TSA manifestent un stress élevé et pathologique* » est confirmée pour les cas “Samira, Hakima et Safia”, et infirmée pour les cas “Malika et Wahiba”.

Et nous avons aussi confirmé notre deuxième hypothèse partielle intitulée : «*Les mères ayant un enfant avec le TSA perçoivent un niveau bas du soutien social* » avec tous les cas.

Nous souhaitons mettre en évidence que le stress maternel varie d'une personne à l'autre en fonction de sa disponibilité, mais le terme « stress » est commun à tous.

Pour finir, nous espérons que notre étude a aidé à éclairer la question du stress parental et du soutien social chez les mères d'enfants atteints de TSA.

Effectivement, le thème du stress parental est un sujet qui mérite d'être approfondi et mis en lumière. C'est pourquoi nous allons exposer quelques aspects que nous jugeons essentiels à explorer, tels que :

- L'isolement social et stigmatisation perçue chez les mères d'enfants autistes.
- L'impact du TSA sur le développement socio-émotionnel de l'enfant.
- Spiritualité, religion et coping chez les mères d'enfants TSA.
- « Le stress parental invisible » : analyse du stress chronique silencieux chez les mères d'enfants TSA n'ayant jamais consulté de professionnel de santé mentale.

Liste bibliographique

American Psychological Association. (n.d.). *Stress: The different kinds of stress.* <https://www.apa.org>

Angers, M. (1997). *Initiation pratique à la méthodologie de la recherche en sciences humaines*. Casbah Éditions.

Beauregard, L., & Dumont, S. (1996). La mesure du soutien social. *Volume*, 45(3). <https://id.erudit.org/iderudit/706737ar>

Ben Amor, L., Boulenger, S., & Kermarrec, S. (2019). Qualité de vie chez les mères d'enfants autistes. *Annales Médico-Psychologiques*, 177(2), 136–141.

Bettelheim, B. (1967). *The empty fortress: Infantile autism and the birth of the self*. Free Press.

Baudier, F., & Cléste, B. (2004). *L'enfant au quotidien : Regards croisés sur l'enfance et la petite enfance* (p. 8). L'Harmattan.

Broca, A. (2017). *L'enfant et la mort : Une histoire des sensibilités*. Éditions du CNRS.

Bishop, S. L., Richler, J., Cain, A. C., & Lord, C. (2007). Predictors of perceived negative impact in mothers of children with autism spectrum disorder. *American Journal of Mental Retardation*, 112(6), 450–461. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2007\)112\[450:POPNI\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2007)112[450:POPNI]2.0.CO;2)

Bal, V., et al. (2023, May). Parental characteristics and coping in parents of young children with autism spectrum disorder. Communication présentée à la conférence annuelle de l'International Society for Autism Research (INSAR 2023), Stockholm, Suède. <https://insar.confex.com/insar/2023/meetingapp.cgi/Paper/44889>

Boulkroune, N. (2022). Mères d'enfants autistes : leurs difficultés et leurs attentes. *Revue Volume*, 7(3), 153–168. <https://www.asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/351>

Bromley, J., Hare, D. J., Davison, K., & Emerson, E. (2004). Mothers supporting children with autistic spectrum disorders: Social support, mental health status and satisfaction with services. *Autism*, 8(4), 409–423. <https://doi.org/10.1177/1362361304047224>

- Brown, T., Lee, S., & Johnson, L. (2021). Stress and cognitive functioning: Insights from neuroscience. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 21(5), 987–1001. <https://doi.org/10.3758/s13415-021-00920-9>
- Benony, H., & Chahraoui, K. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Dunod.
- Blanchet, A. (1997). *L'entretien dans les sciences sociales : L'écoute, la parole et le sens*. Dunod.
- Caron, J., & Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale : Concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 15–41. <https://doi.org/10.7202/012137ar>
- Cloutier, I. (2022). *L'influence du sexe des enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme sur les sources de stress et la qualité de vie des parents* (Thèse de spécialisation, Université du Québec à Montréal). Université du Québec à Montréal. <https://archipel.uqam.ca/15480/>
- Caumont, D., & Réthoré, C. (n.d.). Les techniques d'enquête. Dans *Les études de marché* (pp. 73–99). <https://shs.cairn.info/les-etudes-de-marche--9782100855605-page-73?lang=fr>
- Céline, L., Christel, V., Géraldine, D., & Aurélie, U. (2024). Les caractéristiques du soutien émotionnel apporté par les jeunes adultes aidants : Une étude exploratoire qualitative. *ScienceDirect*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1269176324000063>
- Centre d'études sur le stress humain. (2019). *Le stress*. <https://www.stresshumain.ca/le-stress/>
- Chabane, N., & Peter, C. (2023). Trouble du spectre de l'autisme : Repérage, diagnostic et interventions précoces. *Revue Suisse de Pédagogie Spécialisée*, 13(1). <https://doi.org/10.57161/r2023-01-01>
- Cidav, Z., Marcus, S. C., & Mandell, D. S. (2012). Implications of childhood autism for parental employment and earnings. *Pediatrics*, 129(4), 617–623.

Courcy, I., & des Rivières-Pigeon, C. (2013). Déterminants sociaux de la santé et symptômes dépressifs chez les mères de jeunes enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA). *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 32(3), 29–47. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2013-021>

Chapelle, C. (2001). *L'enfance et ses premiers développements* (p. 23). Presses Universitaires.

Chapelle, C. (2001). *Psychologie du développement de l'enfant* (p. 24). Presses Universitaires.

Chapelle, G. (2007). *Le stress, un enjeu de santé*. De Boeck Supérieur.

Chahraoui, K. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Dunod.

Darmon, M. (2016). *La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles*. Armand Colin.

Duchesne, S. (2008). *Soutien social et familles vulnérables : Conceptualisation, intervention et évaluation*. Presses de l'Université du Québec. <https://www.researchgate.net/publication/258120935>

Emmanuelle, C., et al. (2008). *L'enfant autiste*. John Libbey Eurotext

El Watan. (2011, 7 décembre). La double solitude des autistes.

<https://www.elwatan.com/archives/actualites/la-double-solitude-des-autistes-07-12-2011>

Ezran, C. (2018). *Le développement psychologique de l'enfant*. Dunod.

Fombonne, E. (2009). L'épidémiologie de l'autisme. Dans F. Dardel & M. Leboyer (Éds.), *L'autisme : De la recherche à la pratique* (pp. 21–38). Masson.

Fombonne, E. (2022). Trouble du spectre de l'autisme. Dans *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 889–906). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-75956-6.00047-4>

Fondamental. (2023). Trouble du spectre de l'autisme. <https://www.fondation-fondamental.org/trouble-du-spectre-de-lautisme/>

- Fontana, A., & Frey, J. H. (2005). The interview: From neutral stance to political involvement. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds.), *The Sage handbook of qualitative research* (3e éd., pp. 695–728). Sage Publications.
- Franchitto, N. (2017). *Autisme de l'enfant : De la compréhension à l'intervention*. Éditions Dunod.
- Garel, M., & Caeymaex, L. (2006). Stress parental. *Enfances & Psy*, 4(32), 86–96. <https://doi.org/10.3917/ep.032.0086>
- Goldsmith, D. F., Oppenheim, D., & Wanlass, J. (2004). Separation and reunification: Using attachment theory and research to inform decisions affecting the placements of children in foster care. *Juvenile and Family Court Journal*, 55(2), 1–13.
- Guaresi, R., & Gindt, M. (2021). L'apport des entretiens semi-directifs dans une recherche de terrain : Exemple d'une étude sur l'accompagnement des personnes autistes. *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.19389>
- Hascoët, M. (2019). *Évolution de l'autisme : Comprendre pour accompagner*. Dunod.
- Hatzis, C. (2008). Les psychoses précoce chez l'enfant : Définitions, classifications, hypothèses étiopathogéniques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 56(6), 346–355.
- <Https://cissss-outaouais.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2024/12/Sources-de-stress-Fiche-E20.pdf>
- Hohfeld, M. (2015). L'accompagnement parental en institution pour enfants autistes. *Empan*, 98(2), 104–111. <https://doi.org/10.3917/empa.098.0104>
- Hohfeld, M., & Hennion, A. (2017). Le vécu des parents d'un enfant atteint d'autisme. *Dialogue*, 218(2), 69–80. <https://doi.org/10.3917/dia.218.0069>
- Hesselberg, B. (2001). *L'image de l'enfant dans l'art occidental*. Gallimard.

- Holroyd, J., & McArthur, D. (1976). Mental retardation and stress on the parents: A contrast between Down's syndrome and childhood autism. *American Journal of Mental Deficiency*, 80(4), 431–436.
- Ionescu, S. (2012). *Traité de résilience assistée*. Dunod.
- Jeliu, G. (2005). Autisme et souffrance parentale. *L'information psychiatrique*, 81(4), 351–357. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8104.0351>
- Kuhn, J. C., & Carter, A. S. (2006). Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4), 564–575.
- Lagarde, J. (2018). *Les troubles du spectre de l'autisme (TSA) chez l'enfant : Diagnostic, accompagnement et inclusion scolaire*. Dunod.
- Lecerf, T. (2006). *Psychologie différentielle : Intelligence, personnalité, adaptation*. Dunod.
- Lecours, A., et al. (2012). Santé mentale et famille : Soutien social et adaptation parentale à l'enfant présentant un TSA. *Santé mentale au Québec*, 37(2), 125–142. <https://doi.org/10.7202/1013538ar>
- Lezine, I. (2008). *Psychopathologie de l'enfant*. Armand Colin.
- Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook, E. H., Leventhal, B. L., DiLavore, P. C., Pickles, A., & Rutter, M. (2000). The autism diagnostic observation schedule-generic: A standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(3), 205–223.
- Martinuzzi, E., et al. (2020). The effect of autism spectrum disorders on parental quality of life. *Autism Research*, 13(5), 808–817. <https://doi.org/10.1002/aur.2256>
- Mecherbet, A., & Pry, R. (2014). *Algérie : Autisme, recherches et interventions*. Presses universitaires de la Méditerranée.

- Ministère de la Santé. (2018). *Guide d'accompagnement des parents d'enfants autistes.* <https://solidarites-sante.gouv.fr>
- Minschew, N. J., & Williams, D. L. (2007). The new neurobiology of autism: Cortex, connectivity, and neuronal organization. *Archives of Neurology*, 64(7), 945–950.
- Morin, E. M. (1991). *L'éthique du soutien social.* Les Éditions Logiques.
- Muckaden, M. A., et al. (2015). Stress and coping in parents of children with autism spectrum disorder: A literature review. *Asian Journal of Psychiatry*, 18, 14–22. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.01.001>
- Neece, C. L., Green, S. A., & Baker, B. L. (2020). Work-family enrichment and parental burnout: The mediating effects of parenting sense of competence and parenting stress. *Current Psychology*, 43(6), 6966–6976. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04874-w>
- Ouali, S. (2018). *Les troubles du spectre autistique (TSA) chez l'enfant : Épidémiologie, diagnostic et prise en charge.* Université d'Alger.
- Organisation mondiale de la Santé. (1993). *Classification internationale des maladies : 10e révision (CIM-10).* OMS
- Office national des statistiques (ONS). (2022, 22 janvier). *Démographie : 44,6 millions d'habitants en Algérie en janvier 2021.* Algérie Presse Service. <https://www.aps.dz/societe/134560-demographie-44-6-millions-d-habitants-en-algerie-en-janvier-2021>
- Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Adolescence.* <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescence>
- Piana, N. (2013). Les représentations sociales des parents d'enfants atteints d'autisme. *Revue Enfances et Psy*, 61(1), 118–124. <https://doi.org/10.3917/ep.061.0118>
- Potvin, M. C., Snider, L., Prelock, P., Kehayia, E., & Wood-Dauphinee, S. (2015). Health-related quality of life in children with high-functioning autism. *Autism*, 19(1), 14–19. <https://doi.org/10.1177/1362361313511094>

- Piaget, J. (1950). *The psychology of intelligence*. Routledge & Kegan Paul.
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2014). *Développement humain* (12e éd., p. 21). De Boeck Supérieur.
- Rivard, M., Terroux, A., Parent-Boursier, C., & Mercier, C. (2014). Determinants of stress in parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(7), 1609–1620. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-2028-z>
- Romano, P. (2011). *Psychologie de l'enfant et du développement* (p. 52). Éditions du Seuil.
- Revault, M., & Pedinelli, J.-L. (2015). L'étude de cas en psychologie clinique. *Revue Française de Psychosomatique*, 34(2), 123–135. <https://doi.org/10.3917/rfps.342.0123>
- Schneider, B. H., & Ingram, K. M. (2013). Social support and mental health in children and adolescents. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Vol. 4. Social conditions and applied parenting* (2nd ed., pp. 237–261). Lawrence Erlbaum Associates.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. McGraw-Hill.
- Stora, J.-B. (1991). *Le stress : Approche psychanalytique*. Presses Universitaires de France.
- Sillamy, J. (2003). *Psychologie de l'enfant* (p. 97). Presses Universitaires de France.
- World Bank. (2023). *Algeria DZ: Population: as % of total: Aged 0–14*. CEIC. <https://www.ceicdata.com/en/algeria/population-and-urbanization-statistics/dz-population-as--of-total-aged-014>
- Yates, T. M., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (2003). Rethinking resilience: A developmental process perspective. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 243–266). Cambridge University Press.

Annexes

Annexe 01 : Guide d'entretien

Informations personnelles :

Quel âge avez-vous ?

Quelle est votre situation socio-économique ?

Quel est votre niveau d'instruction ?

Combien d'enfants avez-vous ?

Quel est votre statut matrimonial ?

Exercez-vous une profession ? Si oui, laquelle ?

Axe1 : Informations sur l'enfant avec TSA et vécu maternel

1_ Quel est l'âge de votre enfant ? Quel est son sexe ?

2_ Quelle est sa place dans la fratrie ?

3_ Avez-vous rencontré des complications pendant votre grossesse ? Si oui, avez-vous suivi un traitement ?

4_ À quel âge le diagnostic de trouble du spectre autistique a-t-il été posé ? Par quel professionnel ?

5_ Comment avez-vous vécu l'annonce du diagnostic émotionnellement et psychologiquement ?

6-Quelles ont été vos principales inquiétudes ou difficultés depuis l'annonce du diagnostic ?

7 _Avez-vous d'autres enfants ayant un trouble du spectre autistique ?

8_? Comment décririez-vous le comportement de votre enfant au quotidien ?

9-Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez au quotidien avec votre enfant ?

10_ Depuis combien de temps et de quelle manière votre enfant bénéficie-t-il d'une prise en charge ?

11-Avez-vous observé des changements ou des progrès depuis la mise en place de cette prise en charge ?

12-Avez-vous rencontré des difficultés particulières dans l'éducation ou la gestion des comportements de votre enfant ?

Axe2 : stress parental

13- Depuis combien de temps êtes-vous parent ?

14 - Quels sont les moments où vous vous dites 'C'est pour ça que j'adore être parent', et ceux où vous vous sentez un peu dépassé ?

15 - Est-ce que vous trouvez des moments où vous sentez débordé ou stressé ? Si oui, comment et quel sont les méthodes que vous utiliser pour gérer cette situation ?

16- Pouvez-vous décrire une journée typique et les défis que vous rencontrez ?

17- Comment vous décrivez votre relation avec votre enfant ?

18- Y a-t-il des comportements ou des besoins spécifiques de votre enfant qui augmentent votre stress ?

19- Y a-t-il des soutiens ou des ressources que vous aimeriez avoir mais qui ne sont pas disponibles actuellement ?

20- Y a-t-il quelque chose que nous n'avons pas abordé et que vous aimeriez partager ?

Axe3 : Le soutien social

21_ Quelles ont été les réactions de vos proches lorsque vous avez annoncé la maladie de votre enfant ?

22_ De manière générale, votre famille élargie vous apporte-t-elle du soutien dans la gestion de votre enfant et dans votre bien-être personnel ?

23_Avez-vous le sentiment d'être soutenue par votre conjoint dans la gestion du quotidien et des besoins spécifiques de votre enfant ?

24_Votre relation de couple a-t-elle été impactée par le diagnostic et la prise en charge de votre enfant ? Si oui, comment ?

25_De quels types de soutien (familial, médical, institutionnel) bénéficiez-vous ?

26_Avez-vous ressenti du soutien de la part de votre entourage (famille, amis, professionnels) ?

27_En cas de problème, vers qui vous tournez-vous en priorité pour obtenir du soutien ?

28_Êtes-vous souvent la seule à accompagner votre enfant à la crèche ?

29_Y a-t-il des ressources ou des soutiens supplémentaires dont vous pensez avoir besoin ?

30_Avez-vous accès à des ressources ou des groupes de soutien pour les parents d'enfants avec TSA ?

Axe4: Projection dans le futur

31_Comment envisagez-vous votre avenir ?

32_Avez-vous des inquiétudes concernant le développement de votre enfant avant le diagnostic ? Si oui, lesquelles

33_Pensez-vous devoir modifier vos projets de vie ou professionnels à l'avenir en raison du TSA de votre enfant ? Si oui, de quelle manière ?

34_Avez-vous des craintes concernant l'avenir de votre enfant ?

Annexes 02 : L'échelle de stress perçu « perceived stress scale » de Cohen et Williamson :

Description de l'échelle

La PSS perceived stress scale est un outil qui se base sur l'approche transactionnelle du stress (Lazarus et Folkman, 1984) qui vise à appréhender les mécanismes psycho cognitifs du stress, elle permet d'évaluer la fréquence avec laquelle les situations de la vie sont généralement perçues comme menaçantes, imprévisibles, incontrôlables et pénibles.

L'échelle de stress perçu a été validée à partir d'un échantillon de 2347 sujets (960 hommes et 1427 femmes) représentatifs de la population américaine au niveau de sexe, l'âge, des revenus, de l'origine ethnique et de statut professionnel.

Au cours du dernier mois, combine de fois...	jamais	Presque Jamais	Parfois	Assez Souvent	Souvent
1. avez-vous été dérangé(e)par un Évènement inattendu?					
2vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de Votre vie ?					
3vous êtes-vous senti(e)nerveux (se) ou stressé(e) ?					
4avez-vous affronté avec succès les Petits problèmes et ennuis quotidiens?					
5avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?					
6. vous êtes-vous senti(e) confiant(e) apprendre en main vos Problèmes personnel?					
7avez-vous senti quelle(s) chose(s) Allaient comme vous le vouliez?					
8avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses Que vous deviez faire?					
9. avez-vous été capable de maîtriser					

Votreénervement?					
10. avez-vous senti que vous dominez la situation?					
11. vous êtes-vous senti(e)irrité(e)parce que les évènements échappaient à votre contrôle ?					
12. vous êtes-vous surpris(e) à penser à des choses que vous deviez mener à bien ?					
13. avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps?					
14. avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les Contrôler?					
TOTAL					

Annexes 03 : Questionnaire de soutien social de Sarason (SSQ6).

Instructions:

Les questions suivantes concernent les personnes de votre environnement qui vous procurent une aide ou un soutien. Chaque question est en deux parties :

Dans un premier temps, énumérez toutes les personnes (à l'exception de vous-même) en qui vous pouvez compter pour une aide ou un soutien dans la situation décrite. Donnez les initiales de la personne et le lien que vous avez avec elle (voir exemple). A chaque numéro doit correspondre une seule personne.

Dans un second temps, entourez la réponse correspondant à votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu.

Si pour une question, vous ne recevez pas de soutien, utilisez le terme "aucune personne" mais évaluez tout de même votre degré de satisfaction. Ne citez pas plus de neuf personnes par question.

Merci de répondre de votre mieux à toutes les questions. Vos

réponses resteront confidentielles

1-Quelles sont les personnes disponibles en qui vous pouvez réellement compter quand vous avez besoin d'aide ? (N1)

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ? (S2)

1. Très insatisfait	2. Insatisfait	3. Plutôt insatisfait	4. Plutôt satisfait	5. Satisfait
6. Très satisfait				

2-En qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir plus détendu lorsque vous êtes sous pression ou crispé ? (N2)

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport aux soutiens obtenus ? (S2)

3-Qui vous accepte tel que vous êtes, c'est-à-dire vos bon et vos mauvais côtés? (N3)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport aux soutiens obtenus ? (S3)

4-En qui pouvez-vous réellement compter pour s'occuper de vous quoi qu'il arrive ? (N4)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport aux soutiens obtenus ? (S4)

5-En qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir mieux quand il vous arrive de broyer du noir ? (N5)

- Aucune personne 1) 4) 7)
2) 5) 8)
3) 6) 9)

Quelestvotredegrédesatisfactionpar rapport ausoutienobtenu?(S5)

- | | | | | |
|-------------------|----------------|-------------|---------------------|--------------|
| 1. Très | 2. Insatisfait | 3. Plutôt | 4. Plutôt satisfait | 5. Satisfait |
| 6. Très satisfait | | insatisfait | | insatisfait |

6-En qui pouvez-vous réellement compter pour vous consoler quand vous êtes bouleversé ?

- | | | | |
|-----------------|----|----|----|
| Aucune personne | 1) | 4) | 7) |
| | 2) | 5) | 8) |
| | 3) | 6) | 9) |

Quelestvotredegrédesatisfactionpar rapport ausoutienobtenu?(S6)

- | | | | | |
|-------------------|----------------|-------------|---------------------|--------------|
| 1. Très | 2. Insatisfait | 3. Plutôt | 4. Plutôt satisfait | 5. Satisfait |
| 6. Très satisfait | | insatisfait | | insatisfait |

Annexes 04 : Ađebsi n uħezzeb amuđin

Ncpa.nplAđebsi n useħbiber:

Isallen imdanen:

-Achāl deg leem'er-ik?

-Amek i d talya-k tadsent?

Achāl teseiđ n tmusni?

-Achāl n warraw i teseiđ?

-Acu-t lhala-k deg zenzaġ?

-Teseiđ kra n lqedma?

-Ma yellā, anwa?

Axe1 : Isallen ȣef ugrud s ASD d tirmit n yemma-s

1_ Achāl deg leem'er n mmi-k?

D acu-t urgaz-is?

2_ D acu-t umkan-is deg tegmatt?

3_ Tesæddaq kra n wuguren deg tmettut-ik? Ma yellā akka, teftifed kra n ddwa?

4_ Deg wachāl n yiseggasen i d-yettwaṭfen wuguren n uṭas n autisme? Anwa amussnaw?

5_ Amek i tesæddaq tanfalit-nni n uđdan s umata d tesnudert?

6-D acu i k-iceyben ney d acu i k-yuyen segmi i d-teđra teżri-k?

7 _ Teseiđ arrow-iđen s waṭtan n waṭan n autisme?

8_? Amek ara d-tesfeħmed tikli n mmi-k deg tudert n yal ass?

9-D acu i d uguren imeqranen i d-tetmagaređ yal ass d mmi-k?

10_ Achāl aya segmi d wamek i d-yettwaħrez weqcic-ik? Twalad kra n ubeddel ney asnerni segmi i d-tella temsalt-a?

12-Teđra-d yid-k uguren yemxallafen deg urebbi n warraw-ik ney deg uhraz n tikli-nsen?

Axe2: Ccedda n yimawlan

- 13- Achal aya segmi tellid d ahbib?
- 14 - D acu-tent teswiein anda teqqared i yiman-ik: "D aya ayer i hemmley ad iliy d imawlan", d wacu-tent teswiein ideg thulfed yeereq-ik lhal?
- 15 - Tettafed-d kra n teswiein ideg tetthulfuq teččur ney teħreš? Ma yella akka, amek, d acu-tent tektiwin ara tesxedmem i wakken ad tesum tamsalt-a?
- 16- Tzemred ad d-tessefrud yef yiwen n wass amaynut d wuguren i d-tettmagared?
- 17- Amek i d-tettmagared tadukli-k d mmi-k?
- 18- Yella kra n tikli n mmi-k ney kra n wayen i t-yehwaġen i d-yettakken deg-k ccetla?
- 19- Yella kra n unfafad ney n yizerfan i tebyid ad tesud maca ur d-sein ara tura?
- 20- Yella kra ur nemmeslay ara fell-as i tebyid ad t-id-tefked?

Axe3 : Aseyżan n tmelli

- 21_ Amek i d-rran wid i k-ihemmlen mi d-teħkad belli yuđen mmi-k?
- 22_ S umata, tawacult-ik tameqqrant tettak-ak-d afus deg uħudder n ugrud-ik d lehna-k?
- 23_ Thulfam-d d akken tettwaċawen-awen tmettut-nwen deg ueawed n tudert n yal ass d wayen ilaqen i weqcic-nwen?
- 24_ Yettwahqer wazal-ik d twacult-ik mi d-yettwafeşsel uqcic-ik d wamek i t-teħrez? Ma yella, amek?
- 25_ Anwa-t s̻enf n ueiwen i teseid (aeggal, aeggal, aeggal) ?
- 26_ Thulfad deg usnerni seg wid i k-yezzin (tawacult, imdruk, imussawen)?
- 27_ Mi teseid kra n wuguren, yer wanwa i d-tettarraq deg tazwara akken ad d-tawid tallelt?
- 28_ Tettild tezga weħd-m i d-yettawin agrud-ik yer leali?
- 29_ Llan kra n yiwenneyen ney isefka nniđen i tettwaliđ teħwaġed?
- 30_ Tzemred ad d-tafeq tiġawsiwin ney tarbaein n lemaewna i yimawlan n warrac yesean ASD?

Axe4:Azar yer yimal

31_ Amek tettwaliq imal-ik?

32- Yella kra n wuguren i teseiqli deg wayen yeenan adim n uṭufan-ik uqbel ad ak-d-yettwaṭbed? Ma ih, d acu-ten?

33_Txemmemed ilaq ad tbeddled iswiyen-ik deg tudert ney deg uxeddil deg imal yef lgal n ASD n mmi-k? Ma yella, amek?

34_Tettagademt yef yimal n warraw-nkent?

Annexes 05 : PSS

Deg wayjur-a ieeddan, achal d tikelt... ?	tikwal	Yas in-as d tikwal	Tikwal	Aṭas n tikwal	Zgiy
1- teseiđ kra n t̄awsa ur tettwaragu ara i k-yecqan?					
2- yuəer-ak ad teṭṭfed deg wayen i d-icerken deg tudert-ik?					
3- teħsiđ iman-ik terfiđ ney tceyled?					
4- tessawdəd ad t̄eđđid s rrbeħ s wuguren imecħuhen d wuguren n yal ass?					
5- thulfađ tessawdəd akken ilaq ibeddilen imeqranen i d-yellan deg tudert-ik?					
6- teħsiđ iman-ik d win ara k-yerren deg iyeblan-ik?					
7- teħsiđ-as i t̄awsıwin akken i tebyid?					
8- Thulfam belli ur tezmirem ara ad txedmem akk ayen i ilaq ad txedmem?					
9- tessawdəd ad thekkmed ȣef urrif-ik?					
10- thulfađ tessawdəd talya?					
11- Thulfađ i leibad imi ur tezmiređ ara ad t̄eđđid deg wayen yeđran?					
12- ufiđ-d iman-ik tettxemmimed s t̄awsıwin i ilaq ad tgħid akken ilaq?					
13- tessawdəd ad thekkmed deg wamek i tesqedced akud-ik?					
14- teżriđ-d iyeblan-nni la d-nnejmaen armi ur ten-tezmiređ ara ad ten-thekkred?					
Akk					

Annexes 06 : SSQ6

Tasestant n ueiwen n tmetti n Sarason (SSQ6). Asenfar s tefrantsist

SSQ6 (Asestun n ueiwen n tmetti) n IG. Sarason et al., aseqqes, 1987).

Iwellihen:

Tiqsiwin-a i d-iteddun, ttmeslayen-d ȝef wid i d-yettakken afus n tallelt ney afus n tallelt deg tmennat-ik. Yal asteqsi deg-s sin n yihracen:

Di tazwara, aru-d akk wid i tzemred ad tettekleq fell-asen i wakken ad k-eawnen deg tegnit-nni i d-nnan. Efk-d isekkilen imezwura n wemdan-nni d wayen i k-id-yemmalen yid-s (muquel amedya). Yal uttun ilaq-as yiwen n umdan kan.

Deg uðar wis sin, zzi-d deg tiririt i d-yeqqnen i leali-k deg ueiwen i d-tefkið. Ma yellra kra n usteqsi ur k-d-tettunefk ara tallelt, seqdec awal "ala yiwen", maca eass amek i fferhed. Ur d-ttarra ara ugar n tnayen n medden deg yiwt n tuttra.

Tanemmirt ma txedmed ayen tzemred i yisteqsiyen-nni merra.

Tiririt-ik ad teqqim d tasertit.

- 1- Anwa i d wid yettilin s tidet i tzemrem ad tetteklem fell-asen mi teħwaġem tallalt?
(N1)

Ulac win 1)4)7)

2)5)8)

3) 6)9)

Aħħal i tesejid n lęeġba deg ueiwen i d-tefkið? (S2)

- | | | | |
|------------|------------------|----------------|------------------|
| 1. S waṭas | 2. Ur yefreh ara | 3. Ahat d | 4. Ieġeb-as ugar |
| 5. Ieġben | 6. Ieġben aṭas | ur yeɛgħib ara | ur yeɛgħib ara |

2- Anwa i tzemređ ad tettekled s tidett fell-as akken ad k-ięawen ad thulfuđ s waṭas mi ara tiliđ ddaw n leħkem ney mi ara teseuđ lħal? (N2)

Ulac win 1)4)7)

2)5)8)

3) 6)9)

Aħħal i teseiđ n lęgħba deg ueiwen i d-tefkiđ? (S2)

1. S waṭas 2. Ur yefreh ara 3. Ahat d 4. Ieġeb-as ugar

5. Ieeġben 6. Ieeġben aṭas ur yeęgħib ara ur yeęgħib ara

3- Anwa ara k-iqeblen akken telliđ, s wayen yelhan d wayen n diri? (N3)

Ulac win 1)4)7)

2)5)8)

3) 6)9)

Aħħal i teseiđ n lęgħba deg ueiwen i d-tefkiđ? (S2)

1. S waṭas 2. Ur yefreh ara 3. Ahat d 4. Ieġeb-as ugar

5. Ieeġben 6. Ieeġben aṭas ur yeęgħib ara ur yeęgħib ara

4- S wanwa i tzemređ ad tettekled s tidett akken ad k-ięass akken yebyu yili lħal? (N4)

Ulac win 1)4)7)

2)5)8)

3) 6)9)

Aħħal i teseiđ n lęgħba deg ueiwen i d-tefkiđ? (S2)

1. S waṭas 2. Ur yefreh ara 3. Ahat d 4. Ieġeb-as ugar

5. Ieeġben 6. Ieeġben aṭas ur yeęgħib ara ur yeęgħib ara

5- S wanwa ara tettekled s tidet akken ad k-ieiwén ad thussed iman-ik axir mi ara teđra-ak-d ad tessebleeđ kra n tħawsa? (N5)

Ulac win 1)4)7)

2)5)8)

3) 6)9)

Aħħal i tesejđ n lxeġba deg ueiwen i d-tefkiđ? (S2)

1. S waṭas 2. Ur yefreh ara 3. Ahat d 4. Ieġeb-as ugar

5. Ieġben 6. Ieġben aṭas ur yeęgħib ara ur yeęgħib ara

6- Ver wanwa i tzemred ad tettekled s tidet akken ad k-išepper mi ara teseuđ lhemm? (N6)

Ulac win 1)4)7)

2)5)8)

3) 6)9)

Aħħal i tesejđ n lxeġba deg ueiwen i d-tefkiđ? (S2)

1. S waṭas 2. Ur yefreh ara 3. Ahat d 4. Ieġeb-as ugar

5. Ieġben 6. Ieġben aṭas ur yeęgħib ara ur yeęgħib ara

Résumé

Cette étude porte sur « le stress maternel et soutien social chez les mères ayant un enfant avec TSA. Elle a eu pour principal objectif de décrire le niveau du stress maternel chez les mères d'enfants ayant un TSA, ainsi que leur perception du soutien social reçu.

Afin de réaliser ce travail, nous avons opté pour une méthode clinique par étude de cas. Pour la collecte des données, nous avons utilisé un entretien de recherche semi-directif, ainsi que deux échelles : le Social Support Questionnaire (SSQ) pour évaluer le niveau de soutien social perçu, et le Parental Stress Scale (PSS) pour décrire le niveau de stress maternel chez les mères d'enfants atteints de trouble du spectre de l'autisme (TSA).

Les résultats obtenus dans ce travail, après l'analyse des données de l'entretien clinique semi-directif et les deux questionnaires l'échelle de stress parental PSS et l'échelle de soutien social SSQ6, démontre que tous les sujets de notre groupe de recherche manifestent un stress maternel perçu, ainsi qu'un niveau bas de soutien social.

Mots clés : Stress Maternel, Trouble du spectre de l'autisme, Soutien social, Mères d'enfants avec le TSA

Summary

This study focuses on "parental stress and social support in mothers with a child with ASD by selecting two clinical indicators: Maternal stress and social support." Indeed, our work has aimed to describe and understand the level of maternal stress, as well as to appreciate the level and nature of social support received that characterizes people with a child with autism Spectrum disorder (ASD).

In order to carry out this work, we opted for the clinical method by case study, as well as the semi-directive clinical interview and two scales, SSQ social support questionnaire and PSS parental stress questionnaire.

The results obtained in this work, after the analysis of the semi-directive clinical interview data and the two questionnaires the parental stress scale PSS and the SSQ6 social support scale, demonstrate that all subjects in our research group exhibit perceived maternal stress as well as a low level of social support.

Key words: Parental stress, Autism, social support.