



Université Abderrahmane Mira de Béjaïa

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département de psychologie et d'orthophonie

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme master en psychologie

Option : Psychologie Clinique

Thème

La santé mentale des mamans ayant un enfant autiste

Etude clinique réalisée au sein d'EHS en Psychiatrie d'Oued-Ghir

Etude de six(06) cas.

Réalisé par :

- AMZAL Manel
- BOUABDALLAH Rima

Encadré par :

- D^r CHIBANI Leila

Année universitaire : 2023/2024

Remerciements

Avant tout, nous tenons à remercier le bon Dieu le tout puissant de nous avoir donné le courage, la patience et la volonté afin d'aboutir à l'accomplissement de notre travail.

Un remerciement adressé à D^r CHIBANI pour le temps précieux qu'elle nous a consacrée pour son orientation, encadrement et sa disponibilité durant tout le parcours de notre recherche.

On remercie M^{me} ABCHIR, Mr HAMED et tout le personnel de l'EHS pour leurs présences collaborations et pour leurs aides et leurs encouragements.

On remercie également les personnels techniques de notre bibliothèque pour leurs disponibilités.

Et à la fin on tient à remercier tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

Rima & Manel

Dédicace

Ces avec une pensée pleine de reconnaissance que je dédie ce modeste travail :

A mes très chers parents que j'aime pour vous assurer l'importance que vous évoquez à mes yeux la place unique que vous occupez dans ma vie, aux sacrifices que vous vous êtes donnés pour moi j'espère être à la hauteur de vos pensées, que vous serez à jamais fiers de moi. Je vous souhaite affectueusement une longue et heureuse vie avec nous. Que dieu vous bénisse

A mes chères sœurs

Mon petit frère

Pour leurs encouragements permanents et leur soutien moral.

Mes frères et leur femmes

Mes nièces et mes neveux

A mon cher fiancé, merci pour ton soutien ainsi que ton encouragement durant tout mon cursus ainsi à toute ma belle famille

A ma grand-mère, mes tantes, mes oncles et mes cousines. et mon grand père que dieu l'accueil dans son vaste paradis

Et mes chères copines

Mon binôme Manel

Et à toute personne qui m'a aidée dans ce travail

À toute personne que j'aime et que mon stylo n'a pas citée

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail

A mes très chers parents qui m'ont toujours donné
beaucoup d'amour de compréhension de l'aide et ont
procuré tout mes besoins,

A mes chers frères et leurs enfants, et mes belles
sœurs source d'espoir et de bonheur

A mes grands-mères, mes oncles et mes tantes. Que
Dieu leur donne une longue et joyeuse vie.

A toute ma famille, source d'espoir et de motivation

A tous mes cousins et cousines

A mes meilleures amies pour leur amour et leur
encouragement

Sans oublier mon binôme Rima pour son soutien tout
au long de ce projet.

Manel

Résumé

Cette étude porte sur «**La santé mentale des mamans ayant un enfant autiste**». En effet, notre travail a eu pour objectif de décrire et de comprendre l'impact de l'autisme sur la santé mentale des mamans, ainsi d'apprécier et dévaluer les différentes dimensions

Afin de réaliser ce travail, nous avons opté pour la méthode clinique de type descriptif par étude de cas, ainsi que l'entretien clinique semi-directif, un questionnaire et l'échelle HAD

Les résultats obtenus dans ce travail, après l'analyse des données de l'entretien clinique semi-directif et l'échelle HAD ont confirmé que les mères ayant des enfants atteints d'autisme manifestent effectivement des signes d'anxiétés et de dépressions et une santé mentale bouleversante.

Mots clés : Santé mentale, autisme, anxiété, dépression, enfant autiste, maman.

Summary

This study focuses on "The mental health of mothers with an autistic child". Indeed, our work aimed to describe and understand the impact of autism on the mental health of mothers, as well as to appreciate and devalue the different dimensions

In order to carry out this work, we opted for the clinical method of descriptive type by case study, as well as the semi-directive clinical interview and a scale, questionnaire and the HAD scale

The results obtained in this work, after the analysis of data from the semi-directive clinical interview and they HAD scale, confirmed that mothers with children with autism do show signs of anxiety and depression and upsetting mental health.

Keywords: Mental health, autism, anxiety, depression, autistic child, mother

Sommaire

Remerciement	
Dédicaces	
Liste des tableaux	
Liste des figures	
Liste des abréviations	
Introduction générale.....	1
CHAPITRE 1 Cadre général de la problématique	
Problématique	5
Hypothèse	7
Définition opérationnel des concepts	7
Intérêt et objectifs du choix de thème de la recherche	8
Partie théorique	
CHAPITRE 02 l'autisme	
Préambule	
1- Aperçu historique de l'autisme	11
2-Définition de l'autisme	13
2-1 selon de dictionnaire de la psychologie	13
2-2 selon de CIM-10 révisée	13
2-3 selon l'OMS	13
2-4 selon le DSM 5	13
3- prévalence de l'autisme	14
4- les types de l'autisme selon CIM 10 révisée.....	14
4-1 l'autisme infantile	14
4-2 l'autisme atypique	14
4-3 Syndrome de Rett.....	15
4-4 Autres troubles désintégratifs de l'enfant	15
4-5 hyper activités associer ç un retard mental et à des mouvements stéréotypés	15
4-6 syndromes d'Asperger	15
5- les facteurs de risque de l'autisme	15
5-1 les facteurs neurobiologiques et génétiques	16
5-2 les facteurs cognitifs	16
5-3 les facteurs environnementaux	17
5-3-1 les facteurs anti-conventionnels	17
5-3-2 les facteurs anténatals	17
5-3-3 les facteurs anti- prénatals	17
5-3-4 les facteurs postnatals	17
6- les signes cliniques de l'autisme	18
6-1 les troubles de la relation	18
6-2 les troubles de la communication	19
6-3 les troubles du comportement répétitifs	20
6-4 autres signes cliniques	20
7- les critères de diagnostique de l'autisme selon le DSM 5	22
8- les troubles associés de l'autisme	24
9- les problèmes rencontrés chez les enfants autistes	26
10 diagnostique de l'autisme	27
11 l'évaluation de l'autisme	28
12 la prise en charge de l'autisme	30
Synthèse	35

CHAPITRE 3 la santé mentale

Préambule	
1- aperçu historique	37
2- définition de la sentimentale.....	38
2-1 selon le petit dictionnaire de LAROUSSE	38
2-2 selon l'OMS	38
3- le model de labelle et al	39
4- le model de Kovess-Masfety et al	40
4-1 les troubles mentaux	40
4-2 la détresse psychologique	40
4-3 la santé mentale positive	40
5 les facteurs déterminants de la santé mentale	41
6 les indicateurs de la santé mentale	43
6-1 dépression.....	43
6-2 l'anxiété	46
7- la prévention en santé mentale	48
7-1 la prévention primaire	48
7-2 la prévention secondaire	48
7-3 la prévention tertiaire	49
Synthèse	50

Partie pratique CHAPITRE 4 Méthodologie de la recherche

Préambule	
1- la méthode utilisés	53
1-2 l'étude de cas	53
2 le terrain de recherche	54
2-1 la présentation des lieux de recherche	54
3 le groupe d'étude	56
3-1 les critères de la sélection	56
3-2 les caractéristiques du groupe d'étude	57
4 les outils d'investigations	58
4-1 l'entretien clinique de recherche	58
4-2 l'échelle HAD	59
5 le déroulement de la pratique	60
Synthèse	61

CHAPITRE 5 descriptions et analyse des résultats

1- présentation et analyse de l'entretien et de l'échelle	63
Cas N° 01 : maman de Mouloud	63
Cas N°02 : maman de Yasser	66
Cas N°03 : maman de Fouad	69
Cas N°04 : maman de Nazim	72
Cas N°05 : maman de Adam	75
Cas N°06 : maman de Lydia	78
2- discussion des hypothèses	81
Conclusion générale	84

Liste bibliographique

Annexes

Liste des tableaux

- Tableau 01 : Caractéristique des cas : page 57
- Tableau 02 : Les Caractéristique et les résultats de l'échelle HAD : page 64
- Tableau 03 : Les Caractéristique et les résultats de l'échelle HAD : page 67
- Tableau 04 : Les Caractéristique et les résultats de l'échelle HAD : page 70
- Tableau 05 : Les Caractéristique et les résultats de l'échelle HAD : page 73
- Tableau 06 : Les Caractéristique et les résultats de l'échelle HAD : page 76
- Tableau 07 : Les Caractéristique et les résultats de l'échelle HAD : page 79

Liste de figures

Figure 01 : Page 39

Liste des abréviations

AAP	Association Américaine de Psychiatrie
ABA	Applied behavior analysis
CIM-10	Classification internationale des maladies.
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
HAD	Hospital Anxiety and depression
OMS	Organisation mondiale de la santé
TED	Troubles envahissent de développement



INTRODUCTION GENERALE

Introduction

A ce jour, il n'existe pas de définition univoque et universelle de la santé mentale, car sa représentation est culturellement déterminée et fluctue avec le temps. On s'accorde pourtant à dire que la santé mentale fait partie intégrante de la santé générale et de la qualité de vie des individus, et relève à ce titre d'un droit fondamental de l'être humain.

La santé mentale est décrite comme un état de bien-être dans lequel un individu peut réaliser son propre potentiel et faire face aux situations « normales » de la vie et au stress qu'elles génèrent en termes de frustrations, d'événements difficiles à traverser ou de problèmes à résoudre

Pour l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la santé mentale participe à une vision holistique de la santé, celle-ci étant définie comme un état de bien-être physique, mental et social complet et pas seulement comme l'absence de maladies (OMS, 1946).

La santé mentale et le bien-être subjectif sont donc indispensables pour que l'être humain puisse, au niveau individuel et collectif, penser, ressentir, échanger avec les autres, apprendre, gagner sa vie, s'épanouir dans son travail, contribuer à la société et profiter de l'existence. Ainsi, une bonne santé mentale relève d'une capacité dynamique de l'homme à (r)établir un équilibre entre tous les aspects de sa vie et de son environnement.

Une personne en bonne santé mentale est aussi quelqu'un qui se sent suffisamment en confiance pour s'adapter à une situation à laquelle elle ne peut rien changer.

Etre le parent d'un enfant ayant des besoins spéciaux est difficile à vivre au quotidien lorsqu'un enfant présente un problème de développement dans le spectre de l'autisme le risque pour ses parents de développer une détresse psychologique, cela peut avoir un impact sur la santé mentale de la maman en particulier

Lorsqu'un enfant présente un problème de développement dans le spectre de l'autisme, le risque pour ses parents de développer une détresse psychologique s'accroît passablement. L'ensemble des études qui ont mesuré l'état de santé des mères d'enfants autistes démontrent qu'elles présentent des taux extrêmement élevés de stress, de détresse et de dépression ; ces taux atteindraient entre 50 % et 80 % (Eisenhower et al., 2005 ; Giarelli et al., 2005).

La « crise situationnelle grave » que suscite l'annonce du diagnostic explique en partie la détresse parentale dans tous les cas d'incapacité infantile. S'ajouteront à cette crise situationnelle l'adaptation à la différence, et l'insécurité en regard de l'avenir de l'enfant. Cependant, les études démontrent avec une grande constance que les mères d'enfants autistes

vivent des taux de stress et de détresse beaucoup plus élevés que les parents dont les enfants présentent des incapacités telles que la trisomie 21 ou la paralysie cérébrale (Eisenhower et al., 2005 ; Siklos et Kerns, 2006 ; Stores et al., 1998).

La santé mentale des mamans est un sujet important car elle peut avoir un impact significatif sur le bien-être de la famille, être une mère peut-être une expérience merveilleuse mais aussi très exigeante sur le plan émotionnel, elles peuvent ressentir un large éventail d'émotions allant de l'amour inconditionnel à la frustration à l'anxiété et à la fatigue.

L'enfant est confronté à un enchaînement de phases développementales, un multiple changement sur différents plans (physiologique, psychologique), Ce développement peut être entravé à n'importe quel moment par l'apparition d'un tableau clinique de signes anormaux à un âge précoce, ce qui retentisse sur la vie personnelle, familiale et sociale de l'enfant. Lorsqu'un organisme se trouve à un stade de développement rapide comme la petite enfance, et qu'une maladie l'atteint, cette maladie qui survient va non seulement modifier la structure présente, mais elle peut aussi altérer le processus du développement ultérieur.

Pour Leo Kenner, l'autisme est une pathologie sévère caractérisée par une inaptitude à établir des relations normales avec les personnes, un évitement de regard, des troubles du langage, des stéréotypies et la peur du changement. Depuis les années 1980, l'élargissement des critères diagnostiques des troubles autistiques introduit dans les classifications américaines a eu des conséquences majeures, en définissant l'autisme non plus comme une psychose mais comme un trouble envahissant du développement. (CHAMAK, 2021, P.15). Notre thème de recherche portée sur « la santé mentale des mamans ayant un enfant autiste », qui est réparties en de deux grandes parties complémentaires, une première partie théorique, et une autre pratique :

La partie théorique qui englobe un cadre générale de la problématique, les hypothèses, l'opérationnalisation des concepts clés et l'intérêt et objectifs de choix de thème de recherche. Et deux principes chapitres l'un sur l'autisme (historique, les signes, les symptômes... etc.) et l'autre sur la santé mental (les dimensions, les indicateur, les préventions...etc.)

La deuxième partie est la partie pratique qui est aussi divisée en deux autres chapitres, un sur la méthodologie de la recherche suivie durant notre étude et un autre chapitre qui concerne la description et l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses. Enfin, une conclusion générale de ce mémoire.

Nous avons effectué notre recherche au sein de l'hôpital EHS en psychiatrie d'Oued Ghir en service pédopsychiatrie, nous avons utilisé l'entretien (semi-directif) comme une technique de recherche et d'investigation ainsi un instrument qui permet de dépister les

troubles anxieux et dépressif qui est l'échelle HAD afin de mesuré et de mieux clarifié le bouleversement de la santé mentale des maman ayants un enfants autiste.



CHAPITRE-1-

Cadre générale de la Problématique

La problématique

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

Ces parents vivent un choc et sont affectés par un stress d'une durée variable qui peut affecter la dynamique du couple (Bristol et Gallagher, 1986 ; Tétéault et Ketcheson 2002).

Les difficultés vécues par les parents d'enfants autistes ne se limitent pas au choc du diagnostic et à l'adaptation qui s'en suit. 99 % des parents gardent leur enfant à la maison si bien que toute la famille doit adapter sa vie quotidienne à ses déficits (Tétéault et Ketcheson 2002).

Les tâches parentales, surtout celles de la mère, se révéleront passablement plus lourdes que celles des parents épargnés par ce genre de problèmes. Ces mères sont en effet appelées à tenir les rôles divers auxquels rien ne les a préparées, ce qui constitue des risques d'épuisement quand leur enfant présente un handicap lourd ou des difficultés de comportement

Actuellement, nous parlons du « spectre autistique » caractérisé par des difficultés dans les relations sociales et la communication ainsi que les troubles de comportement rigides. Les individus touchés présentent également des anomalies dans leur processus de perception et d'attention et leur développement moteur.

Il a été aussi défini comme étant des troubles envahissant du développement (TED) affectant la personne dans trois domaines principaux :

- Anomalies de la communication verbale ou non verbale.
- Anomalies des interactions sociales.
- Centre d'intérêts restreints et stéréotypés.

L'autisme est un trouble envahissant du développement qui affecte les fonctions cérébrales. Il apparaît précocement au cours de l'enfance et peut persister à l'âge adulte.

Il se manifeste par des altérations dans la capacité à établir des interactions sociales et à communiquer, ainsi que par des troubles du comportement.

Les personnes souffrant d'autisme semblent souvent isolées dans une sorte de monde intérieur.

L'autisme est un trouble sévère et précoce du développement de l'enfant d'origine neurobiologique.

Il se manifeste au cours de la petite enfance, avant l'âge de 3 ans, et persiste tout au long de la vie, mais avec, le plus souvent, une réduction progressive de certains symptômes typiques de l'autisme infantile (intérêts restreints, comportements stéréotypés) et une amélioration qualitative de la communication sociale.

Selon les critères de l'OMS, le diagnostic se base sur des caractéristiques du développement et du comportement.

La prévalence de l'autisme est de l'ordre de 1/150 (une naissance sur 150) selon la Haute Autorité de Santé (HAS, 2012). L'autisme peut prendre plusieurs formes, ses manifestations varient considérablement d'un enfant à l'autre (typique, Asperger, forme incomplète). C'est la raison pour laquelle aujourd'hui, on parle davantage de Troubles du Spectre Autistique (TSA) que d'autisme.

Par ailleurs, ce trouble a considérablement augmenté dans les dernières décennies dans le monde entier. En Algérie, il est considéré comme un vrai problème de santé publique.

A partir de la revue de la littérature effectuée à ce sujet, l'annonce de la maladie ou du handicap, notamment l'autisme, constitue un traumatisme inévitable qui se manifeste généralement et précisément chez les parents par des sensations brutales de choc, de la honte ou le rejet de l'enfant...

L'autisme est un trouble neuro-développemental qui peut avoir un impact significatif sur les familles, en particulier sur les mamans qui sont souvent en première ligne pour fournir des soins et un soutien à leur enfant autiste.

Cette étude vise à explorer les défis spécifiques auxquels les mamans d'enfants autistes sont confrontées en termes de santé mentale, en mettant en lumière les niveaux de stress, d'anxiété et de dépression auxquels elles peuvent être exposées.

Les mamans d'enfants autistes peuvent être confrontées à des exigences uniques en matière de soins, de gestion des comportements, d'accès aux services et de soutien social. Ces pressions supplémentaires peuvent avoir un impact sur leur bien-être émotionnel et mental. Il est crucial de comprendre comment ces facteurs influencent la santé mentale des mamans pour pouvoir leur offrir un soutien adéquat.

Questions :

- Est-ce que les mamans ayant un enfant autiste manifestent des signes d'anxiétés et de dépression élevées et elles présentent une santé mentale bouleversante ?

L'Hypothèse :

Pour répondre aux questions de cette recherche, nous avons formulé l'hypothèse suivante :

- Les mamans ayant un enfant autiste manifestent des signes d'anxiété et de dépression élevée et leur santé mentale est bouleversée.

Définition opérationnelle des concepts :

1) La santé mentale

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, « une personne en bonne santé mentale est une personne capable de s'adapter aux diverses situations de la vie, faites de frustrations et de joies, de moments difficiles à traverser ou de problèmes à résoudre.

Une personne en bonne santé mentale est quelqu'un qui se sent suffisamment en confiance pour s'adapter à une situation à laquelle elle ne peut rien changer ». Ainsi, la bonne santé mentale ne se restreint-elle pas à l'absence de maladie mentale, mais c'est une capacité dynamique à établir un équilibre entre tous les aspects de sa vie.

2) Définition de l'autisme

L'autisme fait partie des TED troubles envahissants de développement : « les troubles envahissant le développement se caractérisent par des déficits sévères et une altération envahissante de plusieurs secteurs du développement, d'interactions sociales réciproques, capacité de communication ou par la présence de comportements, d'intérêts et d'activités stéréotypés. » (DSM IV, 1996, p78).

Opérationnalisation du concept :

L'autisme est caractérisé par trois principes qui ont appelé triade :

Altération des capacités de communication

Altération des relations sociales

Des activités stéréotypées

Ainsi que d'autres signes tels que :

Hyperactivité

Repli sur soi

Résistance au changement

Intérêt et objectifs de choix de thème de la recherche :

Comme toutes recherches en science humains, social et d'autres domaines de recherche notre thème qui est la santé mentale des mamans ayants un enfant autiste, qui sert à indiquer les difficultés que ces mamans rencontrent avec leurs enfants autistes.

Donc notre recherche est pour objectifs de mesurer et d'évaluer la nature des difficultés rencontrés par ces mamans et de montrer la nécessité de les préparées psychiquement pour pouvoir mener une bonne prise en charge pour leurs enfants autistes. Notre intérêt est de montrer à quelle point ces mamans souffrent avec leurs enfants, de les aidées dans la prise en charge de leurs enfants, clarifier ce trouble, montré ce quelle peuvent faire pour aidées leurs enfants autiste.

Enfin on a essayées de donner à cette catégorie de mamans la volonté de travailler avec leurs enfants et de ne pas désespérer quelque soi les difficultés qu'elle rencontre. Et bien sûr de sensibilisé toutes les institutions et les associations de la nécessité de prendre en charge ces mamans avant de prendre en charge l'enfant autiste.





CHAPITRE-2-

L'AUTISME

Préambule :

Actuellement il est admis que les troubles du spectre autistique (TSA) ne relèvent pas d'une maladie mentale, mais d'un handicap qui entrave le développement de l'enfant dès l'âge précoce.

C'est dans ce chapitre que nous essayerons de donner l'aperçu historique de l'autisme et les différentes définitions de l'autisme, La prévalence, les types de l'autisme, Les facteurs de risques, les signes cliniques, les critères de diagnostics et connaissons les troubles associés de l'autisme et aussi problèmes rencontrés chez les enfants autistes et le diagnostic et l'évaluation de l'autisme et on terminera avec une prise en charge et une synthèse.

1. L'aperçu historique de l'autisme :

L'histoire de l'autisme débute depuis très longtemps, elle est passée par plusieurs changements, et ce concept a connu plusieurs appellations, et plusieurs observations historiques font état du trouble de comportement d'allure autistique chez des enfants. La plus connue est celle de Victor appelé « l'enfant sauvage de l'aveyrone » qui est retrouvé à l'âge de douze ans par des chasseurs dans une forêt en 1880. (Le noir, 2007).

Selon Pinel, Victor est un idiot congénital mais « Itard » refuse cette remarque, il l'a adapté pour éduquer Victor, et il a réussi à s'améliorer au niveau des relations sociales, et à communiquer en comprenant des mots simples, écrits, (Beiger F., Jean A., 2011).

Si Kanner et Asperger ont choisi le terme « autistique », pour caractériser leurs patients, c'est en référence à « l'autisme », terme préalablement introduit en psychiatrie adulte par Bleuler dès 1911, pour décrire un des symptômes majeurs de la schizophrénie consistant en la perte de contact avec la réalité, le rétrécissement des relations avec l'environnement, et conduisant les personnes schizophrènes à s'exclure de toute vie sociale par un mécanisme de repli sur soi ;d'où le terme « autisme » dérivé du grec autos qui signifie « soi-même ».

Il est important de resituer 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 qui était connu jusqu'alors . Ce terme lui permettait alors de distinguer ce tableau clinique différent 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.

Cependant, compte tenu de contexte historico –théorique dans lequel ont travaillé Kanner et Asperger pour caractériser cette nouvelle entité et tenter d'en interpréter les causes, on comprend que les influences de l'époque aient pu contribuer à maintenir l'autisme parmi les maladies mentales les plus connues et que fausses croyances sur les origines de ces troubles aient pu perdurer à travers les deux décennies suivantes. Par conséquent, l'idée dominante fut celle selon laquelle l'autisme était le résultat d'un trouble relationnel s'origines dans un lien mère -bébé défectueux conduisant l'enfant à se replier pour se protéger.

Kanner lui –même put être un moment enclin à ces hypothèses causales pour finalement, après un suivi longitudinal de ces patients et de leur famille ,revenir à ses premières idées et déclarer dans une conférence de la National Society for Autistic Children en 1969 que l'on s'était à tort servi de certains points de son article de 1943 pour désigner les mères d'un doigt accusateur »,achevant son intervention par un mémorable « parents ,je veux acquitte ».

Dans les années 70, les travaux de recherches se multiplient le secteur des sciences de comportement et un accent particulier est mis sur l'étude du développement de l'individu, et donc, peu à peu, sur la comparaison entre développement normal et pathologique. Le concept d'autisme est alors revisité et s'engagent de nouveaux travaux portant sur l'étude fine et systématique des comportements observés et la recherche de leurs causes éventuelles, à travers des modèles référés à la fois à la biologie et à la psychologie.

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. Or, bien que les évolutions soient multiples et que certains auteurs puissent parler « d'autisme résiduel »pour caractériser l'autisme léger de certains individus ayant tout particulièrement progressé ou point d'être relativement adaptés socialement, il faut 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. (Tardif C.et Gepner B., 2003, P 9-12).

2. Définition de l'autisme :

Il existe plusieurs définitions traitant l'autisme que nous trouvons dans plusieurs types d'ouvrages, et dans différents dictionnaires. Nous allons relever quelques-unes de ces définitions pour bien cerner le trouble.

2.1 Selon le dictionnaire de psychologie : « L'autisme est un repliement excessif sur soi, entraînant un détachement de la réalité et une intensification de la vie imaginative, cette attitude se retrouve à un degré prononcé chez les schizophrènes ». (Sillamy N., 2003, p31)

2.2 Selon la CIM-10 révisée : L'autisme sous le nom de « troubles envahissant du développement », est défini comme étant « groupe de troubles caractérisées par des alternations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif, ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations, utiliser au besoin un code supplémentaire, pour identifier toute affection médicale associée, de même que le retard mental » (CIM-10, 2015, p222)

2.3. Selon L'OMS (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 suivant : Interaction sociale réciproque, communication, comportement ou caractère restreint ou répétitif.

2.4 L'autisme et les troubles qui lui sont apparentés étaient définis comme des «Troubles Envahissant du Développement » (TED) dans le DSM-IV. Cette définition a été remplacée dans le DSM-5 par le terme «Troubles du Spectre Autistique» (TSA). Ceux-ci sont inclus dans une catégorie plus large celle des troubles neuro-développementaux (troubles du développement neurologique) (APA, 2000 ; 2013, p103).

Selon la DSM-5 l'autisme est un trouble neuro-développementale caractérisés par une altération de la communication et des interactions sociales, ainsi un comportement stéréotypé et intérêt restreint.

Le DSM-5 (APA, 2013) définit les troubles neuro-développementaux (TND) comme un ensemble d'affections débutant dans la période du développement. Les troubles neuro-développementaux sont caractérisés « par des déficits du développement qui entraînent une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel ». Les limitations peuvent être très spécifiques ou plus larges. Le plus souvent, les troubles neuro-développementaux sont associés entre eux.

3- La prévalence de l'autisme :

Les taux de prévalence varient d'une étude à l'autre au cours des dernières années, la fréquence du trouble du spectre de l'autisme aux états unis et dans les autres pays s'approche de 1% de la population avec des estimations comparables entre les échantillons d'enfants et d'adultes. (DSM-5, p.62)

Selon le professeur Ould Taleb, chef de service de pédopsychiatrie à l'hôpital Drid Hocine d'Alger, qui a présenté une communication intitulée « Diagnostic précoce des troubles du spectre de l'autisme et prise en charge » selon le programme Teacch d'Eric Schopler . L'autisme représente un véritable problème de santé publique, il n'y a pas moins de 400 000 cas.

A l'occasion de la journée mondiale de l'autisme célébrée le 02/04/2019, le professeur Chakali sous-directeur de la santé mentale au niveau du ministère algérien de la santé a indiqué qu'il y avait quelques 80 000 autistes en Algérie, soit une prévalence d'1 cas pour 150 naissances. (<https://www.ops.dz>)

4. Les types de l'autisme selon la CIM 10 révisée :

4.1 L'autisme infantile : C'est un trouble envahissant du développement qui se caractérise par un développement altéré qui se manifeste avant l'âge de trois ans, une perturbation caractéristique du fonctionnement des trois domaines psychologiques suivants : les interactions sociales réciproques ; la communication ; le comportement qui est répétitif, stéréotypé et restreint.

4.2 L'autisme atypique : Il se manifeste après l'âge de trois ans et il ne présente pas des manifestations pathologiques suffisantes dans un ou deux des trois domaines psychologiques nécessaires pour le diagnostic de l'autisme. Il existe toutefois des anomalies caractéristiques

dans l'un ou l'autre de ces domaines, ce type peut survenir souvent chez les enfants avec un retard mental profond et un trouble spécifique sévère de l'acquisition de langage.

4.3 Syndrome de Rett : C'est un trouble qui touche uniquement les enfants de sexe féminin, il se manifeste après un développement normal et se caractérise par une perte partielle ou totale du langage, de la marche et de l'usage des mains, il est associé à un ralentissement du développement crânien, il survient habituellement entre l'âge de sept et vingt-quatre mois, il touche aussi le développement social et le développement du jeu. Par contre, l'intérêt social reste généralement conservé, il entraîne souvent un retard mental sévère.

4.4 Autres troubles désintégratifs de l'enfant : C'est un trouble qui se caractérise par un développement normal avant sa survenue. En quelques mois, une perte se manifeste, une perte des performances acquises ultérieurement dans plusieurs domaines de développement, accompagnée d'une perte globale de l'intérêt vis-à-vis de l'environnement de conduites motrices stéréotypées, une altération de type autistique que de l'altération sociale et de la communication.

4.5 Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés : C'est un trouble qui touche les enfants avec un quotient intellectuel inférieur à 34 associé à une hyperactivité importante, une perturbation majeure de l'attention et des comportements stéréotypés. Les médicaments stimulants sont efficaces, il s'accompagne souvent des retards du développement différents, spécifiques ou globaux, ses causes sont inconnues.

4.6 Syndrome d'Asperger : C'est un trouble de validité nosologique incertaine, il se caractérise par une altération qualitative des interactions sociales réciproques, qui ressemble à celle de l'autisme, associé à un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypés et répétitifs. Sa différence de l'autisme est par le fait qu'il n'est pas accompagné d'une altération du langage ou du développement cognitif. (CIM-10, 2015)

5. Les facteurs de risques de l'autisme

Jusqu'à ce jour l'autisme reste encore une énigme sur le plan étiologique, les chercheurs en épidémiologie en génétique et en neurologie ont permis de mettre en évidence des facteurs de risque mais ces derniers ne signifient pas les causes car cela désigne un agent qui entraîne systématiquement un effet prédictible on peut distinguer deux facteurs de risques.

Les facteurs endogènes qui sont les facteurs génétiques et les facteurs exogènes ou facteurs environnementaux.

5.1. Les facteurs neurobiologiques et génétiques

C'est un dysfonctionnement neurologique provoqué par une atteinte biochimique affectant les neurotransmetteurs. Les messages que les sens transmettent au cerveau sont mal reçus ou mal interprétés. Des prédispositions génétiques ainsi que, probablement, des processus biologiques intervenants sont avant, soit pendant, soit après la naissance sont susceptibles de gêner le développement du cerveau. Il est en résulte une appréciation confuse de la vie et de l'environnement. (Boulekras, 2009, P.15).

Les premiers arguments pouvant avec une quasi-certitude que les facteurs génétiques étaient en cause dans l'autisme ont été donnés grâce aux études épidémiologiques anglo-saxonnes dans les années 70-80, portant sur les jumeaux monozygotes (vrais jumeaux qui ont en commun la totalité de leur patrimoine génétique) faux jumeaux, qui n'ont en commun que 50% de leur patrimoine génétique, comme les frères et les 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.

De même, les études familiales montrent que une famille où il y a un enfant d'autisme, le risque pour les frères et les sœurs (apparentés au premier degré) d'être aussi atteints d'autisme ou de trouble autistique est d'environ 4%. (Tardif, 2003, P.59).

5.2. Les facteurs cognitifs

On se rend compte de plus en plus que la personne autiste souffre d'un mélange d'anomalies. Face à cet assortiment ; de déséquilibre sensoriel, trouble de l'attention, problèmes de saisie et d'intégration de l'information. Plusieurs hypothèses concernant le traitement de l'information chez les personnes autistes ont été formulées. Les travaux d'Hermeline et Connors en (1970) ont montré que les performances dans le domaine du rappel d'une information verbale ne sont pas améliorées chez les autistes par l'organisation des mots. Les données sont stockées sous forme brute et qu'elles ne font pas l'objet d'une organisation en fonction du sens.

Il semblerait que les personnes atteintes d'autisme aient un déficit au niveau des fonctions exécutives, de la cohérence centrale ainsi que de la théorie de l'esprit. Selon le

pédopsychiatre Andrew Meltezoff de l'université de Washington, il existe un défaut central chez la personne avec autisme ; leur incapacité à se représenter ce que les autres pensent. On estime que vers l'âge de 4ans les enfants d'une manière générale, réalisent que les autres personnes ont leurs propres désirs, et pensent autrement qu'eux. Ce qui leur permet de réagir aux différentes situations sociales qu'ils traversent. Par contre, les enfants autistes pensent que tout le monde pense comme eux. Ils ne savent pas que leurs parents, leurs frères et sœur, camarades...pensent et voient les choses autrement qu'eux. (Rogé, 2004, P.40).

5.3. Les facteurs environnementaux

Ici les facteurs environnementaux sont considérés au sens large, il s'agit de passer en revue les événements de l'environnement prénatal du fœtus de l'environnement postnatal du nourrisson qui ont pu contribuer à l'apparition d'un syndrome autistique. Ces facteurs environnementaux certains sont de nature organique, et certains sont de nature psychologique.

5.3.1. Les Facteurs anti-conventionnels

Les études en épidémiologie en permis de trouver parmi les mères d'enfants autistes, des femmes étant exposées dans le cadre de leurs professions à des agents chimiques toxiques avant la conception de l'enfant.(Tardif, 2003,P.61).

5.3.2. Les Facteurs anténatal

- La contamination de la mère par des agents infectieuse (virus rubéole ou cytomégalovirus) pendant la grossesse ;
- La survenue d'hémorragie utérines et de menas de fausse couche centrée sur le deuxième trimestre de la grossesse ;
- La dépression maternelle pendant la grossesse et après la naissance. (Ould Taleb, 2019, PP.52-53).

5.3.3. Les Facteurs prénatals

- L'état de la souffrance de nouveau-nés ayant entraîné une mise en couveuse.
- Une prématurité ou une post-maturité.

Ces deux facteurs semblent plus fréquents dans les antécédents d'un enfant autiste. (Ould Taleb, 2019, PP.52-53).

5.3.4. Les Facteurs postnatals

Une infection postnatale par des virus de l'herpès de la rougeole ou des oreillons semble impliquée dans certains cas d'autisme, d'autre part une carence environnementale majeure sur les plans éducatifs et affectifs que certains enfants subissent. (Ould Taleb, 2019, PP.52-53)

6- les signes cliniques de l'autisme

L'autisme touche donc précocement toutes les fonctions d'adaptation et il se caractérise par un ensemble de signes cliniques présents dans les trois domaines essentiels que sont l'interaction sociale, la communication, et les intérêts et comportements.

6.1. Les trouble de la relation

Ces perturbations se traduisent par des comportements déviants dont l'expression peut varier considérablement d'un sujet à l'autre. Chez les uns, c'est l'apparence d'une indifférence qui domine, parfois accompagnée d'un évitement du contact physique. L'ignorance des autres personnes ; le contact visuel réciproque, l'acquisition du sourire social dès les premières semaines ne sont pas observés. Plus tard, on observe également un évitement du regard de l'autre, les fixations visuelles peuvent aussi comporter des balayages visuels inopérants. La durée d'exploration est très courte ce qui renforce une certaine incapacité à traiter les informations d'ordre social et effectif. Chez les autres, ce peut être davantage des réactions excessives d'agrippement, même si les capacités de réception et d'expression sont à la base déficitaire. Des cris et des pleurs sans raison apparente sont enregistrés.

Un des traits dominants de cette inadéquation sociale s'avère être aussi l'absence des comportements d'anticipation qui se mettent habituellement en place dès le très jeune âge. D'ailleurs un des premiers signes qui alarme les parents, lorsqu'ils constatent que leur enfant ne tend pas les bras lorsqu'ils s'apprêtent à le prendre et qu'il n'ajuste pas sa posture une fois pris dans les bras. La faible compréhension des expressions des autres entraîne une difficulté à s'harmoniser avec eux et à partager sur le plan émotionnel. L'enfant est donc isolé, ne

recherchant pas le contact des autres et particulièrement des enfants et ne s'adapte pas aux situations de groupe.

Lorsque l'intérêt social se développe, les modes d'entrée en communication sont maladroits et l'enfant ne parvient pas à maintenir l'échange durablement. L'interaction sociale avec les adultes peut être meilleure dans la mesure où ceux-ci s'ajustent à l'enfant et facilitent donc la situation pour lui. (ROGE. B, 2003, P23).

6.2. Les troubles de la communication

Les difficultés de communication, tant dans le registre verbal que non verbal, apparaissent elles aussi massivement entre 2 et 5 ans. Elles touchent aussi bien la capacité de compréhension des signaux et des codes sociaux que la capacité d'utilisation de ceux-ci. L'expression gestuelle, comme le pointage du doigt vers un objet ou un aliment convoité, reste pratiquement inexistant pendant des années et lorsqu'elle apparaît, elle est rarement coordonnée avec le regard. Le geste de solliciter le parent pour qu'il participe à sa propre activité est le plus souvent absent. Les conduites d'imitation se mettent très difficilement en place. Les mimiques de l'interlocuteur sont mal décodées, comme si l'autiste ne pouvait interpréter à leur vue les émotions correspondantes telles la peur, la colère, la joie ou la tristesse. La communication verbale est gravement atteinte elle aussi, bien que 50% des autistes parviennent à un certain niveau de production de la parole.

D'après (MOTTRON, 1996) le langage n'est pas relié au QI de façon linéaire mais qu'il suit une évolution par paliers. Après avoir été mutique, puis longtemps écholalique, l'enfant autiste manifeste généralement par la suite un phénomène d'inversion pronominal, doué fréquemment d'une mémoire auditive, il n'est pas rare de l'entendre ultérieurement rapporter mot à mot de longs passages qu'il a mémorisés à partir de conversations. On observe toutefois une différence marquée entre ces productions très fidèles à l'original et les réponses qu'il fournit aux demandes de l'intervenant. Ces dernières présentent des immaturités grammaticales propres à son niveau général de développement langagier. Cependant lorsque ces enfants sont d'intelligence normale ou supérieure, ils acquièrent habituellement une qualité de langage tout à fait comparable à celle des enfants normaux sur les plans tant syntaxique que grammatical. Seule l'intonation de la voix, le timbre, le rythme et la vitesse d'élocution demeurent souvent atypiques.

Tager-Flusberg et Anderson 1991 ont étudié l'écholalie immédiate ou différée que présentent les autistes à un moment de leur développement et ils en ont conclu qu'ils n'ont pas conscience d'être une source de nouvelles connaissances pour leur interlocuteur, ce qui reflète une anomalie de réciprocité.

Ils semblent pour la même raison incapables d'accorder une intention à l'interlocuteur ou plus globalement des états psychologiques aux autres personnes. Ce qu'a expliqué par l'absence de construction d'une « théorie de l'esprit »

(BARON COHEN 1993). Pour cet auteur, il s'agirait même d'un trouble cognitif tout à fait spécifique à l'autisme, auquel il a donné le nom de cécité mentale. Cette dernière serait-elle que les sujets se révèlent incapables de comprendre et prévoir la majorité des comportements humains.

6.3. Les troubles du comportement répétitifs

Les problèmes de comportements sont une des caractéristiques de l'autisme, Chez les enfants jeunes, on observe souvent qu'ils n'utilisent pas les jouets d'une façon fonctionnelle, l'attention étant parfois dirigée vers une seule partie de l'objet manipulée (comme les roues d'une voiture). Sa manipulation entraîne généralement des comportements répétitifs comme des mouvements de rotation. Ces activités stéréotypées peuvent être produites sans l'aide d'un objet et touchent souvent une partie du corps. Ces enfants peuvent passer leur temps à tourner, se balancer, agiter les doigts ou la main devant les yeux. Le sujet peut adopter des postures étranges dans lesquelles il peut se figer pendant de longs moments. Lorsque l'autiste grandit, le changement le plus minime dans son environnement l'amène souvent à une grande intolérance et à une forte angoisse.

6.4. Autre signes clinique

La déficience mentale est une condition qui accompagne fréquemment l'autisme, (B. ROGE, 2004).

Il n'en reste pas moins que l'évaluation psychométrique de ces enfants se révèle particulièrement difficile, en raison de leur symptomatologie, ce qui peut accroître la fréquence des diagnostics de déficience mentale. De plus, le fait même que ces enfants ne puissent pas toujours bénéficier d'un programme intensif de stimulation cognitive en bas âge a de fortes chances de ralentir le développement de leur intelligence. Une incidence élevée de

troubles du sommeil, et des troubles de l'alimentation. Il existe aussi des retards marqués dans l'acquisition de la propreté. C'est toutefois le développement sensori-moteur qui semble le plus inhabituel chez ces enfants. LELORD a envisagé l'hypothèse d'un trouble du développement des structures nerveuses responsables du filtrage et de la modulation sensorielle, émotionnelle et posturo motrice. (G. LELORD, 1990, P252).

Toutes les modalités sensorielles semblent touchées et c'est la fluctuation de leurs réponses qui décrit le mieux leurs comportements tel que :

Les déficits auditifs

Ils sont plus fréquents dans l'autisme qu'en population générale. Dans un méta analyse, Fombonne rend compte que les estimations de la prévalence des déficiences sensorielles dans l'autisme varient selon les études. Rosenhall, Nordin, Sandstrom et al ; concluent que la prévalence des déficits auditifs dans l'autisme est dix fois plus élevée qu'en population générale.

Plus récemment, Kielinen observe dans une population d'enfants autistes qu'ils ont un déficit auditif léger, un déficit modéré et un déficit sévère. Par ailleurs, si l'association d'une déficience auditive est fréquente, elle pourrait retarder dans certains cas le diagnostic de l'autisme. C'est ainsi que Roper et col ; constatent dans une population d'enfants autistes sourds que leur diagnostic d'autisme a été beaucoup plus tardif que dans le cas d'enfants autistes non sourds alors même que les deux groupes d'enfants ne présentaient aucune différence dans leur présentation clinique.

Les déficits visuels

Ils semblent aussi fréquents dans l'autisme ; Kielinen rapporte, à partir de l'observation des caractéristiques de enfants et adolescents autistes âgés de moins de 16 ans et diagnostiqués selon le DSM IV, que la plupart d'entre eux ont un déficit visuel sévère pouvant aller jusqu'à la cécité et un trouble visuel modéré.

Fombonne , dans une méta-analyse (1999), fait état des résultats de quatre études publiées entre 1976 et 1997 et dans lesquelles la prévalence des déficits visuels dans l'autisme se situe entre 0% et 3 %. Ils sont fréquents dans le développement avec notamment des manifestations d'anxiété. Avec l'âge, les manifestations anxieuses s'estompent le plus souvent. Dans certains cas cependant, les manifestations phobo-obsessionnelles s'installent

durablement et s'amplifient. Des éléments dépressifs peuvent aussi apparaître, surtout à partir de l'adolescence et avec la prise de conscience des difficultés. (ROGE. B, 2003, P30)

7-Les critères de diagnostics de l'autisme selon le DSM-5

A. Déficits persistants de la communication et des interactions sociales : observées 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'anomalie 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 défectueuse entre la communication verbale et non verbale, à des anomalies du contact visuel et du langage du corps, à des déficits dans la compréhension et l'utilisation des gestes jusqu'à une absence totale d'expression faciale et de communication non verbale.

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

-Spécifier la sévérité actuelle : la sévérité repose sur l'importance des déficits de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs

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

1) Caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements de l'utilisation des objets ou de langage. (Exemple : stéréotypies motrice simple, activités d'alignement des jouets ou de rotation des objets, écholalie, phrases idiosyncrasique)

2) Intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés (par exemple : détresse extrême

provoquée par des changements mineurs, difficulté à gérer les transitions, modes de pensées rigides, ritualisation des formules de salutation nécessite de prendre le même chemin ou de manger les mêmes aliments tous les jours).

3) Intérêts exécrément restreints et fixe anormaux soit dans leur intensité, soit dans leurs but (p, ex. attachement à des objets insolites ou préoccupation à propos de ce type d'objet, intérêts excessivement circonscrites ou persévérants).

4) Hyper ou hypo réactivité aux stimulations sensorielle ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement (par exemple : indifférence apparentée à la douleur ou à la température, réactions négatives à des sons ou à des texture spécifique).

Action de flairer ou de toucher excessivement les objets.

Fascination visuel pour les lumières ou les mouvements.

-Spécifier la sévérité actuelle : la sévérité repose sur l'importance des déficits de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs.

C. les symptômes doivent être des étapes précoce du développement (mais ils ne sont pas nécessairement, pleinement manifeste 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 ou dans d'autre 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 de 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. (DSM5, 2015, p 55-56).

8- Les troubles associés de l'autisme

L'autisme est fréquemment associé à d'autres troubles, mentaux ou physiques, dont l'identification est importante. Ces troubles associés constituent un facteur qui va influencer l'évolution de la prise en charge.

8-1 La surdité

La surdité est discutée devant l'absence apparente de réactions certaines stimulations auditives (notamment à la voix) et le retard de langage néanmoins, les enfants sourds ont en général une appétence pour la communication non verbale et développent au contraire cette maladie interactive.

On citera le cas des enfants diagnostiqués au départ comme sourds et présentant malheureusement un autisme associé reconnu trop souvent tardivement .En effet, la symptomatologie autistique est parfois mise sur le compte du handicap sensoriel. (Lenoir P. Malvy J. et Bodier-Rethore CH., 2007, P13)

8-2 Trouble du langage

Dysphasiques et autistes ont en commun le retard du langage, les troubles de la parole (expression) et, pour certains d'entre eux, des troubles de la compréhension des sons du langage oral. De plus, certains enfants dysphasiques peuvent développer secondairement des troubles de la relation sociale. Il y a donc des cas limites de diagnostic complexe. Mais le plus souvent, les enfants dysphasiques diffèrent des enfants autistiques par leur capacité à communiquer par les gestes et les expressions. (Lenoir P. Malvy J. et Bodier-Rethore CH., 2007, P14).

8-3 Retard mental

Un retard mental (quotient intellectuel inférieur à 70) est associé à l'autisme dont 70 à 80% des cas. Plus le QI est élevé, plus le pronostique et le potentiel évolutif sont favorables ; mais même si le QI est bas, l'enfant est capable de progresser. Il est quasiment constant de constater que le fonctionnement intellectuelle des enfants autistes est dit « hétérogène » ou « dysharmonique ». Cela signifie que les performances de l'enfant sont très déférentes d'un domaine intellectuel à un autre. Par exemple, il est classique de voir un enfant autiste réussir très bien à des épreuves visuo-spatial (puzzle, cubes...) est échouer complètement à des

épreuves de vocabulaire ou de logique. Cette notion est importante. (Clet-Bieth E. Dujardin P. Lefevre M. et Perisse D., 2008, P 18).

8-4 Dépression 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 suite à un changement repérable dans son environnement et l'analyse sémiologique montre que les capacités de communication sont préservées. Le tableau clinique s'améliore rapidement si une prise en charge spécialisée intervient précocement. Lorsqu'il s'agit de carences affectives graves et durables, en revanche, il peut y avoir une parenté sémiologique avec l'autisme. Les anomalies grossières des conditions de vie sont alors facilement identifiées si les antécédents sont connus mais parfois l'anamnèse est insuffisante (enfants plus grands dont le passé est mal précisé, cumul de facteurs, adoption tardive). (Lenoir P. Malvy J. et Bodier-Rethore CH., 2007, P 14).

8-5 Cécité

La cécité peut 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 envahissants du développement. (Lenoir P. Malvy J. et Bodier-Rethore CH., 2007, P 14).

Autres pathologies associées :

1-Epilepsie

Dans certains cas, l'épilepsie précède l'apparition d'un syndrome autistique, dans d'autres cas, l'épilepsie apparaît après quelques années d'évolution d'un syndrome autistique, et l'épilepsie touche de 30 à 50 % des cas autiste. (Tardif C. et Gepner B., 2003, P 67)

2-Déficiences sensorielles

Dans la plupart des cas, le syndrome autistique semble secondaire à l'atteinte sensorielle, il se greffe sur un handicap de la communication. Ainsi, la correction chirurgicale précoce (avant la troisième année) de certains troubles visuels congénitaux sévères s'accompagne d'un tableau comportemental autistique, permet de faire régresser en tout ou partie ce tableau autistique. (Tardif C. et Gepner B., 2003, P 67-68).

3- Déficience intellectuelle:

Cette déficience intellectuelle globale est liée au fait que les personnes autistes échouent massivement aux épreuves testant le développement du langage. (Tardif C. et Gepner B., 2003, P 68)

4- Troubles obsessifs-compulsifs(TOC)

Ces deux types de troubles auraient une origine physiopathologique comme impliquant probablement la voie sérotoninergique. (Tardif C. et Gepner B., 2003, P 68)

5. Hyperactivité Ces deux pathologies pourraient partager une origine physiopathogénique commune. . (Tardif C. et Gepner B., 2003, P 68)

9- Les problèmes rencontrés chez les enfants autistes

Les enfants autistes présentent beaucoup de problèmes dans leur vie quotidienne et voici quelques problèmes rencontrés chez ces enfants :

9-1. Troubles du sommeil :

Les troubles du sommeil sont pratiquement la règle. L'enfant reste éveillé longtemps ou se réveille dans la nuit .Le comportement est alors variable d'un sujet à l'autre. Les périodes d'insomnie peuvent être accompagnées d'une détresse que rien ne peut consoler .Mais l'enfant peut aussi rester les yeux ouverts de longues heures sans se manifester. Il se lève parfois pour se livrer à des manipulations stéréotypées d'objet ou simplement déambuler. (Rogé B., 2003, P 27)

9-2. Troubles de l'alimentation :

Les perturbations de l'alimentation sont également répandues. Elles peuvent être très précoces, l'enfant étant d'emblée très passif au moment de la tétée et ne présentant pas les réactions de succion .Plus tard, il peut résister à toute modification, notamment au moment du passage à l'alimentation solide. Enfin, il peut manifester des préférences marquées pour une gamme très étroite de nourriture et ritualiser la situation de repas soit par l'usage d'objets spécifiques, soit par des choix précis de produits identifiés par le goût mais aussi très souvent par l'emballage. (Rogé B., 2003, P 27)

9-3. Troubles émotionnels :

Ils sont fréquents dans le développement avec notamment des manifestations d'anxiété. Avec l'âge, les manifestations anxieuses s'estompent le plus souvent. Dans certains cas cependant, les manifestations phobiques – obsessionnelles s'installent durablement et s'amplifient. Des éléments dépressifs peuvent aussi apparaître, surtout à partir de l'adolescence et avec la prise de conscience des difficultés. (Rogé B., 2003, P 30)

10- Diagnostic de l'autisme

Il est important de détecter rapidement l'autisme chez l'enfant. Grâce au diagnostic précoce, les parents comprennent plus tôt pourquoi leur enfant présente un comportement si inhabituel et peuvent réagir plus vite et d'autant plus efficacement à la situation. Établir le diagnostic demande sensibilité, jugement et intuition. Il n'y a pas de tests spécifiques pour l'autisme ; il n'y a pas de symptômes particuliers (rien n'est pathognomonique). Il n'est pas de symptôme absolu soit pour confirmer, soit pour infirmer le diagnostic. (Laxer, 1983, P.39).

Le retard à l'établissement du diagnostic est généralement attribué à une sensibilisation insuffisante des praticiens aux symptômes très précoces de l'autisme et au fait que les examens de routine effectués durant les premières années de la vie évaluent à peu près uniquement le développement moteur, intellectuel et perceptif (qui peut apparaître normal dans l'autisme), mais n'apprécient pas les signes les plus fins, notamment ceux du registre de la communication.

Un nouveau-né comprend spontanément ce que sa mère exprime quand elle lui sourit, lui tend les bras et le câline. Le message de tendresse est immédiatement reçu par l'enfant, par contre un bébé autiste ne manifeste aucun intérêt pour son environnement, ne cherche pas le regard. On remarque au cours des trois premiers mois, trouble alimentaire le bébé autiste ne tète pas bien, s'alimente difficilement. On observe aussi des troubles de sommeil, des insomnies au cours desquelles il est agité, il garde les yeux ouverts, ne bouge pas ne dort pas. Des troubles psychomoteurs très précoces ont été observés chez l'enfant autiste il peut rester dans son lit pendant longs moments, a regardé les objets qui l'entourent, mais sans saisir son ours en peluche pour jouer, ni aucun des objets que les enfants aiment habituellement à jouer. (Juhel, 2003, P.41).

11. L'évaluation de l'autisme

11.1. L'évaluation clinique

Le bilan clinique repose en premier sur l'ensemble des renseignements recueillis sur l'histoire de l'affection. Un bilan clinique au moyen d'instruments cliniques quantitatifs qui regroupent la plupart des comportements observés chez l'enfant autiste. (Lelord, 1991, P.99).

Ceci permet d'orienter le diagnostic vers l'une des quatre grandes catégories de trouble envahissant du développement (TED):

- L'autisme infantile, dont le diagnostic repose sur les critères suivants.
- apparition des troubles avant l'âge de 3 ans.
- altération qualitative des interactions sociales.
- altération qualitative de la communication et du langage
- comportements, intérêts et activités restreints, stéréotypés et répétitifs.
- L'autisme atypique, qui diffère de la forme précédente par sa survenue plus tardive (après 3 ans).
- Le syndrome de Rett touche essentiellement les filles. Après un développement normal, il se manifeste par une phase de régression rapide avant l'âge de 3 ans. Perte de coordination manuelle, perte de la station debout, cerveau qui arrête de grossir.
- Le syndrome d'Asperger, se caractérise par des comportements stéréotypés et des anomalies dans l'interaction sociale. En revanche le développement cognitif et le langage sont d'un bon niveau.

11.2. L'examen médical

L'intérêt des examens propres à la pédiatrie, la neurologie, et la neurophysiologie va croissant. On s'attarde sur l'exploration des incidents liés à la grossesse, à l'accouchement ; ainsi qu'aux affections métaboliques, infectieuses, génétiques... Pour contribuer à la connaissance et à la compréhension de l'autisme, des disciplines qui se sont longtemps ignorées ; telles que la pédiatrie, la neurologie, la psychologie, la psychiatrie, l'imagerie fonctionnelle... se sont rapprochées grâce à l'avancée de la recherche scientifique dans les

domaines biologique, génétique et la percée des neurosciences. Les examens propres à ces disciplines ont donné à l'autisme une dimension multidisciplinaire. (Lelord, 1991. P 59).

Le bilan doit être soigneux et réalisé par un spécialiste en pédiatrie, ORL, neurologie... Il recherchera notamment :

- l'existence d'une anomalie neurologique.
 - un déficit sensoriel (surdité, troubles visuels).
 - l'existence d'une épilepsie.
 - des anomalies liées aux affections métaboliques, infectieuses, génétiques
- Ce premier bilan orientera les examens complémentaires. Toutefois, certains examens complémentaires sont maintenant devenus quasi systématiques. C'est ainsi que le bilan ORL avec audiogramme, le bilan ophtalmo, l'EEG de veille et de sommeil, un bilan de base biologique sont facilement réalisés. Dans un deuxième temps, d'autres examens pourront être faits selon les cas : IRM cérébrale, imagerie fonctionnelle....

11.3. Le bilan psychomoteur

Il est également important à réaliser de manière précise, car il nous renseigne en particulier sur la manière dont l'enfant investit son corps. Par exemple, il peut révéler la méconnaissance, de la part de l'enfant, de certaines parties de son corps, comme les parties qu'il ne peut pas voir par l'absence de représentation mentale de celles-ci. L'évaluation portera sur : - le développement des acquisitions posturales et motrices - le comportement psychomoteur, notamment dans le domaine de la communication ( chelle d'évaluation du comportement psychomoteur). (Sauvage, 1991, P.162).

11.4. L'évaluation psychologique

L'évaluation du niveau de développement de l'enfant afin de préciser les capacités intellectuelles, perceptives, motrices, et linguistiques de l'enfant. Il existe des épreuves d'intelligence non verbale et verbale, de développement du langage, de la communication, de la mémoire visuelle auditive, et l'organisation spatiale temporelle ce constat est essentiel pour le diagnostic différentiel, le suivi et l'élaboration de programmes thérapeutiques et éducatifs. Dans le cadre de l'examen psychologique, le psychologue dispose d'échelles d'observation permettant de décrire finement une symptomatologie comportementale dans les domaines

variés tels que le mode de contact avec son entourage, l'utilisation des objets... On rajoute aux tests psychométriques classiques un nouveau test construit par SCHOPLER et REICHLER en (1980), la psycho éducationnelle profil (PEP). (Sauvage, 1991, P.162).

Cet instrument d'évaluation assez particulier est préconisé dans un programme éducatif d'enfants autistes. Le PEP introduit de façon judicieuse la notion d'« émergence », lorsque l'enfant ébauche une réponse positive à la consigne sans la réaliser correctement ou complètement. Les profils résultant du test vont permettre d'adapter les activités proposées à l'enfant et de cibler spécifiquement les domaines dans lesquels l'enfant a les capacités de progression.

11.5. L'évaluation du langage

Environ un enfant autiste sur deux ne parle pas. Parmi ceux qui développent un langage, il intervient tardivement et rare s'il présente un bon niveau. La méthode d'évaluation est en étroite relation avec le problème posé et les buts recherchés.

L'examineur doit savoir que l'enfant ne comprend pas toujours lorsqu'on l'interpelle en lui demandant verbalement ou avec le geste de réaliser une tâche. Il ne peut pas associer deux modalités ; regarder et écouter en même temps. Les méthodes employées font une large place à l'observation du comportement et du langage spontané.

Et à travers la production et les réponses de l'enfant produites par la manipulation d'objets et les jeux structurés. La vidéo est utile pour le recueil des signes qui échappent à l'observation directe.

Les moyens psychométriques sont utilisés lorsque le niveau de développement de l'enfant le permet, avec des tests adaptés aux enfants autistes. (Rondal, 1989, P.320).

12- La prise en charge de l'autisme

La prise en charge des enfants autistes exige une intervention thérapeutique dans le but d'améliorer leurs comportements par un programme qui se compose des interventions éducatives dans l'ensemble des domaines du développement. Pour le moment aucun traitement médical ou psychologique n'a été trouvé pour guérir l'autisme, les méthodes existantes ont pour objectif d'améliorer la qualité de vie des personnes avec un autisme sans apporter toute la preuve de leur efficacité.

12-1. L'éducation structurée

Le premier traitement de l'autisme est l'éducation. Les enfants autistes ont droit, comme les autres à l'éducation. Celle-ci vise l'épanouissement de la personne et sa progression vers une vie qui sera la plus autonome possible dans un cadre où l'individu pourra développer ses capacités, ses compétences et s'insérer dans la communauté sociale en fonction de ses moyens.

L'éducation proposée aux enfants autistes est spécifique car le développement des enfants autistes présente des particularités dont il faut tenir compte pour planifier les apprentissages et les organiser de manière cohérente en fonction des objectifs poursuivis. Les enfants porteurs d'autisme font difficilement des apprentissages spontanés. Ce programme se base sur des fonctions telles que l'imitation, la perception, la motricité, l'attention, ainsi que le langage et la communication dans le but de développer et d'améliorer ces capacités pour une meilleure adaptation à son entourage.

Les priorités éducatives vont être déterminées en fonction des résultats de l'évaluation, des attentes de la famille et du milieu fréquenté par l'enfant dans la journée. Le programme va comporter des objectifs de travail définis en fonction des capacités et des lacunes actuelles, des demandes des parents et de ce qui est réalisable. (Rogé B., 2003, P 114)

12-2. Les prises en charge thérapeutiques**12-2-1. Les traitements médicamenteux**

Faire l'état de la question des médicaments dans l'autisme n'est pas facile car les données en pharmaco-épidémiologie sont rares et les études peuvent présenter des résultats opposés pour un même essai médicamenteux.

Néanmoins, un fait est certain : il n'existe pas de pharmacologie spécifique pour l'autisme et pas de médicaments dont on puisse affirmer qu'ils aient montré leur efficacité curative dans les troubles autistiques. Toutefois, certains symptômes ou comportements autistiques peuvent bénéficier de traitements efficaces.

Ainsi, les médicaments ont toujours été considérés dans l'autisme comme secondaires comme un traitement d'appoint avec des objectifs symptomatiques. En général, et depuis longtemps, un effet principalement recherché a été la diminution des comportements gênants

d'agitation , d'agressivité, éventuellement d'automutilation chez ces enfants, au moyen de neuroleptiques dits traditionnels, agissant essentiellement par une action sédatrice.

Il y a donc un objectif double dans le traitement proposé aux personnes autistes : réduire des comportements gênants quand ils existent et réhabiliter des fonctions déficitaires .De plus, dans l'autisme, les traitements sont souvent de longue durée, et se pose alors la question d'éventuels effets délétères sur le développement après plusieurs années de traitement. Il est donc important d'avoir en tête ces paramètres pour prescrire.

De tout cela, il est bon de retenir qu'il n'y a pas un médicament de l'autisme et qu'il n'y en aura sans doute jamais un, compte tenu de la diversité des autismes. Il est donc important avant toute prescription, d'évaluer sur quelles cibles comportementales ou quelles fonctions on veut intervenir et pour quels types de troubles autistiques et quel profil d'enfant autiste on veut essayer ce traitement. (Tardif C. et Gepner B., 2003, P 107- 108)

12-2-2. Les psychothérapies

Les psychothérapies sont multiples : elles peuvent être individuelles ou groupales et elles peuvent utilisées assez diversement pour agir sur les troubles du comportement ,sur l'éveil sensoriel, sur les perceptions corporelles, sur les capacités de jeux, sur les fonctions instrumentales...Elles peuvent être médiatisées par des supports (jeux, peinture, musique...)

La psychothérapie individuelle, notamment pour les personnes d'assez bon niveau et ayant des moyens de communication à disposition, pourra être un soutien utile pour évoquer et élaborer leurs peurs, leurs angoisses et la souffrance d'être différent.

Les thérapies familiales systémiques pourront elles aussi être une modalité envisagée pour la personne autiste soit vue et reçue avec ses proches dans un espace prévu pour parler des interactions familiales et du système dans lequel les échanges s'opèrent.

es thérapies cognitivo-comportementales(TCC) dans leurs différentes formes s'intéressent généralement à modifier certains comportements inadaptés ou dangereux pour la personne ou pour autrui (automutilations, agressivité) (Tardif C. et Gepner B., 2003, P 108-109)

Programme ABA :

C'est un programme qui se base sur les thérapies cognitives et comportementales qui à pour objectifs de développer les comportements positifs et de réduire les conduites inadaptées. Elles reposent sur des techniques d'évaluations et de l'apprentissage.

L'ABA est un programme qui repose sur ce modèle comportemental de l'apprentissage. Il a pour objectifs de construire le répertoire des comportements sociaux nécessaires à l'adaptation et de diminuer les comportements problématiques. Ce type de traitement consiste en l'apprentissage de petites unités de comportements dans le cadre d'essais répétés. Le comportement est donc fractionné en petites étapes qui seront enseignées le plus souvent dans une situation d'apprentissage individuel. (Rogé B., 2003, P119-120)

12-3. Les prises en charge rééducatives

Nous évoquerons essentiellement les rééducations du langage et de la communication qui sont essentielles pour des enfants dont la fonction communicative est la plus gravement touchée, et aussi parce que, de ce fait, diverses techniques ont été essayées auprès d'eux dans ce domaine.

Le but du travail sur la communication est de pouvoir donner à l'enfant des moyens d'échanger avec son entourage. Dans la prise en charge orthophonique des enfants atteints d'autisme. L'objectif n'est pas une application de techniques à visée purement correctrice mais une approche plus large de la communication, communication et socialisation étant intimement liées dans le développement de l'enfant ; le langage prenant sa valeur de communication dans un processus de socialisation.

Ainsi, aux côtés des techniques classiques de rééducation, l'enfant autiste pourra bénéficier de l'aide :

- du programme Makaton : support d'aide à la communication avec un lexique modulable adapté aux besoins de l'enfant et enseigné à l'aide de signes (ceux de la langue des signes française : LSF) et de symboles (en général des pictogrammes), accompagnés par la parole ;
- de la communication par ordinateur : elle peut être réalisée de plusieurs façons. Une des techniques est une méthode de communication assistée appelée « la communication facilitée », où la personne autiste est aidée par un tiers qui lui offre un soutien moteur (au niveau du

bras ou du poignet) pour faciliter son geste de pointage de lettres à taper pour écrire son mot. (Rogé B., 2003, P 110-111)

12-4. Les prises en charge éducatives

Les prises en charges éducatives regroupent un ensemble de méthodes et de stratégies d'enseignement appliquées aux enfants et adolescents autistes afin de leur permettre un accès au savoir. Le but est bien plus de leur donner des outils pour mener une vie aussi indépendante que possible, pouvoir s'occuper seul de façon constructive ,et participer à la vie de leur entourage avec des moyens de communication et d'intégration socialement adaptés . (Rogé B., 2003, P113).

Synthèse

Le trouble du spectre autistique est un handicap qui fascine de nos jours, il a suscité beaucoup d'interrogations et il devient de plus en plus un centre d'intérêt pour les spécialistes qui ont effectués beaucoup de travaux, dont découlent aujourd'hui des faits et des hypothèses et pour le large public. Malgré cela, il reste un des plus grands problèmes scientifiques à l'heure actuelle, nous ne savons toujours pas précisément d'où provient l'autisme et les réelles causes biologiques, même si nous avons beaucoup d'hypothèses plus au moins confirmées. En effet, il est connu comme un trouble envahissant du développement qui apparaît dès la première année de vie avec des premières manifestations subtiles et variables qui se transforment en des symptômes clairs vers l'âge de deux ou trois ans, et parfois beaucoup plus tard.

Ce trouble autistique envahit le quotidien de l'enfant et celui de tous les membres de sa famille, notamment la maman et sa santé mentale, et cela peut changer les habitudes de sa famille. Donc afin de bien s'en rendre compte il nous faut, en plus de cerner les troubles du spectre autistique, déchiffrer la notion de famille.



CHAPITRE-3-

LA SANTÉ MENTALE

Préambule

La santé mentale est plus que l'absence de maladie ou de troubles mentaux : elle constitue une forme de bien être complet et interpelle notre capacité à jour de la vie et à faire face aux défis auxquels nous sommes confrontés, la santé mentale et la maladie mentale ne représentent pas les extrêmes d'un même continué, mais constituent plutôt des concepts distincts bien que corrélés.

La santé mentale influence directement le fonctionnement personnel et social des individus justifiant l'importance d'agir en amont des problèmes pour promouvoir la santé mentale.

1. Aperçu historique :

Durant le milieu du XIXe siècle, William Sweetzer était le premier à définir clairement le terme d' "hygiène mentale", qui peut être perçu comme étant précurseur des approches contemporaines de la santé mentale (The Realization of an Idea, 1995).

Isaac Ray, l'un des trente fondateurs de l'Association Américaine de Psychiatrie (AAP), détaille la santé mentale comme un art de préserver l'esprit contre les incidents et les influences qui pourraient endommager ou détruire son énergie, sa qualité ou son développement (The Realization of an Idea, 1995).

Une figure importante de l' "hygiène mentale", pourrait être Dorothea Dix (1808-1887), une institutrice, qui a tenté d'aider toute sa vie les individus atteints de troubles mentaux, et amener à la lumière du jour les conditions déplorables dans lesquels ils ont été entraînés. Ce mouvement était connu sous le nom de "mouvement d'hygiène mentale"(Barlow, D.H., Durand, V.M., Steward, S.H. (2009) p.16).

Avant ce mouvement, les individus atteints de troubles mentaux dans le xixe siècle étaient considérablement négligés, souvent laissés seuls dans des conditions déplorables, possédaient à peine de quoi s'habiller.

Les efforts de dix ont servi et nombre de patients atteints de troubles mentaux ont été pris en charge, mais cela a malheureusement fait que les patients ont reçu moins d'attention et de soin, parce que ces institutions manquaient largement de personnel (Barlow, D.H., Durand, V.M., Steward, S.H. (2009) p .16).

Durant le début du xxe siècle, Clifford Beers fonde le National Committee for Mental Hygiene et ouvre la première clinique pour patients atteints de troubles mentaux aux États-Unis(Clifford Beers Clinic. (30 octobre 2006).

Le nouvel élan des politiques de santé mentale, impulsé dans les années 1990, va bien au-delà de ces dispositifs limités.

Avec ce terme, il s'agit en réalité d'un changement de paradigme des politiques de santé publique. Là où autrefois le champ psychiatrique de la folie constituait le fondement et le socle légitime des interventions de l'État, la santé mentale est désormais la priorité et la fin d'un nouveau domaine illimité.

C'est que le malaise social est de plus en plus décrit et appréhendé comme un malaise subjectif : la dépression est déclarée « mal du siècle » et tout lien social peut être cause de traumatisme. Mais c'est aussi et surtout que l'idéal de santé, conçue comme le capital-ressource nécessaire pour faire face aux aléas de la vie en société, constitue le nouveau bien démocratique. La santé mentale a ainsi été déclarée « nouveau droit de l'homme ». L'idéal est celui de la « santé mentale positive », dont la production est posée comme préoccupation de l'État, et dont la réalisation doit être le souci de chacun (Robert Castel, 1981).

2. Définition de la santé mentale

2-1 Selon le petit dictionnaire de LAROUSSE : « c'est un état d'équilibre psychique, émotionnel, et des fonctions intellectuelles. Plusieurs définitions sont attribuées à la santé mentale, visant à bien cerner ce concept, mais on peut constater clairement la complexité de sa conception, Les multiples dimensions qu'elle recouvre, et le vaste champ qu'elle occupe.

D'après le grand dictionnaire de psychologie LAROUSSE, la santé mentale signifie : l' « aptitude du psychisme à fonctionner de façon harmonieuse, agréable, efficace et à faire face avec souplesse aux situations difficiles en étant capable de retrouver son équilibre...elle fait partie plus générale de santé : Pleine jouissance du bien-être social, mental et psychique et pas seulement absence de maladies ou de déficience. » (Le grand dictionnaire de psychologie LAROUSSE, 2003, p. 813).

2-2 Selon l'Organisation Mondiale la Santé (OMS) la décrit comme « un état de complet bien-être physique, mental et social dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un

individu et du bon fonctionnement d'une communauté») (World Health Organization, 2001, p. 1)

D'après l'OMS, les déterminants de la santé mentale comprennent ainsi des facteurs individuels (maîtrise des pensées, émotions, comportements et relations aux autres), sociaux, culturelles, économiques, politiques et environnementaux. Le niveau de vie, les conditions de travail ou le soutien social sont autant d'intervenants dans les troubles mentaux d'une population.

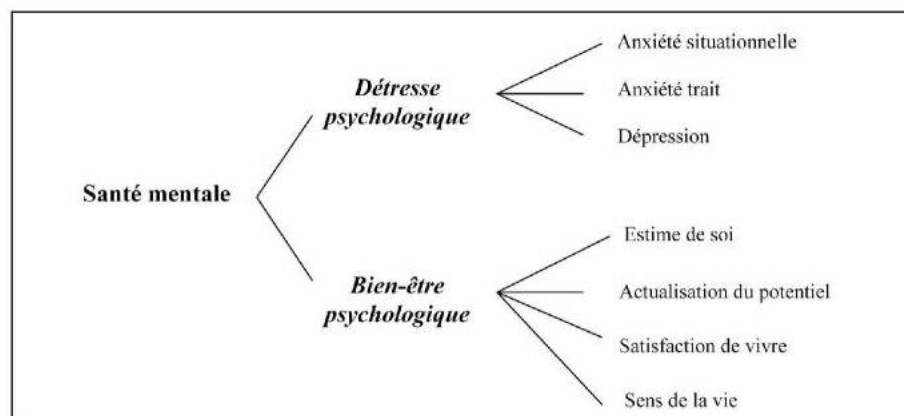
3 Le modèle de Labelle *et al* :

Le modèle de Labelle *et al* développent un modèle définissant la santé mentale comme composée, d'une part du bien-être psychologique et d'autre part la détresse psychologique.

Ce modèle dit hiérarchique cognitivo-affectif, s'intéresse de fait à des aspects cognitifs et affectifs de la santé mentale. Le bien-être psychologique est alors constitué de l'estime de soi, de l'actualisation du potentiel, de la satisfaction de vivre et du sens de la vie.

La détresse psychologique est quant à elle composée de l'anxiété situationnelle, de l'anxiété de trait et de la dépression comme la figure 1 l'illustre.

Figure N°01 : modèle hiérarchique cognitivo-affectif en santé mentale de Labelle *et al*. (2001)



Leurs études ont démontré que la notion de santé mentale s'inspire de deux écoles de pensées : d'abord celle de la psychopathologie qui porte sur des indices affectifs négatifs et celle de la qualité de vie associée aux facteurs cognitifs composée d'indices positifs.

Alors que l'anxiété situationnelle, l'anxiété de trait et la dépression se regroupent sous le construit de la détresse psychologique, l'estime de soi, l'actualisation du potentiel, la satisfaction de vivre et le sens à la vie se rassemblent sous la notion de bien-être psychologique.

La notion de santé mentale ainsi identifiée conjugue avec des variables telles que la détresse et le bien-être psychologique.

Il semble important de préciser que dans ce modèle, l'absence de détresse ne signifie pas nécessairement un bien-être psychologique, pas plus que l'opposé

4 Le modèle de Kovess-Masfety *et al.*

Kovess-Masfety *et al.* (2010) précisent trois dimensions de la santé mentale :

4-1 Les troubles mentaux qui réfèrent à des classifications psychiatriques. Ils sont diagnostiqués sur la base de la présence significative de symptômes bien précis.

Ces troubles sont de durées variables, de sévérités plus ou moins fortes et handicapantes pour la personne.

Parmi les troubles mentaux, on retrouve les troubles psychotiques (schizophrénies, psychoses maniaco-dépressives), les troubles dépressifs caractérisés, les troubles anxieux, les troubles de l'usage des produits toxiques (alcool, drogues, médicaments) et les troubles de la personnalité (personnalité antisociale, borderline, etc.)

4-2 La détresse psychologique parfois appelée souffrance psychique, est définie comme un état de mal-être qui n'est pas nécessairement révélateur d'un trouble mental.

Cette détresse psychologique indique l'existence de symptômes anxieux et dépressifs, dont l'intensité est faible et dont la présence est passagère. Ces symptômes ne correspondent pas à des critères de diagnostic. Ils peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes ainsi qu'à des difficultés que l'individu rencontre dans sa vie.

4-3 la santé mentale positive réfère soit à un état de bien-être, un sentiment de bonheur et/ou de réalisation de soi, soit à des caractéristiques de la personnalité (capacité de faire face aux difficultés, optimisme, résilience, estime de soi, impression de maîtriser sa vie).

C'est donc un état positif, d'équilibre et d'harmonie qui se crée au sein du système constitué des caractéristiques de l'individu et de celles du milieu auquel il doit s'adapter.

Les auteurs définissent donc la santé mentale à partir de trois composantes principales : les troubles mentaux, la détresse psychologique et la santé mentale positive qui s'apparente au bien-être psychologique.

5 Les facteurs déterminants de la santé mentale

La santé mentale est au croisement de plusieurs déterminants qui interagissent, elle est influencée par des conditions interdépendantes, et à partir de ses déterminants qu'on peut comprendre les causes de l'apparition des troubles et des maladies.

Le modèle biopsychosocial accorde une importance aux divers facteurs qui peuvent avoir une influence au moment d'effectuer une évaluation dans le domaine de la santé.

5.1 Les ressources personnelles de base

Les connaissances, compétences et attitudes permettant à un individu de faire face aux demandes et aux défis de la vie.

Elles s'acquièrent tout au long de la vie et sont généralement amenées à se moduler selon son développement.

5.2 L'estime de soi

Renvoi à la perception d'un individu de sa valeur, de son identité distincte et de ses compétences dans les différents domaines de vie.

5.3 Le soutien social

C'est la réponse de l'environnement à la demande d'aide et de soutien émotif, informatif ou matériel d'individu. Perception que se fait celui-ci du réconfort, de l'appréciation, de l'aide et soins reçus de son entourage.

Enfin, il s'agit de l'étendue des liens établis par un individu avec des personnes significatives de son environnement mesurée en termes de liens sociaux, de participation à des organisations, de richesse et de complexité du réseau, de l'accessibilité et de l'adéquation de ce soutien.

5.4 L'inclusion sociale

Processus d'engagement des individus ou des groupes soutenant la contribution active de tous et de chacun à la société, que celle-ci soit de nature économique, sociale, culturelle ou politique.

5.5 L'environnement favorable

L'environnement socioéconomique, physique, politique et communautaire contribuant de façon positive à la santé mentale de la personne. Il inclut notamment les infrastructures et les services, de même que l'accès à des milieux sains, stimulants et sécuritaires.

5.6 Les facteurs biologiques négatifs L'ensemble de facteurs entravant le développement et le fonctionnement normal du cerveau. Ils comportent entre autres les toxines ainsi que les privations alimentaires, cognitives et sociales.

5.7 Le stress

Situations ou événements contribuant à créer un déséquilibre entre les demandes de l'environnement et les ressources d'un individu pour y répondre. Les stressors peuvent être quotidiens (exemple : conciliation travail-famille), chroniques (exemple : maladies), majeurs (exemple : déménagement) ou transitoires (exemple : changement d'emploi).

5.8 Les inégalités socioéconomiques

Écarts socioéconomiques au sein de la population (écarts de revenu, d'éducation, de connaissance). La pauvreté en particulier a des répercussions majeures.

5.9 L'exclusion sociale

Situation entraînant la stigmatisation et l'exclusion sociale de certains individus sur le bas de la race, du genre, de la classe sociale, de la santé mentale ou d'autres raisons discriminatoires. L'exclusion sociale se réfère aux facteurs qui réduisent l'accès de certaines personnes aux ressources sociales se réfère aux facteurs qui réduisent l'accès de certaines personnes aux ressources sociales, économiques et politiques.

5.10 L'environnement défavorable

L'environnement socioéconomique, physique, politique et communautaire ayant un effet négatif sur la santé mentale de la personne. L'environnement défavorable comprend notamment les éléments liés aux conditions de vie. (Revue le Partenaire, 2011, p.05).

6 Les indicateurs de la santé mentale

6-1 Dépression :

À l'instar de la détresse psychologique, la dépression est un problème de santé mentale. Il s'agit d'une variation ou une déviation complexe au niveau émotionnel, cognitif et comportemental chez l'individu (Beck et Alford, 2009).

Elle se traduit généralement par « un profond sentiment de tristesse... d'impuissance, d'irritabilité, de découragement ou de pessimisme » (Dagenais et Ruta, 2007, p. 19). Les symptômes qui se manifestent souvent dans le cas d'une dépression sont, entre autres, les problèmes de sommeil et la dévalorisation (Dagenais et Ruta, 2007).

Bonde (2008) souligne que la dépression est caractérisée par une réduction d'humeur et d'intérêt pouvant durer au moins quatorze jours qui peut mener à une morbidité psychiatrique. Dagenais et Ruta (2007) ajoutent que les symptômes dépressifs s'expriment chez l'individu par une perte d'estime de soi, une variation dans le poids et l'appétit et une perte de plaisir.

L'individu peut aussi avoir tendance à s'isoler socialement, ce qui le fragile, entraînant ainsi une aggravation des symptômes dépressifs, ce qui conduit, dans certains cas, à des idées suicidaires, allant jusqu'aux tentatives de suicide (Dagenais et Ruta, 2007; Tiller, 2010).

La dépression peut être associée à des situations de travail ou à des traumatismes ou à des événements négatifs qui surgissent dans la vie de l'individu (Bakker et al., 2000). Au travail, le stress semble jouer un rôle majeur dans l'avènement de la dépression (Gilmour et Patten, 2007; Shields, 2006).

-Les symptômes de la dépression :

En général les symptômes de la dépression sont variés et se manifestent souvent tant d'une manière psychologique, qu'organique, ils peuvent être classés en catégories suivante :

1 symptôme en rapport avec les sentiments : chagrin, tristesse, angoisse, culpabilité, colère, hostilité, énervement, irritabilité.

2 symptômes comportementaux : excitation, le faciès est triste, la position du corps exprime le découragement. En plus ralentissement psychomoteur, pensées et discours lents, pleurs, tentatives de suicide.

3 symptômes qui sont en rapport avec les attitudes envers soi-même et l'environnement: auto-accusation, faible estime de soi, sentiments de lassitude, de désespoir, pessimisme, idées de mort et de suicide.

4 symptômes d'affaiblissement cognitif : diminution de l'aptitude à penser et difficultés de concentration.

5 symptômes en rapport avec des changements organiques et des ennuis (symptômes neurovégétatifs) : incapacité de vivre le plaisir, diminution de l'appétit, perturbations du sommeil, perte d'énergie, épuisement, diminution du désir sexuel et plaintes somatiques. (Kleftaras.G. 2004, P 27-28).

- Klerman (1988) a rédigé une liste détaillée des symptômes de la dépression :

1-Humeur dépressive : la grande majorité des dépressifs mentionnent un certain degré de tristesse ceci est varier entre tristesse légère ou mélancolie.les dépressifs considèrent leur situation irréversible, peuvent pleurer souvent, certains peuvent paraître de bonne humeur, sourire, malgré leur tristesse intérieure, ou leur désespoir, mais si un seul mot(bon ou mauvais) est prononcé, leurs défenses diminuent, ils fléchissent et il éclatent en sanglots.

2-Perte de l'intérêt ou du plaisir pour les activités habituelles : beaucoup de dépressifs semblent perdre la capacité de tirer satisfaction des activités qu'ils avaient l'habitude de considérer comme plaisantes comme les repas, les sorties rien ne leur fait plaisir. Dans le langage des comportementalistes on pourrait dire que ces activités ne sont plus stimulantes et ne l'intéressent plus.

3-Sensation de fatigue et perte d'énergie : les dépressifs se sentent souvent très fatigués, le manque de motivation, manque d'énergie, ils se plaignent de faiblesse, de douleurs et d'épuisement, ils ont une difficulté à commencer une activité et même à la terminer.

4-Ralentissement du discours, de la pensée et du mouvement : les dépressifs parlent d'habitude très lentement, ils tardent beaucoup à répondre aux questions qu'on leur adresse, ils agissent lentement les mouvements du corps sont lents et les gestes moindres. Les thérapeutes souvent mentionnent qu'ils se sentent épuisés après un entretien avec un tel patient.

5-Changes dans l'appétit : beaucoup de dépressifs n'ont pas d'appétit et perdent du poids, un grand pourcentage de dépressifs qui varie entre 70% et 80%, souffre d'anorexie accompagnée de perte de vie, mais pour (Klerman.1978, Manos.1997).Au contraire un

pourcentage bien moins élevé des dépressifs présente une augmentation d'appétit et prend du poids à cause de l'accroissement de la consommation de nourriture.

6-Perturbation du sommeil : l'insomnie est un signe particulièrement fréquent de la dépression. L'insomnie peut survenir initialement (la personne ne peut pas s'endormir), d'habitude, l'insomnie initiale est plus liée à l'anxiété qu'à la dépression dans certains cas la perturbation du sommeil prend la forme d'hypersomnie.

7-Plaintes somatiques et dysphorie : souvent les dépressifs se plaignent de douleurs de différents problèmes organiques selon Klerman (1988) quelques-uns des problèmes les plus communs qu'ils présentent, douleurs en haut dos, des crampes musculaires, nausée, vomissements, bouche sèche, miction douloureuse ...etc. (Kleftaras.G. 2004, P 28-29).

8-Excitation : les dépressifs présentent parfois une agitation excessive. Une tension intérieure, ils bougent constamment, ils font les cent pas, ils remuent leurs mains, ils font des mouvements brusques, ces activités n'offrent aucun soulagement et ne font pas cesser l'état de tension.

9-Diminution du désir sexuel : pour les hommes le problème est directement lié à l'épuisement, au manque ou d'énergie perte général d'intérêt ou du plaisir pour les activités habituelle, parfois les problèmes sexuels pourraient être dus ou traités médicalement ou d'autre problème organiques ou psychogènes.

10-diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer : le processus mental et l'activité des dépressifs se ralentissent, et souvent accompagné de problèmes de la mémoire, ils ont tendance à avoir des difficultés de concentration, et parfois ils ont des idées fixes, au point de présenter parfois un comportement obsessionnel.

11-Sentiments et pensées de dévalorisation, de faible estime de soi, d'autoaccusation, de culpabilité et de honte : ces symptômes constituent une caractéristique principale de la dépression. Les dépressifs semblent se retirer de vie ils se considèrent comme problématiques, ils expriment souvent sentiments de culpabilité et des remords pour des fautes ou des échecs du présent et de passé, la faible estime de soi, se manifeste par la conviction de la personne qu'elle est et continuera à être « un échec » et décevant pour son entourage.

12-l'anxiété : un pourcentage de dépressifs, qui varie entre 60% et 70%, mentionne qu'ils ressentent une anxiété intense et parfois une inquiétude exagérée.

13-Sentiment d'incapacité, de pessimisme, de désespoir : ces dépressifs se sentent impuissants et désespérés dans ce monde, étant donné cette conviction, le suicide peut paraître malheureusement comme le seul moyen possible d'échapper à cette réalité douloureuse.

14-Idees de mort et de suicide : beaucoup de dépressifs pensent à la mort et ont des idées récurrentes de mort et de suicide souvent ils disent : « Je voudrais échapper à tout cela ».Le suicide constitue la complication la plus grave et la plus dangereuse de la dépression, il faut être prudent, quand une personne mentionne le suicide, parce que, contrairement à ce que l'on croit, beaucoup de ceux qui essaient de se suicider parlent de leurs intentions avant de le faire. (Kleftaras.G. 2004, P 30-32-33).

Ce n'est pas nécessaire que tous les symptômes doivent être présent pour que la dépression soit diagnostiquée on se réfère toujours à la durée et la gravité et l'intensité.

6-2 L'anxiété : Le mot vient du (latin *anxiétas* qui signifie serrer) est définie comme un état émotionnel de tension nerveuse, de peur forte, mal différencié et souvent chronique, prédisposition, d'une personne aux états anxieux. (Bloch H et Coll, 1991, p.70).

Pour Pierluigi G, l'anxiété est : un état émotionnel qui possède la qualité subjective expérimentée de la peur ou d'une émotion très proche. Elle est désagréable, négative dirigée vers le futur parfois exagérée par rapport à la menace et inclut des symptômes corporels subjectifs et manifestes. (G. Pierluigi, 2003, p.12).

« L'anxiété, état affectif caractérisé par un sentiment d'insécurité, de trouble diffus. Souvent employée comme synonyme d'angoisse, l'anxiété s'en différencie par l'absence de modifications physiologiques (sensation d'étouffement, sueurs, accélération du pouls...), qui ne manquent jamais dans l'angoisse ». (Norbert Sillamy, 2003, p.36).

Selon les données épidémiologiques, les anxieux touchent au moins 10% de la population générale, ils sont plus fréquents deux fois par rapport aux hommes, les enfants et les adolescents sont aussi affectés. « L'anxiété généralisée touche les adultes comme les enfants, les premiers étant généralement plus sensibles aux soucis concernant le devenir des membres de leur famille problèmes financiers, réussite des enfants. Les seconds plus sensibles encore aux inquiétudes sur leurs performances et compétences » (C. Charon, N. Dumet, N. Guéguen, alt, 2007, p. 09).

Les symptômes de l'anxiété :

Le corps réagit à l'anxiété en libérant des hormones de stress comme l'adrénaline et le cortisol. Ces hormones mettent les personnes anxieuses dans un état d'alerte élevé, comme si

elles devaient faire face à d'éventuelles menaces et répondre à une situation de combat-fuite.

Par conséquent, certains symptômes courants de l'anxiété sont les suivants :

- Au niveau mental :

- Sensation de tension, de nervosité et d'agitation
- Sentiment de crainte ou de panique, ou sensation d'être en danger.
- Se sentir constamment « sur les nerfs »
- Sentiment de perte de contrôle
- Difficulté à se concentrer ou à penser clairement
- Sentiment de déconnexion, ou inquiétude d'être déconnecté de la réalité
- Être irritable
- Avoir des pensées incontrôlables et obsessionnelles
- Faire des cauchemars

(<https://www.neuraxpharm.com/fr/troubles/anxiete#> consulté le 20/04/2024 13h) 7.2 Au niveau physique :

Un rythme cardiaque rapide, irrégulier (palpitations).

- Respiration rapide
- Essoufflement
- Étourdissements ou vertiges
- Sécheresse buccale
- Transpiration ou bouffées de chaleur
- Crampes à l'estomac ou nausées
- Maux d'estomac
- Tremblements ou convulsions
- Besoin fréquent d'aller aux toilettes
- Incapacité à rester immobile
- Maux de tête
- Douleurs et tensions musculaires

• Fourmillements • (<https://www.neuraxpharm.com/fr/troubles/anxiete#> consulté le 20/04/2024 à 13h)

L'adaptation : André Gillian et René Pry, définition la compétence sociale comme étant « l'aptitude à se comporter de manière socialement appropriée dans différents contextes », pour

eux le comportement adaptatif est une réponse typique ou significative qui se modifie avec l'âge. (A. Gillian, et Pry, 2007, p.59-60).

L'adaptation est définie comme étant « un ajustement d'un organisme à son milieu et l'être vivant dispose d'une certaine plasticité il à laquelle lui est possible de rester en accord avec son environnement et de maintenir l'équilibre de son milieu intérieur. Cet ajustement s'opère par une suite d'échanges ininterrompus entre le corps et son milieu, dans la double action du sujet sur l'objet (assimilation) et de l'objet sur le sujet (accommodation). Ces deux modes d'action, interdépendants, se combinent sans cesse pour maintenir l'état d'équilibre stable qui définit l'adaptation. Il y a adaptation, dit J.Piaget, lorsque l'organisme se transforme en fonction du milieu et que cette variation a pour effet un équilibre des échanges entre l'environnement et lui, favorables à sa conservation ». (N.Sillamy, 2003, p.06).

En contrepartie, l'inadaptation est conçue comme un défaut d'intégration au milieu. L'inadaptation dont les causes peuvent être physique (infirmité motrice), sensorielles (cécité, surdité), intellectuelles (arriération) ou caractérielles, se traduit par l'impossibilité d'assumer dans la société son rôle normal, de satisfaire ses exigences et celles de l'entourage. Selon la situation où elle se manifeste, on parle d'inadaptation familiale, scolaire, professionnelle ou sociale. (N.Sillamy, 2003, p.140)

7La prévention en santé mentale

La prévention primaire

Elle consiste à travailler à la réduction des éléments stressants dans un environnement donné ou à fournir aux individus et collectivités des outils pour mieux faire face aux agressions de leur milieu. (Jean Gagné, 1994, p.257-258)

La prévention secondaire

C'est l'équivalent d'un dépistage précoce ; elle consiste à mettre en place des mesures d'identification et de traitement des problèmes dès leur apparition (Jean Gagné, 1994, p.257-258)

La prévention tertiaire

Elle a pour objectif de réduire les séquelles d'un traitement ; ce sont les activités que l'on désigne généralement par les termes de réinsertion et réadaptation. (Jean Gagné, 1994, p.257-258).

Synthèse

Le bien-être et la santé mentale de la population nécessitent des stratégies de promotion pour améliorer leur bien-être et leur santé mentale. Une évaluation de la santé mentale qui prend en compte les divers aspects du bien-être est enrichissante car elle permet d'évaluer le niveau global de santé mentale des individus, de mener des études pour identifier les facteurs qui peuvent la renforcer, d'évaluer le risque de développement de troubles mentaux et d'évaluer l'impact des interventions visant à favoriser, soutenir ou prévenir la perte de santé mentale.



Partie pratique



CHAPITRE-4-

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Préambule

Afin de répondre à la problématique, nous avons opté pour une démarche et outils d'investigation qui seront présentés dans cette partie.

1. La méthode utilisée

Pour la collecte des données et pour bien mener notre recherche qui porte sur la santé mental chez les mamans ayant un enfant autiste pris en charge dans l'établissement hospitalier spécialisé en pédopsychiatrie pour la prise en charge psychologique, nous avons opté pour la méthode clinique qui se définit selon M.Rechelin comme une méthode de recherche propre à accroître nos connaissances générales en psychologie, une étude approfondie d'individus particuliers dont l'individualité est reconnue et respectée ». (Reuchlin,M.2002, p.99)

La méthode clinique est une méthode qui repose sur le fait d'essayer d'obtenir des données qui concernent des événements passés, ou bien celles qui concernent un problème actuel à la lueur des antécédents historiques ou passées de l'individu.

Elle permet d'accroître les connaissances que l'on a d'un individu et de comprendre les changements qui surviennent chez lui (Goussard.J.P, 200, p2).

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires; le premier correspond au recours à des techniques (observation, tests, échelles, entretiens...). Alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive de cas (Fernandez L, 2005, p.42). L'étude de cas vise non seulement à donner une description d'une personne, de sa conduite et de ses problèmes, (Huber W, 1987, p93), mais elle cherche aussi à éclairer le diagnostique, le développement, et la prise en charge psychologique ayant pour objet de repérer son apport. Dans notre recherche nous nous sommes appuyées sur la description et l'étude de cas dont le nombre est à 06 cas.

1-2 l'étude de cas :

L'étude de cas est généralement utilisée par les cliniciens pour élaborer une étude approfondie, ainsi que tenter de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte des différentes circonstances des survenues actuelles et passées.

Pour les psychologues, l'étude de cas est utilisée afin de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire et ce indépendamment des aspects de diagnostic. Celui-ci favorise le contact affectif, l'expression émotionnelle, la clarification passée et présente...etc. l'étude de cas enrichit la connaissance en science humaine dans la mesure où elle favorise les productions des représentations

subjectives en situation et en relation, ce que des mesures objectives et fiables ne peuvent aucunement apporter, d'où la nécessité d'envisager la méthode clinique comme fondamentalement complémentariste. Rappelons pour cela subjectivité ne signifie pas absence de rigueur. (Chahraoui & Benony, 1999, P.11).

Parler d'étude de cas implique que la singularité et l'originalité ne se suffisent pas à elles même, mais qu'elles doivent faire l'objet d'une action, d'une méthode, pour les faire apparaître : étudier un cas c'est bien le découler parmi les autres, comme représentant d'une caractéristique, d'une essence, lui faire subir une analyse. On mesure alors les points de convergence avec l'idéal de la méthode clinique (singularité, totalité, concret, humain) et les divergences (analyse, transformer, faire apparaître...), l'étude de cas est un récit qui raconte de manière approfondie la vie de quelqu'un ou son parcours avec le clinicien. (Colin, 2015). L'étude de cas correspond à deux étapes différentes répondant à des opérations spécifiques, la première étape est celle de travail clinique concret et s'apparente à une procédure de recueil des informations adoptées à chaque sujet et la deuxième étape est l'élaboration de ces informations sous forme d'une construction répondant à ces principes fondamentaux. (Pedinelli, 2005).

2- Le terrain de la recherche :

Notre stage pratique a été effectué A (Etablissement hospitalier spécialisé en psychiatrie d'Oued-Ghir)

2-1- Présentation des lieux de recherche :

L'hôpital psychiatrique d'Oued Ghir

- Localisation : Oued Ghir, Bejaïa
- Maître d'ouvrage : Direction de la Santé Publique de Béjaïa
- Programme : 120 lits
- Concepteur : Société civile professionnelle d'architectes B.A.R.T
- Surface projet : 1 289,66 m²

Le projet consiste en la projection d'un hôpital psychiatrique d'une capacité de 120 lits, à OUED GHIR dans la wilaya de BEJAIA, sur un terrain d'une superficie d'environ quatre (04) ha. Un projet « thérapeutique » de prise en charge, de surveillance, d'assistance et d'apport de soins et d'attention nécessaires à une catégorie de malades manifestant des besoins assez spécifiques. Ces services devant répondre aux objectifs fixés pour

l'établissement, à savoir la guérison et la réinsertion de cette frange de la société dans la vie de tous les jours.

Le site accueillant le projet a pour particularité d'avoir une topographie assez accidentée, une configuration irrégulière, sans orientation préférentielle et dont les limites ont une forme curviligne. Un autre point essentiel est celui de l'accessibilité qui est limitée à la partie Nord-Ouest du terrain, (partie dont la topographie est la moins accidentée). Le reste du terrain présente une forte déclivité et est difficilement accessible. Ces différents éléments constituent des critères importants pour l'implantation du projet qui sera sous forme de banquettes suivant les courbes de niveau afin de minimiser les travaux de terrassement.

A ces aspects topographiques et géométriques, la conception de ce projet reste conditionnée par un programme fonctionnel de l'équipement hospitalier devant être respecté. Ceci a dicté les principes de conceptions suivant :

- Hiérarchisation des espaces selon le niveau d'accessibilité.
- Positionnement des activités au contact avec l'extérieur à proximité de l'entrée de l'établissement tels que : Bloc des urgences, administration et l'hôpital de jour
- Localisation des logements à proximité de l'entrée et loin des blocs d'hospitalisation ;
- L'affectation des blocs d'hospitalisation en Rez-de-chaussée qui seront organisés en espace jour (salle polyvalente, séjour, salle à manger...) et espace nuit (chambres) autour de jardins accessibles, selon leur implantation, par des rampes ou de plain-pied.

En effet, les contraintes fonctionnelles représentent un autre niveau de difficulté. A ce titre, une rigueur est observée au niveau du programme et des circuits (suite d'espaces et de services) pour éviter tout problème de chevauchement entre les fonctions, tout en offrant aux malades, aux visiteurs et même aux employés toutes les commodités nécessaires au bon fonctionnement de l'équipement.

Ainsi, le concept architectural a émergé de l'analyse du site au profit des vues et de l'environnement immédiat. Le projet s'organise autour de jardins centraux qui par leurs formes et leurs positions annoncent le lieu de convergence et de rassemblement mais aussi de distribution vers les autres composantes de l'équipement. Les blocs d'hospitalisation et le bloc pédagogique sont disposés de part et d'autre des jardins centraux avec une orientation Nord/sud afin de jouir d'un éclairage naturel indirect. La distinction entre les espaces nuits (chambres) et les espaces jours (séjours, salles polyvalentes, office) et les espaces de soins permet à l'usager une meilleure appréhension de l'espace et une lecture plus facile du fonctionnement.

De ce fait, le bloc pédagogique est implanté sur un point culminant du site face aux blocs d'hospitalisation et est relié par des axes rayonnants et convergents. Cette implantation n'est pas fortuite, elle permet de mettre en valeur le rayonnement et l'importance de cette entité dans un tel établissement. Une différenciation volumétrique permet d'accentuer plus cette composante.

Quant aux blocs : administratif, l'hôpital du jour, les urgences et l'admission qui est une zone ouverte au public, leur positionnement est de part et d'autre de l'entrée principale de l'hôpital, donnant ainsi sur une vaste aire de stationnement qui les met plus en valeur. Ces entités forment une sorte d'écran qui précède les blocs d'hospitalisation, les jardins centraux et les blocs techniques.

3- Le groupe d'étude :

3-1- Les critères de la sélection :

Nous avons sélectionné notre groupe d'étude en nous basant sur un ensemble de critères qui sont les suivants :

- les mamans ayant un enfant autiste.
- L'âge des mamans est déterminé entre 29 et 45 ans.
- L'âge des enfants est déterminé entre 04 et 09 ans

Le choix du groupe de recherche s'est fait de manière accidentelle, et après avoir obtenu l'accord des mamans nous avons pu commencer nos entretiens

Tableau N°01 : Caractéristiques des cas

Les mamans Les critères	M ^{me} A	M ^{me} B	M ^{me} C	M ^{me} D	M ^{me} E	M ^{me} F
L'âge des parents	38 ans	45 ans	36 ans	29 ans	43 ans	42 ans
Le niveau d'instruction des mamans	2 AS	Bac+ 4	Terminale	Bac +3	Bac + 4	Secondaire
La fonction des mamans	Femme au foyer	Banquière	Femme au foyer	Secrétaire	Femme au foyer	Femme au foyer
Situation familiale des mamans	Mariée	Mariée	Mariée	Mariée	Divorcée	Mariée
l'âge des mamans a la naissance de l'enfant autiste	29 ans	38 ans	32 ans	22 ans	38 ans	36 ans
Le sexe de l'enfant autiste	Masculin	Masculin	Masculin	Masculin	Masculin	Féminin
l'âge de l'enfant autiste	09 ans	07 ans	04 ans	07 ans	05 ans	06 ans

3-2- Les caractéristiques du groupe d'étude :

Au début notre groupe d'étude comprenait 10cas nous avons pu garder que 6 cas suite au refus de collaboration des autres cas.

4- Les outils d'investigation :

Pour répondre la question de recherche nous avons utilisé les outils suivants :

4-1- L'entretien clinique de recherche:

L'entretien est une méthode employée pratiquement dans tous les domaines de la recherche c'est une situation d'échange verbal entre deux ou plusieurs personnes dans le but d'obtenir des informations (Semacher R, 2005, p 380).

D'une façon plus large, on peut aussi définir l'entretien comme étant une situation provisoire d'interaction et d'influence essentiellement verbale, entre deux personnes en contact direct avec un objectif préalablement posé.

Ainsi l'entretien vise à chercher de l'information (enquête, investigation, recherche scientifique).

À aider ou orienter autrui (orientation, formation, pédagogie), à soigner ou accompagner une personne (entretien à visée thérapeutique) (Salomé J, 2003, p.15)

L'entretien clinique est un outil privilégié de la méthode clinique dans la mesure où il présente une technique de choix dans l'accès à des informations subjectives (histoire de vie, émotions, sentiments, expériences), ainsi qu'à l'actualisation de celle-ci.

Il permet donc de recueillir des informations plus personnelles concernant des individus, il comporte une plus grande richesse des données et il facilite l'approche de certains aspects de la personnalité.

M.Reuchlin considère l'entretien clinique comme « la technique clinique par excellence, c'est le moment où peut se produire la rencontre au sens phénoménologique du psychologue et du sujet, ou peut s'établir ce champ d'intersubjectivité ».

Il paraît donc comme un outil tout à fait irremplaçable et unique si on veut comprendre le sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés (Reuchlin M, 2002, p. 120).

Il existe classiquement trois types d'entretien : directif qui nécessite une réponse à la question posée, ce qui ne permet pas une grande implication personnelle, non directif où le psychologue laisse l'interlocuteur parler librement « par association libre » au tour d'un thème, et semi directif où le clinicien dispose d'un guide d'entretien et les thèmes à aborder sont fixés à l'avance et dont il se propose de mener son investigation, c'est ce dernier type qui est le plus approprié à notre travail de recherche.

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son

investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet par exemple. De même dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet le laisse associer librement mais seulement sur le thème proposé. (Chahraoui & Benony, 2013, P.16).

L'entretien semi-directif est une partie de travail accompli à le guide d'entretien qui comprend les axes thématiques a traité dans lequel le clinicien intervient auprès des sujets qui constituent sa population d'étude, il est plus ou moins structuré, il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions d'opérations et d'indications qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'entretien. (Chahraoui & Benony, 1999).

C'est dans cette orientation que nous avons élaboré un guide qui comporte 5 axes :

Le premier axe : les données générales (5 Questions)

Le deuxième axe : diagnostic du trouble (3 Questions)

Le troisième axe : développement de la maladie (3 Questions)

Le quatrième axe : Entretien de la maladie (7 Questions)

4.2-l'échelle HAD :

Est un auto-questionnaire structuré de 14 items développé par Zigmond et Snaith (1983) pour dépister les manifestations psychopathologiques les plus courantes. Ses objectifs s'avèrent donc très similaires à ceux du General Health Questionnaire (GHQ) de Goldberg, instrument qui a davantage été utilisé dans les études européennes ou dans des pays de culture fort différente. Il convient également de souligner que la version française de cette échelle a fait l'objet d'études réalisées chez des sujets consultant en médecine générale et chez des patients hospitalisés ou consultant en médecine interne ou en psychiatrie. Graziani, P.2002p, 94)

Il s'agit d'une auto questionnaire rempli par le patient.

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs.

Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. sept questions se rapportent à l'anxiété et sept autres à la dimension dépressive, permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score est égale à 21).

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores de l'anxiété ou de la dépression ;

7 ou moins de 7 : absence de symptomatologie.

8 à 10 : symptomatologie douteuse.

11 et plus de 11 : symptomatologie certaine. (zigmond,az.1983,pp.67.70)

4.3 L'entretien clinique de recherche :

Dans notre étude nous avons utilisé l'entretien avec des mamans qui ont des enfants autistes pour objectif d'obtenir un ensemble d'information concernant les sujets. Pour cela nous avons construit un guide d'entretien qu'on a transmis aux sujets.

5. Le déroulement de la pratique

Notre pratique a duré un mois (1) mois au début nous nous sommes déplacé au niveau du service pédopsychiatrie essayer d'extraire un échantillon de ce fait il a été possible puisque des cas existaient.

En premier lieu nous avons sélectionné 10 cas parmi lesquels nous avons gardé que six (6) cas.

Synthèse

Dans ce chapitre, nous avons exposé non seulement notre méthode de recherche mais aussi la méthodologie utilisée pour recueillir des données et des informations sur notre sujet (La santé mentale des mamans qui ont un enfant autiste)



CHAPITRE-5-

DESCRIPTION ET ANALYSE DES RESULTATS

Préambule :

Dans de ce chapitre on abordera une partie très importante qui est la recherche sur le terrain, où nous allons essayer d'interpréter les informations recueilli par les entretiens et les résultats de l'échelle. Nous présenterons les données concernant l'ensemble des 6 cas par personne, et une synthèse des résultats.

1. Présentation et analyse des entretiens et de l'échelle**1.1 Cas (01)****Analyse de l'entretien****a. Informations personnelles**

Il s'agit de Mme A âgée de 38 ans, résidente à Bejaia. Mère de deux garçons dont un c'est mouloud âgé de 09 ans autiste, d'un niveau d'instruction de 2^{ème} année secondaire, elle ne travaille pas, femme au foyer.

b. Informations sur le diagnostique de son fils

La maman était très calme et sage au moment de l'entretien, Mais avec une humeur triste même dépressive.

Depuis deux années que son fils est diagnostiqué comme autiste dans un hôpital, bien qu'elle remarquait bien avant des anomalies dans le comportement de son fils depuis qu'il avait 18 mois comme elle a dit : *«faqagh gasmi yes3a assegas ones bli le comportement n daglas pas normal »*

Son fils mouloud était un enfant qui ne répond pas affectivement et sans contacte émotionnel d'ailleurs il ne regarde pas dans les yeux et surtout il affiche des comportements stéréotype qui se résume dans des gestes qu'il répète à chaque fois : *« asma ashdragh udixzar ara ar waleniw, uyitthibara adil3eb wahi d lwachul niten, ila3eb wahdes kan yarna idwir les jouets yns »*

c. Information sur le développement de son fils

Elle déclare que depuis l'âge de deux ans jusqu'à 7 ans pour son fils il ne cesse de se dégrader de côté comportemental car déjà il affiche un problème d'interactions sociale aussi mouloud ne fait pas ses besoins normalement et encore pire il affiche un trouble de langage puisqu'il ne parle pas et il ne fait que pleuré : *« asma adivghu kra lazem hacha ma wigheth ama ghar toilette nagh haja niten uyezmir ara ayidini ayen yebgha isettruy ken »*

d. Information concernant la prise en charge et la santé mentale de la maman :

Le sujet déclare qu'entretenir un autiste est chose difficile mais possible comme elle a dit : « *yu3ar adrebit aqchich autiste mi xedmagh ayen iwumi zemragh* »

Malgré le premier choc d'entendre le diagnostique final, la maman de mouloud se souvient qu'elle était vraiment anxieuse quand à l'avenir de son fils et d'elle-même et c'est pour cela qu'elle a beaucoup pleuré: « *xel3agh imi iyidina tviv bli mmim autiste, surtout imi iyidesfahmen lahlak ayi dachut yarna uyetjtara xmemagh directe fl'avenir ins* »

Notre cas nous informe qu'elle souffre avec son fils, quelle a toujours peur pour lui, elle pense qu'elle ne peut se séparer de lui, même si cela est épuisant.

On se référant au chapitre quatre de notre guide qui consiste la prise en charge et la santé de la maman, on remarque pendant notre étude que dans un premier temps, le sujet perd d'une manière remarquable et rapide ses capacités, comportementales qui génère la difficulté de se remémorer des débuts du diagnostique de son fils et de la fatigue physique permanente affichée, la peur pour l'avenir et la rumination des idées noir très aigues, chose qui à impliqué que le sujet souffre d'une anxiété et d'un surmenage physique et mental.

e. Analyse de l'échelle de HAD

Tableau N°2 : les caractéristiques et les résultats de l'échelle HAD.

Nom	A	
Age	38 ANS	
Niveau d'instruction	2 AS	
Fonction	Femme au foyer	
Résultats d'analyse de l'échelle HAD	Anxiété	14 Points
	Dépression	15 Points

D'après les résultats obtenus dans l'échelle de M^{me} A, on a constaté qu'un grand nombre de réponses dans les items indiquent que le sujet souffre d'une :

- Anxiété, cela revient au score obtenu dans chacun des items pour la majorité des items qui obtiennent des scores (3) et (2) sont les prédominants et se trouve d'un grand nombre ; On a constaté que les items comptent un score de (3) et (2), ce sont l'item N° 5 sur l'inquiétude et l'item N° 9 et l'item N° 3 sur la peur, l'item N° 7 elle ne peut pas se relaxer et rester assise sans rien faire, l'item n° 11 elle a bougeotte.

- Dépression, cela revient au score obtenu dans chacun des items, pour la majorité des items qui obtiennent des scores (3) et (2), sont les prédominants et se trouve d'un grand nombre ; On a constaté que les items comptent un score de (3) et (2), ce sont l'item n°2 et la perte d'intérêt, l'item N° 6 elle est de la mauvaise humeur, l'item n°8 elle a toujours l'impression de fonctionner au ralenti, l'item N° 10 elle s'intéresse plus du tout à son apparence, l'item N° 14 elle a très rarement l'envie de prendre plaisir à lire un livre ou regarder la TV.

Le sujet a atteint 14 points dans l'anxiété et 15 points dans la dépression, L'échelle HAD confirme que le sujet est un anxio-dépressif.

Synthèse :

D'après les résultats recueillis par l'entretien semi directif et l'échelle de HAD, nous pouvons dire que Le sujet depuis la confirmation du diagnostic de son fils elle ne cesse d'être anxieuse et déprimée

1.2 Cas (02)

Analyse de l'entretien

a. Informations personnelles

Il s'agit de Mme B âgée de 45 ans, résidante à Amizour. Mère de quatre enfants, deux filles et deux garçons, l'un des deux est Yasser âgé de 07 ans. Mme B est mariée, à un niveau d'instruction universitaire elle a un diplôme en économie bancaire et fonctionnaire en banque

b. Informations sur le diagnostique de son fils

Après nous avoir présenté, et expliquer à Mme B notre thème de recherche, et clarifier l'utilisation des données qu'elle va nous annoncer, on a pu avoir son autorisation elle était stressée et son visage paraît fatiguée et elle a répondu à nos question sans aucune opposition. Depuis 4 ans que son fils est diagnostiqué comme autiste par un pédopsychiatre de Bejaia après plusieurs consultations chez d'autres spécialistes.

Yasser, prononce des mots telle que « papa », « Mama » mais à partir de 18 mois il ne dit aucun mot, il regarde uniquement le monde qui l'entoure comme s'il y a quelqu'un derrière lui, M^{me} B déclare « *je regarde mon enfant, ces comportement bizarre j'ai rien compris... c'est quoi sa... j'ai jamais vue des cas comme mon enfant, en plus de son regard et son langage ?!.... mon enfant présente des crises épileptique jusqu'au aujourd'hui* ». Sa maman a repéré ses signes autistiques à l'âge de 18 mois (une altération du langage des intérêts restreints des gestes répétitifs)

c. Information sur le développement de son fils

Depuis 4 ans que la maladie de Yasser est diagnostiqué, la maman remarque des signes chez son fils autiste comme elle nous raconte : « *mon enfant présente toujours des difficultés à utiliser le langage de manière fonctionnelle il a un vocabulaire répétitif et limitée* » Et aussi : « *mon enfant peut passer des heures à aligner ses jouet de la même manière, et il refait la même chose à chaque fois* »

Et la maman rajoute qu'elle trouve beaucoup de problème quand elle sort dehors avec son fils car il n'aime pas les bruits fort et il se perturbe quand il voit beaucoup de gens qui l'entoure elle dit: « *quand y'as des bruit fort il couvre ses oreille ; il refuse de continuer à marcher et il frotte ses main d'une manière répétitive* » elle dit « *je sors juste pour la nécessité car quand je vois Yasser déclenche des anxiétés moi aussi je ne deviens pas bien et je stresse pour lui* »

Et Yasser toujours souffre des crises épileptiques mais elles se sont réduites avec les traitements appropriés.

d. Information concernant la prise en charge et la santé mentale de la maman :

Au moment du diagnostique la maman était traumatisée. Elle racontait qu'elle était choquée, quand elle a entendu annonce du pédopsychiatre elle disait : « *j'ai failli avoir une crise* »

Elle parlait en pleurant : « *j'ai cru que le monde s'est arrêté* », et elle se sentait même déprimée, il s'agissait d'une dépression réactionnelle, quand elle disait : « *je ne dormais pas la nuit et je revivais tout ce que le pédopsychiatre me disait, quand je dormais* », je sentais que ma tête tournait et je me rappelle de tous les mots ...

C'est la maman qui subit tout et c'est elle qui prend en charge son fils.

e. Analyse de l'échelle de HAD

Tableau N°2 : les caractéristiques de cas

Nom	B	
Age	45 Ans	
Niveau d'instruction	Universitaire	
Fonction	Banquière	
Résultat d'analyse de l'échelle HAD	Anxiété	17 points
	Dépression	19 points

D'après les résultats obtenus dans l'échelle de M^{me} B, on a constaté qu'un grand nombre de réponses dans les items indiquent que le sujet souffre d'une :

- Anxiété, cela revient au score obtenu dans chacun des items, pour la majorité qui obtiennent des scores (3) et (2) sont les prédominants et se trouve d'un grand nombre ; On a constaté que les items comptent un score de (3) et (2), ce sont : l'item n°1 qui dit « *je me sens tendue ou énervée* » la maman a répondu « *la plupart du temps* » et quant à l'item N° 3 et l'item N° 9 elle éprouve des sensations de peur et quelque chose d'horrible lui arrivera, l'item N° 5 « *je me fait du souci* » elle a répondu « *assez souvent* », l'item N°13 dit qu'elle éprouve vraiment très souvent des sensation soudaines de panique , l'item N° 11 elle a un peu bougeotte.
- Dépression, cela revient au score obtenu dans chacun des items, pour la majorité qui obtiennent des scores (3) et (2) sont les prédominants et se trouve d'un grand nombre ;

On a constaté que les items comptent un score de (3) et (2), ce sont l'item n°2 et la perte d'intérêt, l'item n°4 « je ris facilement et vois le bon côté des choses » elle a répondu « plus du tout », l'item n°6 elle se sent jamais du bonne humeur, l'item n°8 la maman dit « j'ai presque toujours l'impression de fonctionner au ralenti » l'item n°10 elle se dévalorise, l'item n°12 elle s'en réjouit presque jamais à l'idée de faire certaines choses, l'item n°14 elle a rarement l'envie de prendre plaisir à lire un livre ou à une bonne émission de radio.

Le sujet a atteint 17 points dans l'anxiété et 19 points dans la dépression, l'échelle HAD confirme que le sujet est un anxio-depressif.

Synthèse :

D'après les résultats recueillis par l'entretien semi directif et l'échelle de HAD, nous pouvons dire que Le sujet depuis la confirmation du diagnostique de son fils elle ne cesse d'être anxieuse et déprimée

1.3 Cas (03)

Analyse de l'entretien

a. Informations personnelles

Il s'agit de Mme C âgée de 36 ans, résidante à Bejaia (IGHZER AMOKRANE). Mère de trois enfants, une fille et deux garçons qui sont autistes l'un des deux est Fouad âgé de 04 ans. Mme C est mariée, et elle a un niveau d'instruction terminale et elle a un diplôme de coiffeur mais elle ne travaille pas car le cas de ses enfants l'a empêchée

b. Informations sur le diagnostique de son fils

Après nous avoir présenté, et expliquer à Mme c notre thème de recherche, et clarifier l'utilisation des données qu'elle va nous annoncer, on a pu avoir son autorisation elle était triste et son visage paraît fatiguée elle s'est montré coopérant et elle a répondu à nos question sans aucune opposition.

Depuis 1 an et demi que son fils est diagnostiqué comme autiste. Elle a amené Fouad chez un psychologue dans une polyclinique, quand elle a remarqué que son enfant présente certains anomalies qu'elle a déjà rencontré chez son premier enfant comme: le retard de langage, le pointage l'enfant ne peux pas rester avec les autres et il bouge trop avec les balancements sans arrêt et le psychologue a signalé que ce n'est qu'un simple retard de langage mais elle n'était pas convaincue « *uyqina3 ara asmi iyidina aken mmim utyugh kra yes3a kan un retard de langage 3lakhatar yettchvah le comportement ins ghar mmi amenzu* » car avec l'expérience qu'elle a eu déjà avec son premier enfant elle a décédé de l'emmené ensuite chez le pédopsychiatre ce dernier lui a fait un IRM et d'autre examen médicales et au final il s'agit de l'autisme.

c. Information sur le développement de son fils

Parmi les signes qu'elle a observée chez son fils c'est la marche sur les pointes des pieds, un regard fugitif, une hyperactivité, il aime se cacher dans les coins sombres il fait aussi le sourde comme elle annonce : « *ittedu ghef yikhef tfedninis, uryettghama g yiwen umtiq asma ahedragh yides uyiditalay ara ar wallen asma asawalagh is3uzug* »

Et concernant l'alimentation de son enfant la maman rencontre plusieurs difficultés comme des préférences alimentaires restreintes il préfère certain aliments ou texture spécifique, et aussi il a des réaction sensorielle intense aux aliments « *ittgami adyech lmakla nrml ihmel mlih tizidanin , uyhmel ara les purées uk d lmakla yttrihin am lhut mais par contre ihmel les frites les chips...* »

d. Information concernant la prise en charge et la santé mentale de la maman :

Lorsque le pédopsychiatre a annoncé le diagnostique de l'autisme a la maman était traumatisé c'était un moment très difficile et c'était son deuxième choque et elle avait du mal a accepté de prendre en charge ses deux enfants autiste

L'autisme de ses deux enfants a beaucoup influencé sur la santé mentale de la maman elle était désespérée car sa crainte d'avoir un autre enfant autiste s'est réaliser

Après ce dernier la maman souffre et évite de sortir et fréquenter les gens et elle s'isole pour ne pas entendre les remarques blessantes sur ses enfants surtout Fouad qui est très agressive, et différent des autres enfants comme elle a dit: « *uhemlagh ara adefghagh ar vara nagh adruhagh ar la famille inu ttakniyid bzaf les remarque ghaf mmi ittaqrahiyi lhal* »

Madame C a un côté psychique bouleversé et renfermé sur soi, sentiment de tristesse et elle s'est trouvé face à plusieurs responsabilités et toujours condamnée par la prise en charge de ses enfants et au même temps elle plusieurs tache à faire à la maison et c'est dur et fatigant et elle trouve pas du temps pour prendre soin d'elle ou se reposer.

La mère est toujours fatiguée et souffre d'insomnie et elle n'as plus d'appétit et elle a toujours des idées noir et elle dit avec ses propres mots « *tol yidh ttexemimagh udittrusu chfar af gmas, lmakla usttagh ara uyidtta3jav ara* »

e. Analyse de l'échelle de HAD

Tableau N°3 : les caractéristiques de cas

Nom	C	
Age	36 Ans	
Niveau d'instruction	Terminale	
Fonction	Femme au foyer	
Résultat d'analyse de l'échelle HAD	Anxiété	18 points
	Dépression	18 points

D'après les résultats obtenus dans l'échelle de M^{me} C, on a constaté qu'un grand nombre de réponses dans les items indiquent que le sujet souffre d'une :

- Anxiété, cela revient au score obtenu dans chacun des items , pour la majorité qui obtiennent des scores (3) et (2) sont les prédominants et se trouve d'un grand nombre ; On a constaté que les items comptent un score de (3) et (2), ce sont : l'item N° 1 qui dit « *je me sens tendue ou énervée* » la maman a répondu « *la plupart du temps* » et

quant à l'item N° 3 et l'item N° 9 elle éprouve des sensations de peur et quelque chose d'horrible lui arrivera, l'item n°5 « *je me fait du souci* » elle a répondu « *très souvent* », l'item N° 7 dit qu'elle ne peut rarement rester tranquillement assise sans rien faire ; l'item N° 11 elle a bougeotte.

- Dépression, cela revient au score obtenu dans chacun des items , pour la majorité qui obtiennent des scores (3) et (2) sont les prédominants et se trouve d'un grand nombre ; On a constaté que les items comptent un score de (3) et (2), ce sont l'item N° 2 et la perte d'intérêt, l'item N° 4 « *je ris facilement et vois le bon côté des choses* » elle a répondu « *vraiment moins qu'avant* », l'item N° 6 elle se sent jamais du bonne humeur , l'item N° 8 la maman dit « *j'ai très souvent l'impression de fonctionner au ralenti* » l'item N°10 elle s'intéresse plus du tout à son apparence, l'item N° 12 elle s'en réjouit presque jamais à l'idée de faire certaines choses , l'item N°14 elle a très rarement l'envie de prendre plaisir à lire un livre ou à une bonne émission de radio .

Le sujet a atteint 18 points dans l'anxiété et 18 points dans la dépression, L'échelle HAD confirme que le sujet est un anxio-depressif.

Synthèse :

D'après les résultats recueillis par l'entretien semi directif et l'échelle de HAD, nous pouvons dire que Le sujet depuis la confirmation du diagnostique de son fils elle ne cesse d'être anxieuse et déprimée

1.4 Cas (04)

Analyse de l'entretien

a. Informations personnelles

Il s'agit de Mme D âgée de 29 ans, résidante à Bejaia ville. Mère de deux enfants, une fille et un garçon qui est Nazim 7 ans autiste, madame D est mariée et d'un niveau d'instruction universitaire et travaille comme secrétaire.

b. Informations sur le diagnostique de son fils

Après nous avoir présenté et expliqué à Mme D notre thème de recherche et clarifier l'utilisation des données qu'elle va nous annoncer, Durant l'entretien Mme D a été perturbé, stressé son visage paraît souriant, ou même temps elle a des larmes aux yeux mais elle a répondu à nos questions sans aucune opposition.

Depuis Cinq années que son fils est diagnostiqué comme autiste.

La maman dit qu'elle n'a remarquée aucune anomalie au niveau du bébé lors de sa Présentation et analyses des résultats naissance, parce qu'il n'y a pas de symptômes, elle dit « *au début Nazim été un bébé normal* », il prononce les premiers mots «Mama», «Papa» aussi il a fait ses premiers pas à 9 mois, mais après elle a remarquée qu'il a développé des gestes comme « *le regard périphérique, il tourne des choses,etc.* », pour cela elle a découvert qu'il y a une anomalie, à 18 mois elle décide de voir un psychologue et elle dit : « *une amie me la conseillé* », après avoir consulté le psychologue il a donné une lettre d'orientation chez un pédopsychiatre et il lui a confirmé le diagnostique que son fils est autiste.

c. Information sur le développement de son fils

Suite à la confirmation de sa pathologie depuis qu'il avait l'âge de deux ans la maman témoigne que son fils autiste présente des anomalies, « il ne fait que tourner en rond, aligner des objets de manière précise et quand il fait ça il répète les mêmes mots et les mêmes phrases qu'il a déjà entendus sans arrêt »

Et concernant la relation de Nazim avec sa sœur la maman dit qu'il est froid il préfère jouer seul il n'arrive pas à partager aucun jeu avec elle.

d. Information concernant la prise en charge et la santé mentale de la maman :

Lorsque le pédopsychiatre a annoncé le diagnostique de l'autisme la réaction de la maman était bouleversante est traumatique. C'était un moment très difficile d'ailleurs elle avait perdu conscience.

L'autisme de l'enfant a beaucoup influencé sur la vie psychique de Mme D la quelle on peut trouver des troubles de l'humeur à caractère dépressif dû aux sentiments de déception et perte d'intérêt , telle que la tristesse, lorsque elle nous dit « *j'aime rester seule je suis désespérée , et je croyais vivre le bonheur avec mon enfant* » .

On souligne aussi un sentiment d'inquiétude par rapport à l'avenir de l'enfant quand elle nous dit « *je veux qu'il acquiert son autonomie, si non, comment il va vivre si je disparaîtrai un jour* ».

e. Analyse de l'échelle de HAD

Tableau N°4 : les caractéristiques de cas.

Nom	D	
Age	29ans	
Niveau d'instruction	Universitaire	
Fonction	Fonctionnaire a l'administration	
Résultat d'analyse de l'échelle HAD	Anxiété	14points
	Dépression	11points

D'après les résultats obtenus dans l'échelle de M^{me} D, on a constaté qu'un grand nombre de réponses dans les items indiquent que le sujet souffre d'une :

- Anxiété, cela revient au score obtenu dans chacun des items, pour la majorité qui obtiennent des scores (3) et (2) sont les prédominants et se trouve d'un grand nombre ; On a constaté que les items comptent un score de (3) et (2), ce sont : l'item N° 3 elle éprouve très nettement des sensations de peur et quelque chose d'horrible lui arrivera, et l'item N° 5 qui dit « *je me fait du souci* » la maman a répondu « *très souvent* » , l'item N° 7 dit qu'elle ne peut jamais rester tranquillement assise sans rien faire, l'item N° 11 elle a la bougeotte.
- Dépression, cela revient au score obtenu dans chacun des items, pour la majorité qui obtiennent des scores (3) et (2) sont les prédominants et se trouve d'un grand nombre ; On a constaté que les items comptent un score de (3) et (2), ce sont l'item N° 4 « *je ris facilement et vois le bon côté des choses* » elle a répondu « *vraiment moins qu'avant* », l'item n°6 elle se sent rarement du bonne humeur , l'item n°8 la maman dit « *j'ai très souvent l'impression de fonctionner au ralenti* », l'item N° 12 elle s'en réjouit presque jamais à l'idée de faire certaines choses.

Le sujet a atteint 14 points dans l'anxiété et 11 points dans la dépression, L'échelle HAD confirme que le sujet est un anxio-depressif.

Synthèse :

D'après les résultats recueillis par l'entretien semi directif et l'échelle de HAD, nous pouvons dire que Le sujet depuis la confirmation du diagnostique de son fils elle ne cesse d'être anxieuse et déprimée

1.5 Cas (05)

Analyse de l'entretien

a. Informations personnelles

Il s'agit de Mme E âgée de 43 ans, résidente à Bejaia (El kseur). Mère de quatre enfants, 3 filles et un garçon qui est Adam 05 ans autiste. Mme E est divorcée suite à plusieurs problèmes familiaux et surtout le cas de son fils que son ex-mari n'a pas accepté sa maladie, et elle est diplômée en langue française elle a souhaité travailler mais le cas de son fils l'a empêchée

b. Informations sur le diagnostique de son fils

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

Depuis trois années que son fils est diagnostiqué comme autiste: *« quand je l'ai amené chez un psychologue dans une association de prise en charge des enfants autiste, parce que j'ai remarqué que mon fils ne parle pas, n'a aucune notion de danger, il semble insensible à la douleur, il a des comportements bizarres et des crises de larmes sans aucune raison je me suis inquiéter et je comprends pas ce qu'il lui arrivé »*; l'enfant ne peut pas exprimer ses besoin, d'où la nécessité de consulter un spécialiste

c. Information sur le développement de son fils

Après l'avoir emmené à l'association qui l'on orienter chez le pédopsychiatre et suite à plusieurs examen qui ont confirmé sa pathologie depuis l'âge de deux ans la maman dit : *« je souffre avec les comportements de mon fils et ses crises de larmes sans aucune raison et il n'arrive toujours pas à exprimer ses besoin et surtout qu'il ne peut pas formuler une phrase. »*

Jusqu'à présent l'enfant n'a pas de langage et aussi la maman s'exprime son inquiétude sur l'absence de notion de danger chez son fils, *« Adam ne comprend pas certain danger ; comme s'approcher au feu ou toucher les produits chimique ménager accessibles et les objets tranchants alors je suis obligé de le surveiller toute au long de la journée »*

d. Information concernant la prise en charge et la santé mentale de la maman :

Lorsque le pédopsychiatre a annoncé le diagnostic de l'autisme la maman dit : *« j'avais l'impression que la vie m'a trahit »*

La maman déclare : *« au début je dinais la maladie de mon fils et mon conjoint aussi et c'était comme réaction au diagnostique de son enfant »* et elle nous annonce : *« je n'ai jamais imaginé qu'un jour sa m'arrivera et j'ai beaucoup de problèmes conjugaux à cause de la pathologie de mon fils et après un an on divorce »*

Après ce dernier la maman dit : *« je souffre et j'évite de sortir et fréquenter les gens et je m'isole pour ne pas entendre les remarques blessantes sur mon fils qui est différent des autres enfants »*

Madame E a un côté psychique bouleversé et renfermé sur soi, sentiment de tristesse et elle dit : *« je me suis trouvée seule face à plusieurs responsabilités et toujours condamnée par la prise en charge de mon fils et au même temps j'ai trois filles je dois les aider pour leur devoirs et c'est dur et fatigant. »*

La mère est toujours fatiguée et dort très mal et elle n'a plus d'appétit.

e. Analyse de l'échelle de HAD

Tableau N°5 : les caractéristiques de cas

Nom	E	
Age	43 Ans	
Niveau d'instruction	Diplômé en langue française	
Fonction	Femme au foyer	
Résultats d'analyse de l'échelle HAD	Anxiété	16 POINTS
	Dépression	16 POINTS

D'après les résultats obtenus dans l'échelle de M^{me} E, on a constaté qu'un grand nombre de réponses dans les items indiquent que le sujet souffre d'une :

- Anxiété, cela revient au score obtenu dans chacun des items, pour la majorité qui obtiennent des scores (3) et (2) sont les prédominants et se trouve d'un grand nombre ; On a constaté que les items comptent un score de (3) et (2), ce sont : l'item N° 1 qui dit *« je me sens tendue ou énervée »* la maman a répondu *« souvent »*, l'item N° 5

qui dit «*je me fait du souci*» la maman a répondu «*assez souvent* » et quant à l'item N° 9 et l'item N° 3 elle éprouve des sensations de peur et quelque chose d'horrible lui arrivera, l'item N° 7 dit qu'elle ne peut rarement rester tranquillement assise sans rien faire ; l'item N° 11 elle a un peu la bougeotte, l'item N° 13 elle éprouve vraiment très souvent des sensations de panique.

- Dépression, cela revient au score obtenu dans chacun des items , pour la majorité qui obtiennent des scores (3) et (2) sont les prédominants et se trouve d'un grand nombre ; On a constaté que les items comptent un score de (3) et (2), ce sont l'item N° 4 «*je ris facilement et vois le bon côté des choses* » elle a répondu «*vraiment moins qu'avant*», l'item N° 6 elle se sent jamais du bonne humeur , l'item N° 8 la maman dit «*j'ai presque toujours l'impression de fonctionner au ralenti* », l'item N°10 elle s'intéresse plus jamais à son apparence, l'item N°12 elle s'en réjouit presque jamais à l'idée de faire certaines choses.

Le sujet a atteint 16 points dans l'anxiété et 16 points dans la dépression, L'échelle HAD confirme que le sujet est un anxio-depressif.

Synthèse :

D'après les résultats recueillis par l'entretien semi directif et l'échelle de HAD, nous pouvons dire que Le sujet depuis la confirmation du diagnostique de son fils elle ne cesse d'être anxieuse et déprimée

1.6 Cas (06)

Analyse de l'entretien

a. Informations personnelles

Il s'agit de Mme F âgé de 42 ans, résidente à Bejaia(Timezrit). Mère de deux filles dont une c'est Lydia 06 ans autiste. M^{me} F à un niveau d'instruction de secondaire et maintenant femme au foyer.

b. Informations sur le diagnostique de son fils

La maman était compréhensive elle a répondu à nos questions sans aucune opposition pourtant au début elle a hésité d'accepté de nous voir parce que elle était vraiment touché par le trouble de sa fille.

Depuis 4 ans que sa fille est diagnostiqué du spectre de l'autisme. Elle a remarqué que sa fille était différente de sa grande sœur car elle avait un retard de langage et d'acquisition de la propriété : « *zaragheth beli yemkhalaf neta d oultmas thamqrant même lhadra otahdir ara zikh* » et quand elle se présente pour un examen pédiatrique elle a décrit les anomalies comportementales de son enfant puis son pédiatre déclare qu'elle devait consulter un pédopsychiatre qui découvre après plusieurs examens que l'enfant est autiste.

c. Information sur le développement de son fils

Elle nous affirme qu'elle a remarqué certains comportements qui lui font penser que sa fille n'est pas normale car son enfant n'écoute pas lorsque elle lui parle et elle fixe son regard sur certain objets la TV et la lumière et elle ne fait que sauter un peu partout comme elle a dit : « *asma ashadragh jamais thetalayid ner thessaliyid alnis gher wayen yech3ouluyen ken yerna thetssouti ken* »

d. Information concernant la prise en charge et la santé mentale de la maman :

Le sujet déclare que malgré les difficultés de gérer les comportements inappropriés de sa fille mais elle fait de son mieux.

La maman raconte en pleurant que le jour du diagnostique était le choc de sa vie elle s'est posé plusieurs questions et surtout sur l'avenir de sa fille.

Notre cas nous informe qu'après la découverte de la pathologie de sa fille elle est devenue très nerveuse et présente une fatigue sur le niveau moral et un manque de sommeil et d'appétit et qu'elle a l'impression de fonctionner au ralenti ; et elle rencontre pleins de

problèmes insupportables à cause de ce trouble et ce n'est pas facile d'avoir une capacité pour assumer les difficultés rencontrés aux quotidien et surtout le manque de soutien familial.

e. Analyse de l'échelle de HAD

Tableau N°6 : Les caractéristiques de cas

Nom	F	
Age	42 ANS	
Niveau d'instruction	Secondaire	
Fonction	Femme au foyer	
Résultats d'analyse de l'échelle HAD	Anxiété	16 POINTS
	Dépression	17 POINTS

D'après les résultats obtenus dans l'échelle de M^{me} F, on a constaté qu'un grand nombre de réponses dans les items indiquent que le sujet souffre d'une :

- Anxiété, cela revient au score obtenu dans chacun des items , pour la majorité qui obtiennent des scores (3) et (2) sont les prédominants et se trouve d'un grand nombre ;On a constaté que les items comptent un score de (3) et (2), ce sont : l'item N° 5 qui dit « *je me fait du souci* » la maman a répondu « *très souvent* » et quant à l'item N° 9 elle éprouve des sensations de peur et quelque chose d'horrible lui arrivera, , l'item N° 7 dit qu'elle ne peut jamais rester tranquillement assise sans rien faire, l'item N° 11 elle a bougeotte, l'item N° 13 elle éprouve vraiment très souvent des sensations de panique.
- Dépression, cela revient au score obtenu dans chacun des items , pour la majorité qui obtiennent des scores (3) et (2) sont les prédominants et se trouve d'un grand nombre ; On a constaté que les items comptent un score de (3) et (2), ce sont l'item N°2 et la perte d'intérêt, l'item N° 4 « *je ris facilement et vois le bon côté des choses* » elle a répondu « *plus du tout* », l'item n°6 elle se sent rarement du bonne humeur , l'item N° 8 la maman dit « *j'ai presque toujours l'impression de fonctionner au ralenti* », l'item N° 12 elle s'en réjouit presque jamais à l'idée de faire certaines choses , l'item N° 14 elle a très rarement l'envie de prendre plaisir à lire un livre ou à une bonne émission de radio ou télévision.

Le sujet a atteint 16 points dans l'anxiété et 17 points dans la dépression, L'échelle HAD confirme que le sujet est un anxio-depressif.

Synthèse :

D'après les résultats recueillis par l'entretien semi directif et l'échelle de HAD, nous pouvons dire que Le sujet depuis la confirmation du diagnostique de sa fille elle ne cesse d'être anxieuse et déprimée.

2. Discussions des hypothèses

Après avoir analysé et interprété les données recueillies dans notre partie pratique par l'utilisation de L'échelle «HAD », et les entretiens semi directifs, que nous avons eu avec les 06 mamans de la pédopsychiatrie de l'hôpital d'oued Ghir de la wilaya de Bejaia, afin de confirmer ou infirmer nos hypothèses posées au départ.

Nous sommes à la fin de ce chapitre qui a pour but la vérification des hypothèses que nous avons émises au départ, nous allons commencer par la discussion de la première hypothèse qui supposait :

- Les mamans ayant un enfant autiste manifestent des signes d'anxiété et de dépression élevée et leur santé mentale est bouleversée.
- D'après l'analyse de l'entretien-semi directif de recherche du premier cas, ont manifestés des symptômes d'anxiété et de dépression dont la tristesse, sentiment d'inquiétude, de peur, est un surmenage mental la chose qui a été confirmée lors de l'entretien ou notre cas a exprimé clairement son anxiété : « je ne cesse pas de penser à lui », « j'ai une sensation de peur », ainsi , il y a un sentiment évident de crainte par rapport à l'avenir de « Mouloud ». Les résultats sur l'échelle HAD nous confirment l'état d'anxiété et de dépression chez la maman, elle a obtenu le score de 14 points dans l'anxiété et 15 points dans la dépression, signifiant une dépression et une anxiété certaine
- D'après l'analyse de l'entretien-semi directif de recherche du deuxième cas, ont manifestés des symptômes d'anxiété et de dépression dont le traumatisme, pleure facile , de peur, trouble de sommeil la chose qui a été confirmée lors de l'entretien ou notre cas a exprimé clairement son anxiété : « j'ai cru que le monde s'est arrêté », « je ne dors pas la nuit », et elle a exprimé clairement son anxiété « je me retrouve seule à assumer toute les responsabilités de Yasser ». Les résultats sur l'échelle HAD nous confirment l'état d'anxiété et de dépression chez la maman, elle a obtenu le score de 17 points dans l'anxiété et 19 points dans la dépression , signifiant une dépression et une anxiété certaine

À partir de ces résultats que nous avons obtenus et les outils de la recherche, nous avons pu constater que l'arrivée d'un enfant atteint du spectre autistique, peut engendrer plusieurs changements au sein de la famille qui la face à un autre monde de vie différent de celui suivi

déjà avant l'arrivée de son handicap. Selon les propos de nos cas interrogés, l'handicap de leurs enfants occupe tellement leur vie depuis son diagnostique qui les a affectés énormément et même parfois, il les empêche de vivre la joie. D'un autre côté, sa dépendance à leur maman leur impose de s'isoler du monde extérieur et s'enfermer sur eux-mêmes et vice –versa.

Selon (Fisman et Wolf, 1991, Dyson,1997), les études faites ont démontré qu'être parent d'un enfant handicapé, et notamment d'un enfant ayant un trouble envahissant du développement est souvent associé à un niveau de stress élevé, à une santé mentale affaiblie (Weiss, 1991, Fisman et Wolf, 1991), et à un fonctionnement physique détérioré (fatigue voire épuisement) aussi bien chez les mères que chez les pères (Hedov, Annaren et Wikblad, 2000, Emerson, 2003).

Par ailleurs, les résultats obtenus par notre étude de recherche sur les six mamans, sur l'anxiété et la dépression chez les mamans ayant des enfants autistes ne peuvent être généralisé sur toutes les mamans ayant un enfant autiste. Tous ces résultats, ces révélations, ces constats indiquent clairement que notre hypothèse est confirmée



Conclusion

Partant de l'idée que l'autisme se manifeste par des troubles du comportement, de communication et des relations sociales et arrivant que ces anomalies affectent la vie des parents surtout les mères étant donné qu'elles sont le plus souvent en charge de leurs enfants. Notre recherche a essayé de confirmer cette idée en répondant à la question : est-ce que les mamans ayant un enfant autiste manifestent des signes d'anxiété et de dépression élevée et leur santé mentale est bouleversante.

Les mamans d'enfants autistes font souvent face à des défis uniques qui ont un impact significatif sur leur santé mentale.

Une bonne santé mentale des mamans joue un rôle essentiel dans le bien-être familial et leur capacité à prendre soin d'elles-mêmes et de leur familles et enfants. Une bonne santé mentale permet aux mamans d'être résilientes face aux défis quotidiens et de maintenir des relations saines avec leurs enfants et leur entourage. C'est pourquoi il est essentiel de soutenir la santé mentale des mamans pour favoriser un environnement familial équilibré et harmonieux.

Un thème que nous trouvons très pertinent, puisque l'autisme est un sujet d'actualité dont la prise en charge est très limitée, par manque d'institution spécialisées à Bejaia.

L'autisme est considéré comme un handicap qui touche l'enfant et qui entrave son développement à un âge précoce, ce qui nécessite une prise en charge dès l'apparition des premiers signes, une tâche qui n'est pas aussi facile pour les mamans qui sont déjà bouleversés par l'annonce du diagnostic.

La maman vit mal la première annonce de l'autisme, c'est un événement qui est bouleversant et choquant, c'est pour cela que les mamans des enfants ont besoin d'une prise en charge pour améliorer leurs états psychiques, et aussi pour pouvoir gérer la vie de son enfant puisque c'est elle qui s'occupe presque de la prise en charge de son enfant autiste.

Pour aboutir à une réponse, on a opté pour une étude clinique de six cas (mères d'enfants atteints d'autisme). Les résultats obtenus par les différents outils d'investigation psychologique (échelle HAD, les entretiens, les observations) ont confirmé que les mères ayant des enfants atteints d'autisme manifestent effectivement des signes d'anxiétés et de dépressions.

Même si notre recherche nous a permis de confirmer notre hypothèse, nos résultats restent relatifs et limités en ne pouvant être généralisés pour cela il faudrait opter pour une autre approche avec un échantillon plus large.

Grâce à cette recherche nous avons pu explorer le terrain est vivre une excellente expérience pratique, Notre enquête auprès des mamans était bien menée, nous avons pu recueillir le maximum d'informations. Nous avons eu un sentiment extraordinaire lors des entretiens, avoir affronté le monde de la clinique.

L'autisme est un domaine très vaste qui peut s'ouvrir sur de nouvelles pistes, surtout dans le domaine de la prise en charge, nous souhaitons que des promotions ultérieures puissent compléter notre travail en se basant sur ces données, les enrichir et contribuer à élargir le champ de connaissance sur cette question, qu'ils puissent appliquer d'autres tests, élargir l'échantillon, pour avoir plus de fiabilité.

Enfin, cette recherche reste une bonne expérience à travers laquelle on a appris beaucoup de choses sur le monde de l'enfant autiste et la capacité de leurs mamans à être un bon éclairage et la lumière de leur enfants autiste malgré les difficultés qu'elles rencontrent tous au long de leurs vie.

Est la santé mental des mamans d'enfants autiste est d'une importance capitale, il est cruciale de veiller a leur bien être émotionnel et de les soutenir tout au long de leur parcours en offrant un soutien adéquat, on peut contribuer a leur équilibre mental et émotionnel.

Pour conclure, nous souhaitons avoir contribué à travers notre recherche d'apporter un bénéfice aux lecteurs que ce soit pour les mamans ou les parents d'enfants autistes en général, afin qu'ils puissent mieux comprendre le comportement de leurs enfants autistes et aussi pour les étudiants en psychologie clinique



LISTE BIBLIOGRAPHIQUE

Ouvrage

- American Psychiatric Association. (2015).DSM-5-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. FRANCE : Elsevier Health Science.
- Beiger, F, Jean, A.(2011). Autisme, paris .DUNOD
- Benony, H.EtChahraoui, K. (1999). L'entretien clinique. Paris, France, Dunod
- CHAMAK, B. (2021). Controverses sur l'autisme.
- CIM-10 , Classification international des maladies.
- Clet-Bieth, E. Dujardin, P. Lefevre, M. et Perisse, D. (2008). L'enfant autiste. France.
- Graziani, P. (2002), « Anxiété et troubles anxieux ».Paris: Nathan
- Juhel. J-C, (2003), « La personne autiste et le syndrome d'asperger ». Canada, Presses de l'université Laval.
- Kleptaras G, (2004), « Dépression approche cognitive et comportementale », Paris, L'Harmattan.
- Lelord. G, Savage. D, (1990), « L'autisme de l'enfant ». Paris, édition Masson.
- Lenoir, P. Malvy, J et Bodier-Rethore, CH. (2007). L'autisme et les troubles du développement psychologique. Paris : 2nd Ed Elsevier Masson SAS (Herstal)
- Ould Taleb. M, (2019), « L'autisme en Algérie ». El-Mouthakaf
- Pendinielli , J .(2005).L'observation clinique et l'étude de cas .Armand colin
- Reuchlin M, (2002), « Les méthodes en psychologie », PUF, Paris.
- Ritvo. E.R, Laxer. G, (1983), « Autisme, la réalité refusé ». ÉditionSimep, Paris.
- Rogé. B, (2004), « Le syndrome d'asperger et l'autisme de de haut niveau ». France.
- Rogé.B, (2003), « Autisme, comprendre et agir, santé éducation insertion », Dunod.
- Tardif, C et Gepner, B. (2003). l'autisme. Paris : Ed Nathan vue.
- Wallace Mandell, Origins of Mental Health, The Realization of an Idea, 1995, Johns Hopkins University
- William Sweetser, 1797-1875, USA, Prof. De médecine à l'Université de Vermont (1825-32), Bowdoin College (1845-61). Biographie : (en) John R.

Dictionnaire

- Sillamy.N(2003). « Dictionnaire de psychologie » paris, Larousse
- Dictionnaire de la psychologie Larousse, 2003
- Shook, Dictionary of Early American Philosophers, Bloomsbury, 2012. (en) Ouvrages de William Sweetser en ligne

Site internet:

-<https://www.neuraxpharm.com/fr/troubles/anxiete> consulté le 20 /04/2024 à 13h)

- WHO | Community mental health services will lessen social exclusion, says WHO



Modèle de guide d'entretien

- Nom et prénom de l'enfant.....
- Âge de l'enfant
- La personne interrogée

1 Données générales

- 1-1 Âge
- 1-2 Niveau d'instruction
- 1-3 Fonction
- 1-4 Situation familiale
- 1-5 Nombre d'enfant

2 Diagnostic du trouble :

2-1 Depuis quand votre enfant est diagnostiqué de la maladie d'autisme ?
Chez qui ?

.....

2-2 Quelle âge avait-il lors du diagnostic ?

.....

2-3 Comment avez-vous reconnue son trouble avant le diagnostic ?

.....

3 Développement de la maladie :

3-1 De quelle manière observez-vous les anomalies comportementales de
votre enfant ?

.....

3-2 Comment vous vivez la pathologie de votre enfant ?

.....

3-3 Comment vivez-vous le regard d'autrui envers votre enfant ?

.....

4 Entretien de la maladie :

4-1 Comment était votre réaction au jour du diagnostique ?

.....

4-2 Est-ce que votre enfant a une prise en charge rééducative chez un spécialiste ?

.....

4-3 Comment jugez-vous l'entretien d'un enfant autiste ?

.....

4-4 Comment ou de quoi vous jugez la relation de l'enfant autiste avec sa maman ?

.....

4-5 Pour l'avenir comment vous jugez l'avenir de votre enfant ?

.....

4-7 Pour vous-même comment vous jugez votre avenir ?

.....

L'échelle de HAD :

1. Je me sens tendu, énervé		
	La plupart du temps	3
	Souvent	2
	De temps en temps	1
	Jamais	0
2. J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent		
	Oui, toujours	0
	Le plus souvent	1
	De plus en plus rarement	2
	Tout est plus difficile	3
3. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti		
	Pratiquement tout le temps	3
	Très souvent	2
	Quelquefois	1
	Pas du tout	0
4. J'éprouve des sensations d'angoisse et j'ai une boule dans la gorge ou l'estomac noué		
	Très souvent	3
	Assez souvent	2
	Parfois	1
	Jamais	0
5. J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence		
	Totalement	3
	Je n'y fais plus attention	2
	Je n'y fais plus assez attention	1
	J'y fais attention comme d'habitude	0
6. J'ai la bougeotte et n'arrive pas tenir en Place		
	Oui, c'est tout à fait le cas	3
	Un peu	2
	Pas tellement	1
	Pas du tout	0
7. J'envisage l'avenir avec optimisme		
	Comme d'habitude	0
	Plutôt moins qu'avant	1
	Beaucoup moins qu'avant	2
	Pas du tout	3
8. J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver		
	Oui, très nettement	3
	Oui, mais ce n'est pas trop grave	2
	Un peu, mais cela ne m'importe pas	1
	Pas du tout	0
9. Je sais rire et voir le bon côté des choses		

	Toujours autant	0
	Plutôt moins	1
	Nettement moins	2
	Plus du tout	3
10. Je me fais souvent du souci		
	Très souvent	3
	Assez souvent	2
	Occasionnellement	1
	Très occasionnellement	0
11. Je me sens heureux		
	Jamais	3
	Pas souvent	2
	Quelquefois	1
	La plupart du temps	0
12. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir heureux		
	Jamais	3
	Rarement	2
	Oui, en général	1
	Oui, quoiqu'il arrive	0
13. Je m'intéresse à la lecture d'un bon livre ou à un bon programme radio ou télé		
	Souvent	3
	Assez souvent	2
	Rarement	1
	Pratiquement jamais	0
14. J'éprouve des sensations soudaines de panique		
	Très souvent	3
	Assez souvent	2
	Rarement	1
	Jamais	0

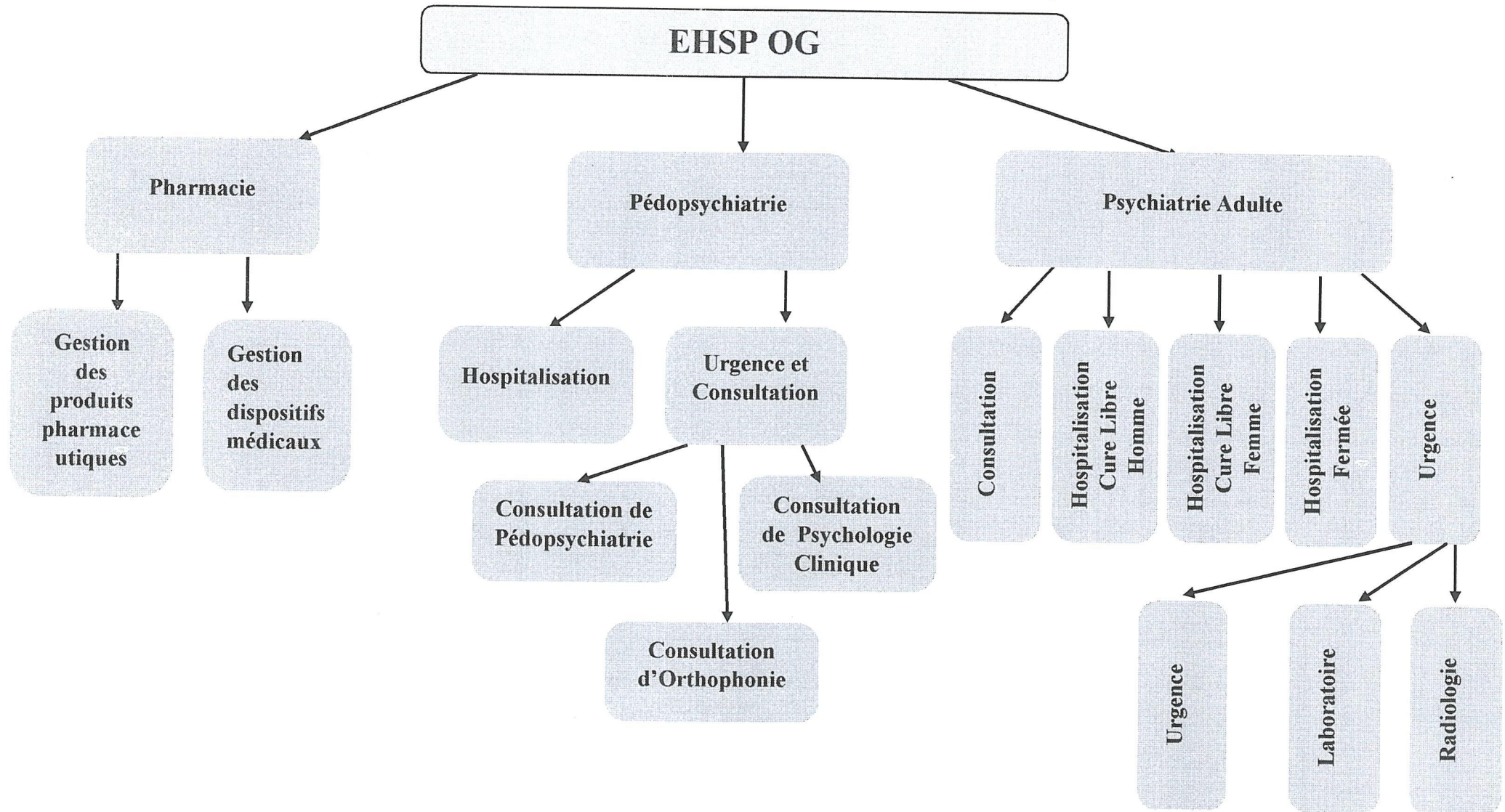
<p><u>Anxiété :</u></p> <p>Somme scores questions 1, 4, 6, 8, 10, 12, 14</p> <p>Score anxiété >10: état anxieux anormal</p>	<p><u>Dépression:</u></p> <p>Somme scores questions 2, 3, 5, 7, 9, 11, 13</p> <p>Score dépression > 10 : forte probabilité de dépression</p>
---	--

RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE

WILAYA DE BEJAÏA

DIRECTION DE LA SANTÉ

Organigramme Fonctionnel « Établissement Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie Oued-Ghir »



Nom et Prénom : A

Age : 3.8 ans

Maman de : Mouloud

Age : 9 ans

Cette échelle comporte 14 items, cochez la réponse la plus adaptée ou la plus proche à votre situation :

1 A 1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps
- Souvent
- De temps en temps X
- Jamais

2 D 2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant
- Pas autant
- Un peu seulement X
- Presque plus

2 A 3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement
- Oui, mais ce n'est pas trop grave X
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- Pas du tout

0 D 4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé X
- Plus autant qu'avant
- Vraiment moins qu'avant
- Plus du tout

3 A 5. Je me fais du souci

- Très souvent X
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Très occasionnellement

2 D 6. Je suis de bonne humeur

- Jamais
- Rarement X
- Assez souvent
- La plupart du temps

2 A 7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive
- Oui, en général
- Rarement X
- Jamais

3 D 8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours X
- Très souvent
- Parfois
- Jamais

3 A 9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Très souvent X

3 10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout X
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- J'y prête autant d'attention que par le passé

2 11. J'ai la bougeotte et je n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas
- Un peu X
- Pas tellement
- Pas du tout

2 12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant
- Un peu moins qu'avant X
- Bien moins qu'avant X
- Presque jamais

1 13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent
- Assez souvent
- Pas très souvent X
- Jamais

3 0 14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission
de radio ou de télévision

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Très rarement ✗

A = 14

D = 15.

Nom et Prénom :B.....

Age :11 5 ans.....

Maman de :Yasser.....

Age :7 ans.....

Cette échelle comporte 14 items, cochez la réponse la plus adaptée ou la plus proche à votre situation :

3 A 1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps X
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais

3 D 2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant
- Pas autant
- Un peu seulement
- Presque plus X

3 A 3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement X
- Oui, mais ce n'est pas trop grave
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- Pas du tout

3 D 4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé
- Plus autant qu'avant
- Vraiment moins qu'avant
- Plus du tout X

3 A 5. Je me fais du souci

- Très souvent X
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Très occasionnellement

3 D 6. Je suis de bonne humeur

- Jamais X
- Rarement
- Assez souvent
- La plupart du temps

2 A 7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive
- Oui, en général
- Rarement X
- Jamais

2 D 8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours
- Très souvent X
- Parfois
- Jamais

3 A 9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Très souvent X

3 D 10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout X
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- J'y prête autant d'attention que par le passé

3 A 11. J'ai la bougeotte et je n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas X
- Un peu
- Pas tellement
- Pas du tout

3 D 12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant
- Un peu moins qu'avant
- Bien moins qu'avant
- Presque jamais X

1 A 13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent
- Assez souvent
- Pas très souvent X
- Jamais

3 D 14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission
de radio ou de télévision

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Très rarement X

$$A = 18$$

$$D = 18$$

Nom et Prénom :C.....

Age :3.6 ans.....

Maman de:Pauad.....

Age :11 ans.....

Cette échelle comporte 14 items, cochez la réponse la plus adaptée ou la plus proche à votre situation :

3

A

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps X
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais

2

D

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant
- Pas autant
- Un peu seulement X
- Presque plus

3

A

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement X
- Oui, mais ce n'est pas trop grave
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- Pas du tout

2

D

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé
- Plus autant qu'avant
- Vraiment moins qu'avant X
- Plus du tout

2 A 5. Je me fais du souci

- Très souvent
- Assez souvent X
- Occasionnellement
- Très occasionnellement

3 D 6. Je suis de bonne humeur

- Jamais X
- Rarement
- Assez souvent
- La plupart du temps

1 A 7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive
- Oui, en général X
- Rarement
- Jamais

3 D 8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours X
- Très souvent
- Parfois
- Jamais

3 A 9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Très souvent X

2 D 10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout

- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais X

- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention

- J'y prête autant d'attention que par le passé

2 A 11. J'ai la bougeotte et je n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas

- Un peu X

- Pas tellement

- Pas du tout

3 D 12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant

- Un peu moins qu'avant

- Bien moins qu'avant

- Presque jamais X

3 A 13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent X

- Assez souvent

- Pas très souvent

- Jamais

2 D 14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission
de radio ou de télévision

- Souvent

- Parfois

- Rarement ~~X~~

- Très rarement

$$A = 17$$

$$D = 19$$

Nom et Prénom : D

Age : 29 ans

Maman de : Nagim

Age : 7 ans

Cette échelle comporte 14 items, cochez la réponse la plus adaptée ou la plus proche à votre situation :

1 A 1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps
- Souvent
- De temps en temps X
- Jamais

1 D 2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant
- Pas autant X
- Un peu seulement
- Presque plus

3 A 3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement X
- Oui, mais ce n'est pas trop grave
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- Pas du tout

2 D 4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé
- Plus autant qu'avant
- Vraiment moins qu'avant X
- Plus du tout

3 A 5. Je me fais du souci

- Très souvent X
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Très occasionnellement

2 D 6. Je suis de bonne humeur

- Jamais
- Rarement X
- Assez souvent
- La plupart du temps

3 A 7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive
- Oui, en général
- Rarement
- Jamais X

2 D 8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours
- Très souvent X
- Parfois
- Jamais

1 A 9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais
- Parfois X
- Assez souvent
- Très souvent

0 D 10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- J'y prête autant d'attention que par le passé X

3 A 11. J'ai la bougeotte et je n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas X
- Un peu
- Pas tellement
- Pas du tout

3 D 12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant
- Un peu moins qu'avant
- Bien moins qu'avant
- Presque jamais X

0 A 13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent
- Assez souvent
- Pas très souvent
- Jamais X

1, D 14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou a une bonne émission
de radio ou de télévision

- Souvent

- Parfois X

- Rarement

- Très rarement

A = 14

D = 11

Nom et Prénom :E.....

Age :43 ans.....

Maman de:Adam.....

Age :6 ans.....

Cette échelle comporte 14 items, cochez la réponse la plus adaptée ou la plus proche à votre situation :

2 A 1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps
- Souvent X
- De temps en temps
- Jamais

1 D 2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant
- Pas autant X
- Un peu seulement
- Presque plus

3 A 3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement X
- Oui, mais ce n'est pas trop grave
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- Pas du tout

2 D 4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé
- Plus autant qu'avant
- Vraiment moins qu'avant X
- Plus du tout

2 A 5. Je me fais du souci

- Très souvent
- Assez souvent X
- Occasionnellement
- Très occasionnellement

3 D 6. Je suis de bonne humeur

- Jamais X
- Rarement
- Assez souvent
- La plupart du temps

2 A 7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive
- Oui, en général
- Rarement X
- Jamais

3 D 8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours X
- Très souvent
- Parfois
- Jamais

2 A 9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais
- Parfois
- Assez souvent X
- Très souvent

3 D 10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout X
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- J'y prête autant d'attention que par le passé

2 A 11. J'ai la bougeotte et je n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas
- Un peu X
- Pas tellement
- Pas du tout

3 D 12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant
- Un peu moins qu'avant
- Bien moins qu'avant
- Presque jamais X

3 A 13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent X
- Assez souvent
- Pas très souvent
- Jamais

1 D 14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission
de radio ou de télévision

- Souvent
- Parfois X
- Rarement
- Très rarement

$$A = 16$$

$$D = 16$$

Nom et Prénom :F.....

Age :4.2 ans.....

Maman de:Lydia.....

Age :6 ans.....

Cette échelle comporte 14 items, cochez la réponse la plus adaptée ou la plus proche à votre situation :

1 A 1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps
- Souvent
- De temps en temps X
- Jamais

3 D 2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant
- Pas autant
- Un peu seulement
- Presque plus X

0 A 3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement
- Oui, mais ce n'est pas trop grave
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- Pas du tout X

3 D 4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé
- Plus autant qu'avant
- Vraiment moins qu'avant
- Plus du tout X

3 A 5. Je me fais du souci

- Très souvent X
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Très occasionnellement

2 D 6. Je suis de bonne humeur

- Jamais
- Rarement X
- Assez souvent
- La plupart du temps

3 A 7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive
- Oui, en général
- Rarement
- Jamais X

3 D 8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours X
- Très souvent
- Parfois
- Jamais

3 A 9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Très souvent X

0 D 10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- J'y prête autant d'attention que par le passé X

3 A 11. J'ai la bougeotte et je n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas X
- Un peu
- Pas tellement
- Pas du tout

3 D 12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant
- Un peu moins qu'avant
- Bien moins qu'avant
- Presque jamais X

3 A 13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent X
- Assez souvent
- Pas très souvent
- Jamais

3

D

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent

- Parfois

- Rarement

- Très rarement X

A = 16

D = 17

Résumé

Cette étude porte sur «**La santé mentale des mamans ayant un enfant autiste**». En effet, notre travail a eu pour objectif de décrire et de comprendre l'impact de l'autisme sur la santé mentale des mamans, ainsi d'apprécier et dévaluer les différentes dimensions

Afin de réaliser ce travail, nous avons opté pour la méthode clinique de type descriptif par étude de cas, ainsi que l'entretien clinique semi-directif, un questionnaire et l'échelle HAD

Les résultats obtenus dans ce travail, après l'analyse des données de l'entretien clinique semi-directif et l'échelle HAD ont confirmé que les mères ayant des enfants atteints d'autisme manifestent effectivement des signes d'anxiétés et de dépressions et une santé mentale bouleversante.

Mots clés : Santé mentale, autisme, anxiété, dépression, enfant autiste, maman.

Summary

This study focuses on "The mental health of mothers with an autistic child". Indeed, our work aimed to describe and understand the impact of autism on the mental health of mothers, as well as to appreciate and devalue the different dimensions

In order to carry out this work, we opted for the clinical method of descriptive type by case study, as well as the semi-directive clinical interview and a scale, questionnaire and the HAD scale

The results obtained in this work, after the analysis of data from the semi-directive clinical interview and they HAD scale, confirmed that mothers with children with autism do show signs of anxiety and depression and upsetting mental health.

Keywords: Mental health, autism, anxiety, depression, autistic child, mother