

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA- BEJAIA

Faculté des sciences humaines et sociales

Département de psychologie et d'orthophonie

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de master en psychologie

Option : psychologie clinique

THEME :

**L'anxiété chez les parents ayant un enfant
autiste**

**Etude clinique de 05 cas âgés de (5 à 11 ans) au niveau
de l'association des enfants autistes « Esperance » à
Akbou-Béjaia**

Présenté par :

- GANOUN Yasmine
- IBRAHIM Karima

Encadré par :

Mr. MELIANI Mouloud

Année universitaire 2024/2025

Remerciements

Avant tout, nous remercions Dieu, de nous avoir accordé la force, le Courage et les moyens pour la réalisation de ce travail

Ce mémoire marque l'aboutissement d'un long chemin, parsemé d'efforts, de doutes, de remises en question, mais aussi de belles rencontres, de découvertes et de croissance personnelle.

Mes remerciements les plus profonds vont à Monsieur MELIANI Mouloud, notre encadreur, pour sa bienveillance, sa rigueur scientifique et ses conseils éclairés. Son accompagnement m'a permis d'avancer avec confiance et clarté tout au long de cette recherche. Merci pour votre patience et votre disponibilité.

Nous remercions également chaleureusement l'ensemble du personnel de l'Association Espérance d'Akbou pour autistes, pour leur accueil généreux, leur disponibilité et les conditions favorables qu'ils nous ont offertes durant notre stage pratique.

Ainsi, notre gratitude va à nos familles, nos amis, ainsi qu'à nos enseignants, pour leur présence, leurs encouragements et leurs conseils tout au long de notre parcours universitaire. Leur soutien moral et affectif a été fondamental dans la réalisation de ce mémoire.

On tient également à exprimer nos sincères reconnaissances aux membres du jury, pour l'intérêt porté à ce travail, pour leur lecture attentive et pour leurs remarques constructives.

Enfin nous remercions tous ceux qui ont contribué de près ou de Loin à ce modeste travail.

Dédicace

Je dédier ce modeste travail à :

À Dieu, le Tout-Puissant, source de force et de sagesse.

*À mes chers parents, ma chère maman MERIEM et à mon cher père HAMANOU,
Pour leurs sacrifices inestimables, leur amour inconditionnel, leur soutien constant
et leurs prières qui m'ont accompagnée tout au long de mon parcours. Que Dieu les
protèges.*

À ma chère sœur LYNDA et ses petits anges : AMIR, ELISSA, OUSSAID

*À mon adorable frère ABDESLAM qui ont su trouver les mots justes, les gestes
tendres et les regards complices pour apaiser mes angoisses et me rappeler que je
n'étais jamais seule.*

*Merci pour votre douceur, votre présence rassurante et vos mots réconfortants
dans les moments de doute.*

À mon Cher MAZIGH, mon refuge dans les incertitudes, mon soutien inébranlable.

*Merci pour ta patience infinie, ton amour sincère, ton écoute bienveillante et ta
présence rassurante à chaque étape de ce chemin. Sans toi, ce parcours n'aurait pas
eu la même force ni la même lumière.*

À ma chère binôme KARIMA

*Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à mon promoteur Mr. MELIANI
MOULOUD pour son encadrement attentif. Merci pour votre complicité, votre
écoute et votre soutien précieux tout au long de cette aventure. Et enfin, à toutes
les personnes, de près ou de loin, merci du fond du cœur.*

YASMINE 

Dédicace

Je remercie Allah pour le courage et la volonté

Qu'il m'a donnée pour achever ce travail de tout mon cœur.

*Avec une très grande émotion, que je dédie ce modeste travail à ma petite famille
et à ce qui occupent une place irremplaçable dans mon cœur.*

À ma chère maman Noura et mon père Lounès

*Pour votre amour inconditionnel, vos sacrifices silencieux, votre patience infinie et
votre soutien constant. Vous êtes ma plus grande fierté et ma plus belle force.*

À mes sœurs, et mon frère adorées Fatima, Messipssa et Mélina.

*Merci pour votre tendresse, votre présence rassurante et votre soutien dans les
Moments où j'en avais le plus besoin.*

À mon fiancé Walid.

*Mon pilier et mon réconfort, merci pour ton amour, ta patience et ta présence à
chaque étape de mon parcours. Tu as su apaiser mes doutes et raviver ma
motivation.*

À ma meilleur amie Taous et ma chère binôme Yasmine.

*Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à mon promoteur, Mr, Meliani Mouloud,
ainsi qu'à Mr. Mati Ali, que je remercie sincèrement pour sa présence constante et
son accompagnement tout au long de mon parcours.*

*Et enfin, à tous les gens qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce
travail.*



Sommaire

Remerciement

Dédicaces

Liste des abréviations

Liste des tableaux

Introduction : 10

Problématique : 13

- Les raisons de choix du thème : 15

- Les objectifs de la recherche : 15

- Opérationnalisation des concepts clés : 15

Chapitre I : L'anxiété

Préambule : 18

1. Aperçu historique..... 18

2. Définition de l'anxiété : 20

3. Les différents concepts de l'anxiété : 21

4. Les types de l'anxiété selon DSM : 23

5. Les différents niveaux d'anxiété : 23

6. La symptomatologie anxieuse : 25

7. L'anxiété de la normale au pathologique : 26

8. Classification des troubles anxieux selon le DSMIV : 26

9. Les approches théoriques de l'anxiété : 28

10. La prise en charge de l'anxiété : 29

Synthèse 33

Chapitre II : L'autisme

Préambule :	36
1. Aperçu historique :	36
2. Les définitions de l'autisme :	38
3. Les différents types de l'autisme :	39
4. Prévalence du trouble :	41
5. Les classifications de trouble autistique :	43
6. Les signes / symptômes cliniques de l'autisme :	43
7. L'étiologie de l'autisme :	46
8. Diagnostique et l'évaluation de l'autisme :	48
9. Les prises en charges :	52
10. Impact de l'autisme sur les parents :	58
Synthèse	58

Chapitre III

La méthodologie de la recherche

1. Déroulement de la recherche :	60
5.1. La pré-enquête :	60
5.2. L'enquête :	62
2. La présentation du lieu de la recherche :	63
3. La méthode de recherche :	64
4. Les outils de la recherche :	65
5. Groupe de recherche :	70
6. La limite de la recherche :	72
Synthèse :	72

Chapitre IV :Présentation, analyse et discussion des résultats

Préambule :	74
-------------------	----

I. Présentation et analyses des cas :	74
1. Présentation du 1 ^{er} cas : Parents de l'enfant autiste nommé « Moussa »	74
2. présentation du 2 ^{ème} cas : Parents de l'enfant autiste nommé « M.D Tayeb »	78
3. Présentation du 3 ^{ème} cas : Parents de l'enfant autiste nommé « Slimane »	83
4. La présentation du 4 ^{ème} cas : Parents de l'enfant autiste nommé « Yanik »	87
5. La présentation du 5 ^{ème} cas : Parents de l'enfant autiste nommé « Zakaria »	92
II. Discussions des hypothèses :	97
Synthèse	102
Conclusion :	103
Liste bibliographique	106
Annexes	111

Liste des abréviations

- ***ABA*** : *Applied Behavioral Analysis*
- ***APA*** : *Américain Psychologie Association.*
- ***CARS***: *Childhood Autistic Rating Scale.*
- ***CIM-11*** : *Classification Internationale des troubles Mentaux-11.*
- ***DSM-5***: *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder-5.*
- ***HAS*** : *Haute Autorité de Santé.*
- ***OMS*** : *Organisation Mondiale de la Santé.*
- ***TCC*** : *Thérapies Cognitivo-Comportementales.*
- ***TEACCH***: *Treatment and Education of Education of Autistic and related Communication handicapped Children.*
- ***TED*** : *Trouble Envahissant du Développement.*
- ***TSA*** : *Trouble du Spectre Autistique.*

Liste des tableaux

TABLEAU	TITRES
TABLEAU N° 1	Tableau représentant les classifications de trouble autistique.
TABLEAU N° 2	Tableau représentant les caractéristiques du groupe de recherche.
TABLEAU N° 3	Analyse de l'échelle d'Hamilton du 1er cas
TABLEAU N° 4	Analyse de l'échelle d'Hamilton du 2ème cas
TABLEAU N° 5	Analyse de l'échelle d'Hamilton du 3ème cas
TABLEAU N° 6	Analyse de l'échelle d'Hamilton du 4ème cas
TABLEAU N° 7	Analyse de l'échelle d'Hamilton 5ème cas

Introduction :

La santé mentale est aujourd'hui considérée comme un enjeu central du bien-être humain, au même titre que la santé physique. Elle ne se résume pas à l'absence de maladie mentale, mais désigne un état de bien-être psychique dans lequel un individu peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, travailler de manière productive et contribuer à la vie de sa communauté. Elle est influencée par divers facteurs d'ordre biologique, psychologique, social, économique et environnemental. Lorsqu'un déséquilibre survient dans un ou plusieurs de ces domaines, cela peut engendrer des troubles psychologiques, notamment l'anxiété, un trouble fréquent mais souvent sous-estimé, en particulier chez les parents d'enfants porteurs de handicap.

Parmi les troubles qui affectent le développement de l'enfant, le trouble du spectre de l'autisme (TSA) constitue un défi majeur, non seulement pour l'enfant concerné, mais aussi pour son entourage familial. L'autisme est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par des déficits persistants dans la communication et les interactions sociales, associés à des comportements répétitifs et à des intérêts restreints. Il se manifeste généralement avant l'âge de trois ans et persiste tout au long de la vie. Les manifestations cliniques varient considérablement d'un individu à un autre, d'où l'emploi actuel du terme « spectre » pour désigner sa diversité. Si l'attention est souvent portée sur l'enfant atteint, l'impact psychologique et émotionnel sur les parents est tout aussi significatif et mérite une attention particulière.

Le fait d'avoir un enfant autiste peut avoir un effet dévastateur sur la santé mentale et physique des parents. Ce rapprochement et ces interactions avec cet enfant particulier va avoir des conséquences manifestes sur le plan psychologique.

En effet, l'annonce du diagnostic d'autisme chez un enfant constitue souvent un choc brutal pour les parents, bouleversant leurs représentations de l'avenir et remettant en cause leurs attentes parentales. Cette situation génère fréquemment un stress intense et durable, qui peut évoluer vers une forme chronique d'anxiété. L'anxiété parentale se manifeste alors par des sentiments d'inquiétude constante, de peur pour l'avenir, de culpabilité, d'impuissance, et parfois d'isolement social. Les parents se retrouvent souvent livrés à eux-mêmes, confrontés à des systèmes de santé inadaptés ou insuffisants, à un manque de soutien social et à des jugements extérieurs pesants.

Ces facteurs aggravent la charge émotionnelle et mentale, favorisant l'apparition de troubles anxieux persistants.

Dans le cadre de ce travail de recherche, nous nous sommes intéressés à cette problématique spécifique : l'anxiété chez les parents ayant un enfant autiste. Ce thème s'inscrit dans une démarche visant à mieux comprendre les répercussions psychologiques du handicap sur les parents, en explorant leurs ressentis, leurs vécus, leurs stratégies d'adaptation et les ressources qu'ils mobilisent pour faire face à une situation souvent éprouvante. La réalité vécue par ces familles en Algérie, où les ressources spécialisées restent limitées, rend cette problématique encore plus sensible. En effet, le manque d'infrastructures adaptées, l'insuffisance des professionnels formés à l'autisme, et l'absence de soutien psychologique structuré aggravent la souffrance des familles et accroissent leur sentiment d'isolement.

Nous avons choisi d'aborder ce sujet à travers une approche qualitative à visée descriptive, qui nous permet d'accéder au vécu subjectif des parents et de donner la parole à ceux qui, au quotidien, vivent avec les conséquences directes et indirectes de ce trouble. L'objectif n'est pas de généraliser des résultats à une population large, mais de comprendre en profondeur les mécanismes d'anxiété parentale dans un contexte donné. Cette approche vise à mettre en lumière les émotions, les perceptions, les représentations et les récits de vie de parents confrontés à l'autisme de leur enfant.

Pour recueillir les données nécessaires à cette étude, nous avons eu recours à l'entretien semi-directif, un outil méthodologique privilégié en recherche qualitative, qui offre une grande souplesse tout en permettant une certaine rigueur dans la conduite des entretiens. Ce type d'entretien permet de guider la discussion autour de thématiques précises tout en laissant une liberté d'expression au participant. Ainsi, nous avons construit un guide d'entretien incluant des questions sur le vécu émotionnel depuis le diagnostic, les changements dans la vie quotidienne, la relation avec l'enfant, les répercussions sur le couple et la fratrie, les réseaux de soutien, les sources de stress et les espoirs pour l'avenir. Ce guide figure en annexe de notre travail.

L'enquête de terrain s'est déroulée au sein de l'association Espérance d'Akbou, qui accueille des enfants atteints de troubles du spectre autistique. À travers cette structure, nous avons pu rencontrer et interroger cinq parents (mères et pères) qui accompagnent leur enfant au quotidien. Le choix de cinq cas s'inscrit dans une logique de saturation des données, principe méthodologique courant en recherche qualitative : lorsqu'aucune information nouvelle significative n'émerge, on

considère que l'échantillon est suffisant pour répondre à la problématique. Chacun de ces cas a permis de mettre en évidence des éléments riches et variés sur la manière dont l'anxiété s'installe, se manifeste et est vécue par les parents dans leur environnement socioculturel spécifique.

Ce mémoire est structuré en deux parties complémentaires. La première partie est théorique : elle définit les concepts fondamentaux (santé mentale, anxiété, parentalité, autisme), présente les études antérieures sur le sujet et pose le cadre de référence conceptuel. Elle permet également de dégager notre problématique, notre hypothèse et les objectifs de la recherche. La seconde partie est pratique et méthodologique : elle décrit le déroulement de la recherche sur le terrain, les outils utilisés, les modalités d'analyse des entretiens, puis présente les résultats sous forme de synthèse thématique, illustrée de verbatims issus des entretiens. Nous y discutons ensuite les résultats obtenus à la lumière de la littérature existante.

En fin de travail, nous proposons une conclusion générale reprenant les principaux enseignements de notre étude, suivie de recommandations en termes de soutien aux familles, ainsi que d'une liste de références bibliographiques et des annexes (guide d'entretien, tableaux synthétiques, extraits d'entretien anonymisés). À travers ce travail, nous espérons apporter une contribution utile à la reconnaissance de la souffrance psychologique des parents d'enfants autistes, et sensibiliser les professionnels de santé, les décideurs publics et la société civile à la nécessité d'un accompagnement global et humain de ces familles.

L'objectif de notre étude est d'examiner l'anxiété chez les parents d'enfants autistes. Afin de mener à bien notre travail de terrain, nous avons choisi d'adopter une méthode descriptive, en nous appuyant sur l'étude de cas pour analyser et décrire cette problématique.

Problématique :

Un enfant est un trésor qui requiert une attention constante, des sacrifices et une énergie sans relâche de la part de ses parents, qui se dévouent corps et âme pour lui offrir les meilleures conditions de vie. Ces défis, bien que parfois éprouvants, sont naturellement acceptés par les parents d'un enfant en bonne santé. Mais la naissance d'un enfant présentant un handicap, un retard de développement ou recevant un diagnostic confirmant son handicap constitue un événement profondément émouvant pour les parents. Cependant, lorsque l'enfant est atteint d'un trouble tel que l'autisme, les contraintes prennent une tout autre dimension. Les parents d'un enfant autiste font face à des défis monumentaux qui bouleversent leur équilibre familial, social, et psychologique. Cet événement impacte l'image qu'ils ont de leur couple et transforme leur vie dans sa globalité. L'annonce du diagnostic agit souvent comme un choc émotionnel, plongeant les parents dans une spirale d'anxiété, de culpabilité et de stress. « Être parent d'un bébé en pleine santé, et apprendre quelques années après sa naissance qu'il est autiste, est un véritable choc. En effet, cet enfant n'est pas atteint par une maladie mais par un véritable trouble souvent irréversible qui fait de lui un être différent » (Tétreaul, 2002).

La présence d'un trouble envahissant du développement (TED) suscite de nombreuses recherches visant à mieux comprendre l'expérience et les défis auxquels sont confrontés les parents de ces enfants.

L'autisme est un trouble neurodéveloppemental qui altère la communication, les interactions sociales et le comportement, imposant des défis uniques aux familles. Les parents d'enfants autistes doivent souvent naviguer à travers des préoccupations complexes, parmi lesquelles l'anxiété occupe une place prépondérante. Cette anxiété peut être déclenchée par de nombreux facteurs, notamment les difficultés à accéder à des services adaptés, les exigences éducatives particulières ou encore la pression sociale liée à l'intégration et au développement de leur enfant.

Cette anxiété parentale a des répercussions profondes, non seulement sur leur bien-être mental et physique, mais aussi sur leur capacité à soutenir efficacement leur enfant dans son développement. Comprendre les causes de cette anxiété et ses impacts est essentiel pour élaborer des stratégies de gestion et de soutien. Face à ces défis, l'importance de fournir des ressources, des accompagnements

adaptés et des mécanismes de coping devient un enjeu central pour améliorer la qualité de vie de ces familles et leur permettre de relever les défis du quotidien avec plus de sérénité.

L'anxiété peut être définie comme le produit de l'évaluation cognitive et correspond à un ensemble de cognitions et affectes face à une situation menaçante : sentiment d'appréhension, perception d'un danger imminent, activation de divers systèmes psychophysiologiques (Graziani, 2003).

En Algérie, La prévalence varie en fonction des critères retenus et des classifications. Actuellement les études les plus récentes rapportent une prévalence de 5 à 7 /10000 pour la forme typique et de 1 autiste pour 300 naissances pour l'ensemble du spectre, les garçons seraient quatre fois plus atteints que les filles.

Près de 6 000 places pédagogiques ont été ouvertes pour les enfants autistes dans les centres spécialisés au niveau national. Trois ont été ouverts récemment dont, un à Alger, un à Tlemcen et un autre à Bouira (Ould Taleb M. , 2015).

Avoir un enfant autiste est une situation qui menace ou bien qui peut provoquer un malaise et une anxiété pour tout l'ensemble de la famille, mais surtout les parents. En effet, l'autisme reste une des pathologies les plus pénible et difficile qui touche l'enfant d'une façon très précoce, il dure en générale toute la vie. Atteint la fonction la plus précieuse des relations humaine, l'empathie entraînant un fossé dans la communication et les échanges et rendant difficiles les processus d'attachement affectif.

La parentalité, dans ce contexte, devient un véritable parcours du combattant où chaque jour est un défi à relever.

De ce fait, on a envisagé d'investir ce domaine avec cette recherche qui s'intitule « l'anxiété chez les parents ayant un enfant autiste » et nous sommes amenés par conséquent à poser la question suivante ;

□ Est-ce que l'autisme de l'enfant entraîne-t-il de l'anxiété chez les parents ?

- Hypothèse :

Pour tenter de répondre à la question découlant de notre problématique, nous suggérons l'hypothèse suivante :

- Les parents ayant un enfant autiste manifestent un degré d'anxiété significatif.

- Les raisons de choix du thème :

Nous avons choisi le thème « l'anxiété chez les parents ayant un enfant autiste » en raison de son importance sociétale et de la nécessité d'une meilleure compréhension des besoins des familles ayant un enfant autiste. Bien que ce soit un thème d'actualité qui mérite d'être mieux compris pour développer des interventions adaptées, améliorer leur bien-être et soutenir indirectement leur enfant dans son développement.

- Les objectifs de la recherche :

A partir de notre recherche sur « l'anxiété chez les parents ayant un enfant autiste »

Nous avons visé :

- Pour recueillir le maximum d'informations sur l'anxiété et sur l'expérience des parents face à la pathologie de leur enfant.
- Pour évaluer le niveau et les manifestations de l'anxiété chez les parents d'enfants autistes.
- Pour étudier les défis spécifiques, tels que le diagnostic, la prise en charge médicale et les comportements de l'enfant, qui contribuent à l'anxiété parentale.

- Opérationnalisation des concepts clés :

1) L'Anxiété :

C'est un état émotionnel caractérisé par une sensation de peur, d'inquiétude ou d'appréhension face à une situation perçue comme menaçante, incertaine ou stressante même en l'absence d'un danger immédiat.

Opérationnel :

L'anxiété dans notre étude correspond aux scores obtenus dans l'échelle de l'anxiété de Hamilton par les parents des enfants autistes sélectionnés et à l'ensemble de leurs réponses à l'entretien clinique, susceptibles d'en indiquer la présence.

2) L'autisme :

L'autisme fait partie des TED troubles envahissant 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).

Opérationnel :

L'autisme dans notre étude correspond aux enfants autistes qu'on a sélectionné pour évaluer le niveau d'anxiété de leurs parents lié à leur cas.

Chapitre I : L'anxiété

1. Aperçu historique

2. Définition de l'anxiété

3. Les différents concepts de l'anxiété

4. Les types de l'anxiété selon DSM

5. Les différents niveaux d'anxiété

6. La symptomatologie anxieuse

7. L'anxiété de la normale au pathologique

8. Classification des troubles anxieux selon le DSMIV

9. Les approches théoriques de l'anxiété

10. La prise en charge de l'anxiété

Préambule :

L'anxiété fait partie intégrante de la vie quotidienne, elle est considérée comme néfaste et nuisible mais aussi une force essentielle à la survie qui pousse à l'action. Elle est considérée comme la réaction émotionnelle subjective à un facteur de stress.

Les termes « stress », « peur » et « anxiété » sont des troubles pouvant affecter toutes les catégories d'âge, Mais notre travail portera sur l'anxiété dont souffrent les parents ayant des enfants autistes.

Dans cette section, nous allons présenter un cadre conceptuel de l'anxiété qui se focalise sur les définitions de certains concepts et leurs contextes théoriques en rapport avec notre thème de recherche, afin de mieux cerner notre sujet d'investigation.

1. Aperçu historique

L'utilisation des termes relatifs à l'anxiété remonte à la Bible sous le terme *pachadh*, désignant un sentiment anormal de crainte. Il était question de le distinguer de la pieuse « peur de Dieu » du véritable croyant. Beaucoup d'essais, de modèles ont tenté de définir, d'expliquer l'anxiété. Elle a été alternativement un état, un trait de personnalité, un stimulus, une réponse, un moteur.

Son histoire est parsemée d'évolutions, de changements, de révolutions et il est difficile d'en faire une chronologie claire. La Grèce classique est la période durant laquelle le concept d'anxiété a vu le jour. Quelques siècles plus tard, Cicéron a fait la distinction entre les notions anxietés (une prédisposition constante) et *angor* (une réponse émotionnelle temporaire). Par la suite, l'anxiété a été considérée comme un trouble de l'esprit, un état de malaise général.

C'est au XVII^{ème} siècle que le terme prend un sens plus précis, défini comme un ensemble de sentiments de crainte et de symptômes physiques comme les contractions de poitrine. A cette époque, certaines personnalités sont perçues comme plus enclines : ce sont notamment les tempéraments mélancoliques et les femmes.

Des cas d'anxiété sont rapportés sous le terme « *histeria* » venant du mot grec « *uterus* » qui renvoie au fait que les femmes seraient plus concernées par ces états. Les causes de cette expérience anxieuse s'expliquent dès lors par des dysfonctions nerveuses, des déséquilibres corporels et constitutionnels l'anxiété est approchée sous un angle à la fois psychologique et physiopathologique.

Au XVIIIème siècle, les troubles du comportement qui accompagnent l'anxiété sont reconnus médicalement notamment l'hyperventilation qui devient un symptôme de pathologies pulmonaires, les palpitations celui de pathologies cardiaques ...

Le phénomène continue et au début du XIXème siècle, le processus de médicalisation des troubles anxieux est à son apogée notamment avec l'attention portée au système nerveux autonome.

Au milieu du XIXème siècle, les symptômes de l'anxiété trouvent leur place dans la nosologie médicale. Ils sont répertoriés dans des livres médicaux et des traitements spécifiques de ces symptômes physiques sont mis en place. Ils deviennent alors une partie intégrante des compétences de la psychiatrie.

En parallèle de la médicalisation des manifestations de l'anxiété, on assiste à leur psychologisation. L'anxiété reconnue comme une pathologie mentale en psychiatrie est intégrée dans un modèle spécifique liant les formations de la psyché et des peurs irrationnelles. Cela rejoint la théorie psychanalytique de Freud dans laquelle les anxiétés d'un enfant de six ans et plus sont les expressions symboliques des peurs de la perte dans la plus jeune enfance.

Au début du XXème siècle, Freud a regroupé les symptômes de l'anxiété, qui étaient des maladies physiques indépendantes au sein d'une description clinique nommée « anxiety- neurosis ». Elle comprend trois formes d'anxiété : anxiété objective qui est acceptable, l'anxiété morale qui est un déséquilibre du ça et du moi et l'anxiété-névrose qui est un déséquilibre du moi et du surmoi.

Ces deux dernières entraînent inconsciemment des réponses de déni et de répression.

Cette maladie mentale a pour Freud un lien avec la perturbation de la fonction sexuelle et non pas avec une dysfonction cérébrale comme il en est fait état à cette époque. (Bodot, 2015, p. 21)

De nos jours, les troubles anxieux appartiennent à la psychiatrie au sein du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux DSM-IV. Leur approche est multidimensionnelle. On en compte différentes formes et les thérapies spécifiques à ces troubles sont en mouvance notamment avec les thérapies cognitivo- comportementale. (Bodot, 2015, p. 21)

2. Définition de l'anxiété :

L'anxiété se définit par un état subjectif de détresse, un sentiment pénible d'attente et d'appréhension d'un danger à la fois imminent et imprécis. A la différence de la peur, l'anxiété survient en dehors d'une menace objective ou de façon disproportionnée. Ce sentiment s'accompagne de symptômes somatiques qui correspondent à l'angoisse et sont dus à des dysfonctionnements neurovégétatifs : excitabilité générale, dyspnée, transpiration excessive, tachycardie, palpitation, pâleur ou congestion, sensation de vertiges, sécheresses de la bouche, tremblements, fringales, diarrhées. (Sultan, 2012, p. 113)

Selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM- IV) :

La définit comme « une anticipation appréhensive d'un danger ou d'un malheur futur, accompagnée d'un sentiment de dysphorie ou de symptômes somatiques de tension ».

(Martin, 1996, p. 4)

Bien que L'OMS définit l'anxiété comme : « le sentiment d'un danger imminent indéterminé S'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi, voire d'anéantissement ».

Selon le dictionnaire de la psychologie :

L'anxiété état affectif caractérisé par un sentiment d'insécurité, de trouble diffus.

Souvent employé comme synonyme d'angoisse, l'anxiété s'en différencie par l'absence de modifications psychologiques (sensation d'étouffement, sueurs, accélérations de la poule...), qui ne manquent jamais dans l'angoisse. (Sillamy.N, 2003, p. 25)

Elle a été définie comme un état émotionnel qui possède la qualité subjective Expérimentée de la peur ou d'une émotion très proche. Elle est désagréable, négative, dirigée L'anxiété vers le futur, parfois exagérée par rapport à la menace et inclut des symptômes corporels subjectifs et manifestes. (Graziani, 2003, p. 12)

En psychologie c'est un état émotionnel de tension nerveuse, de peurs fortes et souvent chroniques. En psychiatrie c'est un état psychique caractérisé par l'attente d'un danger imminent indéterminé, accompagnée de malaise, de peur et de sentiment d'impuissance.

2.1. Evaluation de l'anxiété :

En psychiatrie, on a considéré longtemps l'anxiété d'un point de vue typologique. Pour les différentes versions du DSM, il existe des catégories de troubles anxieux, chacun correspondant à une configuration de symptômes. On peut évaluer la nature et l'intensité des symptômes par hétéroévaluation : HADS de Hamilton dont sept items mesurent l'anxiété somatique et psychique, très utilisée, échelle de Couvi simple et rapide (trois domaines : plaintes anxieuses, symptômes somatiques, comportement), échelle d'anxiété Tyrer

L'anxiété est également considérée comme trait, dimension continue des conduites décrivant des différences interindividuelles de sensibilités à des situations et événement perçus comme menaçants.

Les échelles d'auto-évaluation de l'anxiété sont nombreuses : échelle BATE (Bonis Anxiété Trait-Etat) ; échelle d'anxiété manifeste (MAS) de Taylor. La plus utilisée est le STAY- Y (State-Trait, Anxiety Inventory), de Spielberger et al. (1983), très valide, dont il existe une adaptation française (Bruchon-Schweitzer et Paulhan, 1993).

- L'échelle d'anxiété de Hamilton (HAMA) comprend 14 items qui couvrent la totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique, musculaire, viscérale, les troubles cognitifs et du sommeil, l'humeur dépressive enfin dont la présence peut sembler discutable au sein d'une échelle spécifique.

- Les échelles des peurs FSS (Fear Survey Schedule) ont été créées dans le but d'évaluer la nature et l'intensité des peurs irrationnelles. La version la plus récente, FSS III, permet d'identifier les peurs présentes chez un sujet et de donner un score global de pathologie phobique. Cette échelle est largement utilisée par les thérapeutes TCC.

(Graziani, 2003)

3. Les différents concepts de l'anxiété :**- L'angoisse :**

L'angoisse, terme plus ancien que celui de l'anxiété, était préférentiellement utilisée par les auteurs classiques pour désigner la dimension corporelle de l'anxiété, cette dernière renvoyant aux

aspects psychologiques. Cette distinction n'est plus guère employée aujourd'hui et la notion d'anxiété tend à recouvrir indistinctement l'ensemble des phénomènes corporels et psychiques. L'anxiété est un tous de cette évolution intégrative et simplificatrice permet peut-être une meilleure rigueur aux discours cliniques actuels. (Besançon, 1993, p. 36)

Selon Freud, l'angoisse a été décrit comme une peur devant un danger qui reste inconnu, indéterminé, venant le plus souvent de l'intérieur de soi. C'est une réaction d'alarme primitive.

- La peur :

L'anxiété est considérée comme étant distincte des émotions telles que la peur et la panique, lesquelles sont fonctionnellement associées à la confrontation présente et immédiate avec le danger, et non simplement à la détection, à l'anticipation et à la préparation du danger. A l'inverse de l'anxiété, la peur est conçue comme une activité du FFS (« fight and flight system »), caractérisée par une augmentation de l'arousal du système autonome et associée à une tendance de fuite, d'évidement actif ou d'agression défensive. (Graziani, 2003, p. 13)

- L'inquiétude :

L'inquiétude et l'anxiété ne se séparent qu'au plan de l'intensité, beaucoup plus forte dans l'anxiété on devrait distinguer deux catégories d'inquiétude : l'une qui sait sa motivation, l'autre qui est l'inquiétude en générale, dont les poètes et les philosophes ont fait vertu ou une inspiration première et qui d'ailleurs puise souvent dans un fond d'anxiété personnelle.

(Legall, 1995, p. 4)

- La Dépression :

Dans le cas de dépression, l'individu attribue aux situations ou personnes de son entourage une taille normale, mais il se voit à assurer l'harmonisation avec sous milieu extérieur.

Dans l'anxiété, le trouble est dirigé vers l'extérieur de l'individu, qui voit les événements qu'ils ne sont en réalité, de vivre en harmonie avec ces personnes ou ces situations.

(Dervaux j. , 2014, p. 4)

4. Les types de l'anxiété selon DSM :

Selon Spielberg il existe une distinction entre l'état d'anxiété (anxiété situationnelle) et le trait d'anxiété.

4.1. L'anxiété état :

Ce rapport a une anxiété passagère liée à une situation limitée dans le temps. Il est associé à une réponse physiologique secondaire à l'activation du système nerveux autonome.

Définit comme un ensemble de cognition et d'affecte momentanés, consécutifs à une situation perçue comme menaçante : sentiment d'appréhension, perception d'un danger imminent, associés à l'activation de divers systèmes psychophysiologique (système nerveux autonome et système sympathique). (Bruchon, 2001, p. 283)

4.2. L'anxiété trait :

En psychologie, on distingue l'anxiété-trait considéré comme une tendance stable et généralisée à percevoir les situations aversives comme dangereuse, de l'anxiété-état qui se caractérise par un sentiment d'appréhension et de tension lié à un événement particulier.

Selon Spielberger, l'anxiété- trait se réfère à des différences individuelles stables dans la prédisposition à percevoir plusieurs situations comme dangereuses ou menaçantes et à répondre à ces situations avec une augmentation de l'anxiété-état.

Est une prédisposition à répondre sur un mode anxieux et plus précisément ; la tendance à répondre par la peur à des stimuli stressants. Cette dernière fait le lit des troubles anxieux. (Berrada, 2010, p. 255)

5. Les différents niveaux d'anxiété :

Les niveaux d'anxiété sont généralement classés en fonction du degré de détresse ressentie et des effets physiques sur le corps. En général, il y a trois catégories :

5.1. L'anxiété légère :

Une légère anxiété est courante dans la vie quotidienne. À ce niveau, vous êtes probablement ouvert d'esprit, bien que stressé. Vous pouvez ressentir ce niveau d'anxiété en attendant une évaluation du rendement ou si vous êtes perdu dans une nouvelle ville. Les symptômes peuvent

inclure agitation, irritabilité, transpiration des mains et sensations accrues. Une légère anxiété est généralement une motivation, ce qui signifie que cela vous aide à vous concentrer sur la recherche d'une solution au défi auquel vous êtes confronté.

Par exemple, si vous êtes perdu dans un nouvel endroit, vous pouvez rechercher un endroit sûr pour demander votre chemin. Une fois que vous avez vos repères, votre anxiété disparaîtra probablement rapidement. Ceci est typique de l'anxiété légère liée à la situation.

5.2. L'anxiété modérée :

À un niveau d'anxiété modéré, vous risquez de vous concentrer exclusivement sur la situation stressante qui se trouve directement devant vous et d'ignorer d'autres tâches. Supposons que vous ayez emmené un enfant sur le terrain de jeu et que vous le perdiez de vue. Vous pourriez ressentir un rythme cardiaque plus rapide, une bouche sèche, des sueurs et des douleurs à l'estomac ou des nausées.

Votre discours peut être rapide et aigu, et les mouvements de vos mains et de vos bras sont probablement plus exagérés. Les habitudes nerveuses, comme se ronger les ongles ou se tordre les mains, sont courantes. Votre objectif singulier est probable où l'enfant pourrait être. Une fois que vous le trouvez en train de jouer avec d'autres enfants, vos symptômes disparaissent.

5.3 L'anxiété sévère :

En cas d'anxiété grave, les symptômes s'intensifient et d'autres se développent, tels qu'un battement de cœur, une douleur à la poitrine, des maux de tête, des vomissements ou une diarrhée, des tremblements, des pensées dispersées, un comportement erratique et un sentiment d'effroi. Apprendre qu'un être cher a été victime d'un accident ou est décédé subitement, ou la perte inattendue d'emploi, sont des exemples de situations pouvant provoquer ces symptômes. En cas d'anxiété grave, votre capacité à vous concentrer et à résoudre des problèmes est altérée, ce qui peut entraîner une anxiété supplémentaire. Vous pourriez même ne pas être capable de reconnaître ou de prendre soin de vos propres besoins. Les tentatives d'autres personnes pour réorienter votre attention sont susceptibles d'échouer. <https://www.lavozdeecuador.com/articles/diseases-and-conditions/what-are-the-different-levels-of-anxiety.html> (Quels sont les différents niveaux d'anxiété _ _ Maladies et conditions _Sports, fitness, santé et alimentation!, s.d.)

6. La symptomatologie anxieuse :

- Le registre psycho-comportementale :

A moins qu'elle ne soit d'intensité vraiment mineure, l'anxiété est une émotion désagréable qui se traduit par une sensation subjective de malaise, de tension interne, les pensées de l'anxieux sont généralement orientées vers l'avenir. Il craint facilement pour lui-même ou pour ses proches.

L'activité cognitive et intellectuelle est consacrée à forger des scénarios catastrophiques dont les thèmes sont des échecs (professionnelle ou affectifs)

Ainsi par les mimiques et le comportement, l'anxiété s'exprime et se montre facilement ressentie par les membres de l'entourage. Un certain degré de contagion anxieuse existe habituellement, susceptible d'aboutir dans certains cas à un certain rejet du patient par son entourage.

(Besançon, 1993, p. 39)

- Symptômes somatiques :

Ce sont comme suit :

- au niveau cardio-vasculaire : modifications labiles de la tension artérielle, troubles mineurs du rythme cardiaque (parfois l'anxieux a l'impression que son cœur va s'arrêter), douleurs précordiales (l'anxieux redoute de faire un infarctus) ;
- sur le plan respiratoire : des sensations d'étouffement, souffle coupé, ce sont des signes d'une discrète oppression ;
- sur la sphère digestive : les nausées, ballonnements abdominaux, la diarrhée motrice, et la sensation de boule dans la gorge (qui gêne l'alimentation) ;
- sur le plan neuromusculaire : tension musculaire parfois douloureuse (notamment céphalées postérieures, tremblements, sursauts, paresthésies, les bourdonnements d'oreilles ;
- sur le plan vaso-moteur : hypersudation parfois profuse, bouffés vaso-motrices, pâleur ;
- Au niveau génito-urinaire : difficultés sexuelles (impuissance ou éjaculation précoce chez l'homme ; frigidité chez les femmes, Pollakiurie.

La présence de ces signes est constante lors des états anxieux, ce qui amène le patient à consulter plus souvent qu'un psychiatre, son médecin généraliste ...

Comme il existe d'autres symptômes qui sont plus complexes et qui ont des causes mal connues que les symptômes proprement somatiques de l'anxiété telle que l'insomnie et l'asthénie.

(Besançon, 1993, p. 40).

7. L'anxiété de la normale au pathologique :

L'anxiété n'est pas pathologique en soi, elle s'inscrit dans le registre émotionnel humain normal. Sa fonction est multiple et complexe.

Les réponses anxieuses s'expriment sur différents registres physiologiques, psychologique, émotionnels et comportementaux. L'anxiété physiologique permet de détecter un danger et préparer les comportements de défense.

L'anxiété physique, cognitive et émotionnelle met en jeu différentes fonctions d'évaluations, de perception, de traitement de l'information et de mémorisation.

L'anxiété est donc un facteur d'adaptations permettant de faire face aux situations de danger et d'urgence. Elle est nécessaire face à l'agression, aux performances et aux épreuves. Elle paraît indispensable à l'action, l'apprentissage, la prise de décision et la performance.

A partir d'un certain degré, l'anxiété devient pathologique dans le sens où elle devient pénible et envahissante et, au contraire, inhibe et entrave le sujet dans son adaptation face au monde environnant. (Dominique, 2012)

8. Classification des troubles anxieux selon le DSMIV :

8.1. Trouble de panique : il est défini par la récurrence d'attaque de panique (crises aiguës d'angoisse), dont certaines sont imprévisibles, entraînant une gêne quotidienne et une anxiété anticipatoire (« peur d'avoir peur ») quasi permanente.

8.2 Les phobies : elles sont toutes caractérisées par une peur intense et perçues donc trois formes de phobies sont distinguées :

- **La phobie spécifique** : qui concernent un seul type d'objets ou de situations simples (animaux, sang, avions, etc.)
- **L'agoraphobie** : définie par une peur des situations ou des lieux dont on ne peut pas sortir facilement et où on ne peut pas être assisté rapidement en cas d'incident ou de malaise (l'agoraphobie est souvent associée au trouble panique lorsque les patients redoutent d'avoir une attaque de panique dans la foule, les grands magasins ou les transports en commun).
- **Les phobies sociales** : caractérisées par une peur intense du regard et du jugement de l'autre. Le sujet redoute des activités quotidiennes comme parler ou agir en public. Les phobies sociales correspondent à un authentique trouble anxieux qui ne saurait être confondu avec une simple timidité.

8.3 Le trouble obsessionnel compulsif : il correspond à des pensées irrépessibles et/ou à des actes que le sujet se sent contraint d'effectuer sous forme de rituels (vérifications, nettoyage, etc.), et tout en admettant le caractère absurde. L'anxiété survient surtout lorsque le patient tente de résister à ces pensées ou à ces rituels.

8.4 Les troubles anxieux généralisé : il renvoie à une inquiétude quasi permanente et durable concernant divers motifs de la vie quotidienne, sans possibilité de se « raisonner » et de contrôler ces ruminations. Celles-ci engendrent un état de tension permanent, physique et psychique, souvent à l'origine d'une demande de traitement anxiolytique.

8.5 Le syndrome de stress post-traumatique : il survient dans les suites d'un traumatisme aigu réellement violent et s'exprime par une tension anxieuse durable, des conduites phobiques et des réviviscences de la scène en cause. Le trouble de l'adaptation avec anxiété : il correspond à un état d'anxiété modérée, ne correspond pas aux critères diagnostiques des autres troubles anxieux, et ne persistant que quelques semaines pendant ou après un événement de vie difficile.

(Dominique, 2012, p. 22.23.24).

9. Les approches théoriques de l'anxiété :

9.1 La théorie cognitive-comportementale

Selon cette approche des troubles anxieux, l'interprétation catastrophique de ses symptômes somatiques entraîne le patient dans un cercle vicieux. Pour les comportementalistes, le symptôme névrotique est un comportement appris et mal adapté. L'accent est mis sur le conditionnement névrotique, c'est-à-dire sur les réponses d'anxiété et de comportements régressifs présentés par l'animal conditionné dans des situations expérimentales qui le déroutent.

L'apport cognitiviste pose comme hypothèse relative au conditionnement le fait que, pour des raisons probablement d'origine cognitive, les différents symptômes somatiques ressentis par le patient font l'objet d'une interprétation catastrophique. Cette interprétation pathologique est source d'une anxiété qui, elle-même, va aggraver les symptômes somatiques et entraîne un cercle vicieux qui, par moments, peut culminer en un état de panique Incoercible.

(Libbey, 2007, pp. 775-780)

9.2 La théorie psychanalytique

Freud a élaboré successivement deux théories de l'angoisse :

- La première est économique. L'angoisse est conçue comme la résultante d'une Réaction de la pulsion sexuelle, soit par répression (exigence de sur moi), soit par insatisfaction (privation, frustration) ;
- La deuxième théorie définit l'angoisse comme fonction biologique générique. L'angoisse reçoit un sens. Elle est le signe de l'effraction d'une problématique automatique liée à un conflit intrapsychique.

Alors que dans la première théorie le refoulement crée l'angoisse, dans la deuxième théorie c'est l'angoisse qui provoque le refoulement. Malgré cette contradiction, ces deux approches peuvent être articulées, comme a pu le montrer Laplanche.

Après Freud, de nombreux auteurs ont apporté leurs propres contributions.

Bowlby a montré que, lorsqu'un bébé est séparé durablement de sa mère, il développe successivement trois types de réactions : protestation, désespoir, détachement. Ultérieurement,

Klein a proposé une compréhension de l'attaque de panique inspirée des travaux de Bowlby, la crise anxieuse correspondant à une phase de protestation par rapport à une angoisse de séparation inconsciente.

9.3. Le model biologique

Les structures anatomiques en jeu dans l'anxiété concéderaient essentiellement diencéphale, le système limbique et sept hippocampique avec l'amygdale. L'utilisation des médicaments dans l'anxiété repose sur des hypothèses biologiques, elles coïncident certains récepteurs particulières (complexes GABA et récepteur aux Benzodiazépines) et sur les expérimentations d'autres systèmes représentés par le jeu des monoamines cérébrales, notamment de la sérotonine et de la noradrénaline.

10. La prise en charge de l'anxiété :

10.1. Traitements non médicamenteux :

Deux grandes classes de traitement, les anxiolytiques et les antidépresseurs, sont proposées.

La décision de prescrire répond à trois exigences :

- La résistance à des techniques simples de réduction de l'anxiété ;
- L'intensité des symptômes ou des troubles ;
- La nécessité d'un soulagement rapide.

(Dominique yvon, 2014, p. 45)

10.1.1. Les anxiolytiques : sont indiqués dans l'anxiété aiguë symptomatique et transitoire exposent aux risques d'abus et de dépendance. Leur prescription doit faire l'objet de beaucoup de précautions. Cette classe, reste très prescrite en pratique.

- Les benzodiazépines : sont essentiellement concernées. Offrir une meilleure tolérance supérieure en limitant les risques d'abus. Toutes les benzodiazépines possèdent, à dose équivalente, une efficacité comparable.

- Risque de dépendance : un risque de devoir augmenter les doses pour maintenir le même effet. Ce phénomène est appelé tolérance ou accoutumance.

(Dominique, 2012, pp. 42-49)

10.1.2. Antidépresseurs : sont particulièrement indiqués dans les troubles paniques, phobiques et les TOC et, depuis peu dans le trouble anxieux généralisé. La durée du traitement antidépresseur pose beaucoup de problème étant donné que les troubles anxieux évoluent de façon chronique et que les rechutes sont fréquentes. Il faut savoir arrêter le traitement et proposer d'autres alternatives. (Dominique yvon, 2014, pp. 42-49)

10.1.3. Les autres traitements : d'autres approches biologiques existent. Certaines sont déjà utilisées, d'autres font encore objet d'études et sont réservées à des cas scientifiques.

- Bétabloquants : cette classe de médicaments était autrefois indiquée pour prévenir les symptômes tels que des tremblements ou de la tachycardie.

- Buspirone : il s'agit d'un médicament anxiolytique présent moins d'effets secondaires que les benzodiazépines puisqu'il n'est pas sédatif et que les risques de dépendance sont faibles. Il semble surtout efficace dans le soulagement des symptômes psychologiques de l'anxiété.

- Prégabaline : cette molécule, également efficace contre les douleurs neuropathiques, présente un intérêt en particulier chez les patients souffrant d'anxiété généralisée pour lesquels elle présente une alternative aux antidépresseurs.

- Hydroxyzine : prescrits dans le traitement des réactions allergiques. Cette substance a une action calmante lors d'anxiété légère, mais son effet fortement sédatif en limite l'usage.

- L'etifoxine : L'etifoxine est indiquée dans les manifestations somatiques de l'anxiété, principalement pour tout ce qui concerne la sphère cardio-vasculaire (tachycardie). Elle n'entraîne pas de dépendance, ni d'accoutumance, ni d'effet rebond. L'effet recherché est une action régulatrice neurovégétative. (Soumaille, 2015, p. 190)

10.2. Traitement médicamenteux de l'anxiété :

10.2.1. La relaxation :

La relaxation totale, type Jacobson, doit être pratiquée dans de bonnes conditions, C'est-à-dire loin d'un repas, dans une salle fraîche, aérée, sombre et calme ; les vêtements sont desserrés, les chausseurs ôtés ; on adoptera une position allongée, bras et épaules légèrement écartés.

Elle se pratique en trois phases :

- Une phase de contrôle respiratoire qui consiste à ralentir globalement le rythme de la respiration et à la rendre plus ample au niveau de l'inspiration et plus lente au niveau de l'expiration ;
- Une phase de déconcentration musculaire qui se fera en remontant progressivement des pieds à la tête, par paliers successifs : pieds, mollets, cuisses, etc.
- Une phase de « lavage » de cerveau au bon sens du terme. Il s'agit alors de vider son cerveau des pensées extérieures et soucis divers pour l'emplir d'une sensation de calme et de détente.

(Dervaux j. , 2014, pp. 32-33)

L'état physiologique de relaxation peut être obtenu si l'individu respecte quatre conditions fondamentales : environnement calme, attitude passive, concentration (sur un mot, une image, une partie du corps, etc.), tonus musculaire diminué.

Deux types de relaxation sont essentiellement utilisés en pratique : le training autogène et la relaxation musculaire progressive. (palazzolo, 2007, p. 67)

10.2.2 Le training autogène

Le training autogène présente de multiples effets bénéfiques :

- .1. Effet de relaxation et de concentration à la fois ;
- .2. Effet de calme intérieur et de détachement de la pensée, qui amène presque à devenir spectateur de soi-même
- .3. Une détente musculaire.
- .4. Une dilatation des vaisseaux sanguins des extrémités des membres.
- .5. Un ralentissement respiratoire et cardiaque.

.6. Une détente abdominale.

.7. Une fraîcheur ressentie au niveau de front.

Cet état est atteint par étapes successives au fil des séances, en travaillant sur chacun des éléments cités. Le sujet est installé soit en position allongée (le plus souvent), soit en position assise sur un fauteuil ou une chaise. Il se concentre à la fois sur des instructions verbales (par exemple : « votre jambe gauche est chaude, votre cœur bat lentement et calmement », des représentations mentales (par exemple, imaginer son bras droit comme étant en plomb, ou sa jambe gauche exposée aux rayons du soleil), et les sensations corporelles qui en découlent, témoins des changements physiologiques (par exemple, la lourdeur du bras droit, la chaleur de la jambe gauche).

L'état de relaxation induit par cette technique s'acquiert en quelques mois, à raison d'une séance par semaine avec le praticien, associé à une pratique quotidienne chez soi. (palazzolo, 2007, p. 68)

10.2.3 Les techniques cognitives

Les approches cognitives de gestion de l'anxiété se sont développées à partir de la constatation simple que la manière dont l'individu perçoit le facteur anxiogène détermine en grande partie sa réaction. Ainsi, Lazarus a développé un modèle psychologique de l'anxiété, dans lequel la réaction ne survient seulement si le sujet a évalué la situation comme angoissante.

Classiquement, cette évaluation se fait en deux temps :

- Une évaluation primaire. L'événement, le facteur, est jugé anxiogène lors, par exemple, d'une perte (le dommage est réalisé), d'une menace (le dommage est anticipé) ou d'un défi (nécessité de maîtriser la situation) ;
- Une évaluation secondaire. Le sujet apprécie ses capacités à faire face à la situation (c'est ce que l'on appelle le coping).

Cette évaluation est sous la dépendance de nombreux facteurs liés aussi bien l'individu (ses valeurs, ses croyances...) qu'à la situation (caractère de nouveauté, de durée, d'enjeu). Il existe de nombreuses stratégies à visée cognitive destinées à modifier tous les processus cognitifs inadaptés qui peuvent se manifester aux divers stades de l'évaluation, et donc conduire à la réponse anxieuse.

- Dans un premier temps, le sujet prend conscience de ses pensées automatiques, de ses interprétations survenant dans diverses situations et en particulier celles vécues comme anxiogènes.
- Il apprend ensuite à faire la différence entre celles reposant sur des bases objectives, et celles considérées comme subjectives.
- Ces deux premières étapes sont facilitées par la collecte de données précises par le sujet, souvent au moyen d'un agenda qui permet d'identifier, de relever les cognitions inadaptées. Les cognitions sont analysées et critiquées avec l'aide du praticien.
- L'étape suivante consiste pour le sujet à adopter et à pratiquer des réponses comportementales et cognitives nouvelles pour affronter les facteurs anxiogènes. (palazzolo, 2007, pp. 67-70)

10.2.4 Les thérapies comportementales

Ces méthodes sont basées sur l'exposition fonctionnelle (progressive) au stimulus anxiogène, et vise à contrôler la réponse physiologique anxieuse par une réponse -relaxation, et à obtenir ainsi un apaisement émotionnel satisfaisant est cela selon trois parties :

- Apprentissage d'une réponse-relaxation : l'anxiété induit une réponse physiologique d'alarme. La réponse relaxation vise une détente physiologique, par action musculaire et respiratoire aisément contrôlable. En générale, la relaxation peut être rapidement apprise.
- Technique d'exposition au stimulus anxiogène : basée sur le principe d'habitation (diminution de la réponse physiologique par la présentation prolongée et répétitive du stimulus), elles entraînent à remplacer la bouffée de peur par la réponse détente.
- Technique de généralisation de l'apaisement : ici, à partir de l'expérience ciblée repérée comme typique et soumise à entraînement, on ouvre l'entraînement à plusieurs contextes analogique, pour faciliter la généralisation de la réaction de contrôler apprise. **(Blondel, 2005, p.140).**

Synthèse

À travers ce chapitre, il ressort que l'anxiété constitue une composante inhérente à l'expérience humaine. Elle se manifeste comme un mélange d'inquiétude, de tension et de malaise, que chacun peut ressentir à différents moments de sa vie. L'anxiété impacte à la fois la sphère psychique

(pensées, émotions) et la sphère somatique (symptômes physiques). Sa prise en charge peut être assurée par des approches médicamenteuses, mais également par des interventions non médicamenteuses, notamment psychothérapeutiques, en fonction de l'intensité des symptômes et des besoins individuels.

Chapitre II : L'autisme

1. Aperçu historique

2. Les définitions de l'autisme

3. Les différents types de l'autisme

4. Prévalence du trouble

5. Les classifications de trouble autistique

6. Les signes / symptômes cliniques de l'autisme

7. L'étiologie de l'autisme

8. Diagnostique et l'évaluation de l'autisme

9. Les prises en charges

10. Impact de l'autisme sur les parents

Préambule :

Les troubles du spectre de l'autisme (TSA) sont des affections neurodéveloppementales qui se manifestent dès la petite enfance et perdurent tout au long de la vie. Ils se traduisent principalement par des difficultés dans les interactions sociales et la communication, ainsi que par des comportements spécifiques, tels qu'une aversion au changement et des actions ou discours répétitifs. Les individus concernés peuvent paraître repliés sur eux-mêmes et présenter des sensibilités sensorielles particulières (sons, images, textures, etc.). En Algérie, bien que les manifestations et les niveaux d'adaptation varient d'une personne à l'autre, l'autisme reste peu connu et représente un défi important en matière de santé publique.

Dans ce deuxième chapitre, intitulé « **L'autisme** », nous aborderons cette thématique, en retraçant son évolution historique et en fournissant quelques définitions. Nous examinerons également sa reconnaissance dans la législation algérienne. Par la suite, nous exposerons les différentes formes du TSA, les méthodes de diagnostic ainsi que les diagnostics différentiels. Nous discuterons également des hypothèses étiologiques, de l'évolution des troubles et des approches théoriques qui les analysent. Enfin, nous décrirons les moyens thérapeutiques disponibles et les dispositifs de prise en charge, avant de conclure le chapitre par une synthèse.

1. Aperçu historique :

Le terme « Autisme » est dérivé du grec « Auto » qui signifie « soi-même », Le terme d'autisme, utilisé pour la première fois en 1911 par le psychiatre EUGEN BLEULER afin de désigner des schizophrènes adultes qui se caractérisent par la perte de contact avec la réalité et le rétrécissement des relations avec la l'environnement, en menant ces personnes à s'éloigner de la vie sociale par le repli sur soi même. (Tardif, 2003)

Durant la première moitié du XX^e siècle, le terme de psychoses infantiles est largement utilisé par les psychanalystes d'enfant et représente le modèle dominant. Les théories de Mélanie Klein vont être à l'origine de l'école anglaise de psychanalyse d'enfants. Ses nombreuses disciplines vont continuer à enrichir son œuvre malgré les nouveaux concepts diffusés par Léo Kanner.

En 1943, Léo Kanner avait publié un article dans « Thervous Child » dont il a décrit un groupe de onze cas d'enfants qui sont suivis depuis 1938, qu'on lui avait envoyés. Ces enfants présentaient

les signes de l'autisme, ils avaient un développement anormal. Ces enfants étaient physiquement en bonne santé, mais ils présentaient quelques symptômes qui sont : une incapacité à établir des relations avec leurs parents et les autres en général, un retard du langage et l'utilisation du langage à but non communicatif, des écholalias, un jeu répétitif, stéréotypé, une préoccupation excessive pour ranger les choses dans le même ordre, une absence d'imagination et enfin une mémoire de routine. (Ritrivo, 1983)

En 1944, le psychiatre autrichien Hans Asperger était, quant à lui, convaincu que l'autisme était d'origine organique. Ce dernier décrivait les enfants autistes comme des « psychopathes autistiques », mais ses travaux restèrent méconnus jusqu'au moment où ils furent traduits et publiés par Lorna Wing dans les années 1980. L'hypothèse développée par Asperger resta dans l'ombre de celle qui fut avancée par Bruno Bettelheim qui privilégiait une conception psychanalytique du trouble, dans laquelle la mère était ciblée comme principale fautive. Pour Bettelheim (1967), l'éducation des parents rendait l'enfant autiste, ce dernier choisissant de s'enfermer dans son monde intérieur, afin de couper délibérément toute communication avec son entourage. (l'Autisme, 2015)

Le trouble autistique est apparu dans les classifications internationales des maladies commençant par la classification internationale des troubles mentaux (CIM), où il s'appelait dans la neuvième édition en 1975 « psychose spécifique de l'enfant ». Dans cette version il existait trois types de ce trouble qui sont : l'autisme infantile, psychose désintégrative ou le syndrome de Heller et autres psychoses atypiques sans précision (psychoses de l'enfant, schizophrénie de l'enfant).

En 1992, dans la CIM-10 l'autisme il était figuré dans la rubrique des troubles envahissant du développement qui regroupe sept pathologies différentes. Dans cette version l'autisme se subdivise en huit types : l'autisme infantile, l'autisme atypique, syndrome de Rett, autres troubles désintégratifs, trouble hyperactif avec retard mental et stéréotypie, syndrome d'Asperger, autres Trouble Envahissant du Développement (TED) et TED non spécifié.

Dans la CIM-10, l'autisme atypique est une nouvelle catégorie diagnostique qui diffère de l'autisme infantile par l'âge de survenue plus tardif ou parce qu'il n'existe pas de troubles dans les trois groupes de critères retenues dans l'autisme infantile. La catégorie « troubles hyperactifs avec

retard mental stéréotypé » essaye de définir certains retards mentaux associés à des signes d'autisme mais elle paraît à la fois trop large et trop restrictive.

Une autre classification internationale des maladies qui consiste de Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux. En 1980, le DSM III fait figure l'autisme dans le premier axe « les troubles globaux du développement ». Ce manuel donne des critères spécifiques pour guider chaque diagnostic. Dans ce premier axe, trois éventualités diagnostiques principales : l'autisme infantile, le trouble global du développement qui débute dans l'enfance après trente mois et le trouble du développement atypique.

En 1987, la troisième édition revissée (DSM III-R) est apparue, et elle apporte des modifications concernant le trouble autistique ainsi pour les TED, se retrouvant situés dans le deuxième axe et ne comprennent plus que deux entités cliniques : le trouble autistique et les troubles envahissant du développement non spécifié. (APA, 1987).

Les deux classifications qui servent actuellement de référence sont celle de l'Association américaine de psychiatrie (APA) et celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ces deux classifications ont évolué dans le sens d'une convergence de plus en plus forte. Les dernières versions de ces systèmes de diagnostic, le DSM-IV (APA, 1994 et 2000) et la CIM-10 (OMS, 1993) ont donc beaucoup en commun, même si quelques différences persistent. Dans la première version du DSM parue en 1952, comme dans le DSM-II (1968), l'autisme était inclus dans la catégorie des réactions schizophréniques de type infantile. C'est en 1980 avec le DSM-III qu'apparaît la notion de trouble envahissant du développement. (Rogé, 2003).

2. Les définitions de l'autisme :

L'autisme est défini de diverses manières dans une multitude d'ouvrages et de dictionnaires. Afin de mieux comprendre ce trouble, nous allons examiner quelques-unes de ces définitions.

Le terme « autisme » tire son origine du grec *autos*, qui signifie « soi-même ». Il reflète l'idée d'un repli complet sur soi.

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)

2.2. SELON LE DSM-IV :

Les troubles du spectre de l'autisme se définissent par : « des perturbations des interactions sociales et de la communication, associées à des comportements et intérêts restreints, répétitifs, stéréotypés et une résistance aux changements ».

2.3. SELON LA CIM-10 :

Révisée l'autisme est sous le nom « troubles envahissants du développement ». Il est défini comme suite : « groupe de troubles caractérisés par des altérations 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).

3. Les différents types de l'autisme :**3.1 Selon le DSM 5 :****3.1.1 L'autisme Infantile :**

l'autisme infantile selon Kanner se définit comme un désordre fondamental qui consiste dans « l'incapacité des enfants à établir des relations normales avec les personnes et à réagir normalement aux situations depuis les premières années de leur vie ».pour Golse et Delion, l'autisme est une pathologie qui « entrave la communication interhumaine et entraîne un dysfonctionnement relationnel ».actuellement, l'autisme infantile appartient aux groupes des troubles envahissants du développement et il est défini par un triptyque symptomatique :anomalies qualitatives des interactions sociales, anomalies qualitatives de la communication,

comportements, activités et intérêts restreint répétitifs et stéréotypés. C'est un trouble qui débute avant l'âge de trois ans et qui dure toute la vie. (Bertrand, 2008)

3.1.2 L'autisme Atypique :

L'autisme atypique est une forme particulière des troubles envahissants du développement. La maladie ressemble beaucoup aux symptômes de l'autisme infantile, à savoir des troubles sociaux, de la communication et la manifestation de centres d'intérêt très restreints. Mais il est dit atypique car il ne réplique pas tous les critères cliniques qui permettent d'établir l'autisme infantile. Ainsi la maladie se manifeste au-delà de trois ans ou bien l'un des troubles caractéristiques n'est pas considéré comme suffisamment sévère. Cette pathologie se déclare souvent chez des enfants accusant un important retard mental. (Bertrand, 2008)

3-1-3 Le syndrome de Rett :

Trouble décrit principalement chez les filles .il se caractérise par une première période de développement apparemment normale ou presque normale, suivie d'une perte partielle ou totale du langage et de la motricité fonctionnelle des mains, associée à une cassure du développement de la boîte crânienne dont le résultat est une stagnation du périmètre crânien. Le début de ce type de trouble se situe entre 7 et 24 mois. Les signes les plus caractéristiques sont la perte de la motricité volontaire des mains, l'apparition de mouvements stéréotypés de torsion des mains et l'hyperventilation. (Bertrand, 2008)

3.1.4 Le syndrome d'Asperger :

C'est un autisme léger ou de haut niveau mais avec un troubles grave de la personnalité, les classifications internationales DSM-IV et ICD 10 le situent comme un trouble envahissant du développement distinct de l'autisme alors qu'en fait les critères retenus sont pratiquement les mêmes en dehors de l'intensité des troubles du langage et de l'âge de début.de plus-largement de début est faible car il est lié au niveau intellectuel relativement élevé dans le syndrome d'Asperger.la tendance actuelle est donc de considéré le syndrome Asperger de bon niveau, un trouble grave de la personnalité :il était considéré comme tel par Asperger lui-même ;on peut retenir comme argument en faveur d'un trouble de la personnalité. (Ould Taleb M. , 2015)

- Une adaptation sociale possible et un avenir professionnel réalisable malgré les difficultés.

- La stabilisation fréquente des troubles dans l'évolution.
- L'absence de trouble graves de la communication.
- L'absence ou la rareté de l'association avec un déficit mental.

4.Prévalence du trouble :

4-1 Au monde :

L'état de connaissances établi par la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en Janvier 2010 quelques données sur l'autisme et les troubles envahissants du développement. La prévalence estimée des TED a été estimée en 2009 de 6 à 7 mille personnes de moins de 20 ans. Pour l'autisme infantile, elle est de 2 pour mille personnes de moins de 20 ans.

Selon l'HAS (2010), on note une augmentation du nombre des personnes avec TED par rapport aux années 1960-1970, ce qui peut être expliqué par la modification des critères diagnostiques et l'amélioration du repérage par mes professionnels et le développement des services spécialisé pour évaluer et prendre en charge cette population.

L'autisme infantile est 4 fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles, On estime 2 garçons pour une fille quand il y a un retard mental modéré à sévère associé à l'autisme, et 6 garçons pour 1 fille dans l'autisme sans retard mental Etat de connaissance. (Haute Autorité de la Santé, 2012)

3-2 En Algérie :

Selon les dernières estimations du ministère de la Santé, en Algérie environ 80.000 enfants âgés entre 15 mois et 17 ans sont autistes, une pathologie méconnue du grand public et pourtant sa prévalence est estimée à 4 cas pour 1.000 naissances.

Devenu un réel problème de santé publique, la plupart des enfants atteints de ce désordre neurologique ne bénéficient d'aucun suivi thérapeutique leur permettant d'envisager une scolarité normale, d'où la nécessité d'augmenter la capacité d'accueil en établissements spécialisés en pédopsychiatrie et de former le personnel qualifié pour le traitement de cette maladie par la diversification des méthodes de prise en charge et de dépistage précoce notamment.

En Algérie les moyens mis à la disposition de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent sont limités, ils posent de nombreuses contraintes en termes d'infrastructures et de ressources humaines. Le parcours thérapeutique de ces enfants est chaotique et semé d'embûches, l'accès aux soins est rare ou même indisponible. Le personnel qualifié fait défaut, ce qui rend aussi la formation de nouvelles équipes médico-psychologiques aléatoire.

Pour une population de 36 millions d'habitants, nous disposons de trois structures en pédopsychiatrie avec une capacité globale de 150 places organisées en hôpital de jour auxquelles il faut ajouter une dizaine de consultations avec une vingtaine de « pédopsychiatres » formés grâce à l'aide de l'OMS et qui travaillent dans des conditions précaires. (Ould Taleb M. , 2012)

5. Les classifications de trouble autistique :

Tableau n°1 :

CIM-10	DSM-IV	CFTMEA-R 2000
F84.1 Autisme atypique	299.80 Trouble envahissant du développement non spécifié (y compris l'autisme atypique).	1.01 Autre formes d'autisme. 1.02 Psychose précoce déficitaire, retard mental avec troubles autistiques psychotiques.
F84.2 Syndrome de Rett	299.80 Syndrome de Rett.	1.05 Trouble désintégratifs de l'enfance.
F84.3 Autre trouble désintégratifs de l'enfance.	299.10 Trouble désintégratifs de l'enfance.	1.05 Trouble désintégratifs d l'enfance
F84.4 Troubles hyperkinétiques associés à un retard mental et a des mouvements stéréotypés.		
F84.5 Syndrome d'asperger	299.80 Syndrome d'asperger.	1.03 Syndrome d'asperger.
F84.8 Autres troubles envahissants du développement.		1.02 Psychose précoce déficitaire, retard mental avec trouble autistiques ou psychotiques. 1.04 Dysharmonies psychotiques. 1.08 Autres psychoses précoce ou autres troubles envahissants du développement.
F84.9 Troubles envahissants du développement, sans précision.	299.80 Trouble envahissant du développement non spécifié (y compris autisme atypique).	1.09 Psychoses précoces ou troubles envahissants du développement non spécifiées.

(P. LENOIR, 2007)

6. Les signes / symptômes cliniques de l'autisme :

L'autisme est un trouble neurodéveloppemental précoce qui affecte l'ensemble des fonctions d'adaptation. Il se manifeste par un ensemble de signes cliniques observables dans trois domaines

fondamentaux : les interactions sociales, la communication, ainsi que les intérêts et comportements, souvent restreints et répétitifs.

6.1 Troubles de contact et les relations sociales :

Se manifestent par une incapacité à réguler les comportements non verbaux, tels que : contact visuel, mimique faciale, postures corporelles et gestes. L'enfant autiste ne va pas tenter de faire partager ses plaisirs, ses intérêts avec d'autres personnes (par exemple : il ne va pas désigner du doigt l'objet qui l'intéresse). Un autre problème est l'incapacité de se représenter ce que peut penser l'autre (cécité mentale). La déficience mentale est une condition qui accompagne fréquemment l'autisme, puisque 75 % d'entre eux auraient un quotient inférieur à 70 et 50 % se situeraient entre 25 et 50. (Roge, 2004, p. 41)

6.2 Trouble de langage et des communications :

Chez les enfants suspectés ou diagnostiqués autistes, on peut noter la présence d'un langage déviant, d'un retard voire d'une absence de langage, « sans compensation par d'autres modes de communication non verbaux, « Ce qui fait ainsi défaut, c'est l'appétence à l'utilisation de l'expression orale et des mots dans le but de s'engager dans une relation réciproque avec d'autres personnes et dans des activités sociales » (Trevvarthen, 2007, pp. 217-237)

Ici encore, c'est la difficulté de création de liens sociaux qui est mise en avant. Chez les personnes autistes utilisant, la parole a recensé sept particularités langagières : un choix des mots inhabituel, une inversion du pronom, une écholalie, un discours incohérent, l'absence de réponse aux questions, une prosodie anormale et un manque de motif/mobile pour communiquer verbalement ou par des gestes. Concernant les comportements écholaliques, on précise que l'on distingue l'écholalie immédiate de l'écholalie différée. On parle d'écholalie immédiate lorsque la séquence répétée en écho est tirée de la situation présente, et d'écholalie différée lorsque la séquence répétée en écho est tirée d'une situation antérieure à la situation de communication. Les séquences écholalies peuvent être de différentes natures : elles peuvent être un mot, une suite de mots ou une partie de phrase, mais également une mélodie. (Touati, 2007, p. 13)

L'écholalie n'est pas un phénomène propre à l'autisme. Il est important de préciser que selon le dictionnaire d'orthophonie, « la valeur communicative de l'écholalie est controversée »

Alors que certains auteurs apparentent l'écholalie à un comportement stéréotypé intervenant à un moment inapproprié, d'autres, lui donne la statue de « langage par citations ». Aussi considèrent que « quand le langage est présent, il serait [...] erroné de le décrire comme dénué de valeur de communication et relevant du domaine du non-sens » (Touati, 2007, p. 14)

(Mutisme, retard dans l'acquisition du langage, problèmes de compréhension...). Les premiers signes que l'on perçoit au niveau du comportement du bébé se manifestent par l'évitement du regard de sa mère et par le manque d'attention conjointe (c'est-à-dire que le bébé ne porte pas attention aux mêmes choses que sa mère). Une autre manifestation est le retard ou l'absence de langage parlé. Non seulement l'enfant parlera plus tardivement, mais de plus, la signification des mots utilisés n'est pas la même que celle que nous leur attribuons. Ou encore, ce langage peut régresser et disparaître totalement. Mais une fois que l'enfant a commencé à parler, le langage peut être parfaitement normal. (Ritrivo, 1983, p. 50)

6.3 Comportements, activités et intérêts répétitifs et/ou restreints :

La vie de famille est perturbée par les problèmes de comportement de l'enfant autiste, spécialement si l'enfant développe une attitude agressive ou s'automutile. Souvent une hyperactivité et des troubles du sommeil ou de l'alimentation aggravent les problèmes de comportement, tomber malade devient un luxe, se reposer est impossible, les parents sont submergés par la fatigue. Les relations familiales sont tendues, les frères et sœurs sont ou se sentent négligés de ce fait. La famille vit dans une situation de stress chronique qui mine l'endurance des parents et les conduits souvent au divorce, laissant à l'un d'entre eux, le plus souvent la mère, la charge d'élever seule ses enfants, avec tout ce que cela implique. Stéréotypies ; difficultés à exprimer des émotions et à comprendre celles des autres.

Les activités répétitives concernant le corps. On peut observer des balancements, des postures anormales ou des mouvements des mains ou des bras postures et mouvements complexes du corps peuvent se combiner surtout dans les formes sévères d'autisme. L'enfant peut par exemple poser la tête au sol et se balancer dans cette position, s'enrouler dans les pieds d'un meuble dans une posture que d'autre jugeraient inconfortable, se glisser dans un endroit où son corps sera comprimé. (Rogé, 2003, p. 25).

7. L'étiologie de l'autisme :

7.1 Les Facteurs biologiques :

Le Dr Bertrand Rim land est le premier à avoir introduit l'hypothèse de l'origine organique. Il entreprend en 1974 une recherche avec la participation de 20 chercheurs venus du monde entier. Partant de l'idée ; que l'autisme n'est pas unique, c'est un syndrome dont les causes sont multiples. Dans son étude il est intéressé à l'aspect anatomique, électro physiologique et biochimique des symptômes autistiques.

Il fut le premier à avoir introduit dans son étude cinq critères précis de diagnostic :

- l'âge d'apparition précoce des symptômes cliniques.
- Une inaptitude profonde à communiquer avec autrui.
- un retard du langage.
- comportements ritualisés.
- motricité perturbée et stéréotypies. (Rutter, 1991)

7.2 Les facteurs génétiques :

Plusieurs études se portant sur des jumeaux monozygotes et dizygotes ont recherché un ou des gènes responsables du trouble autistique. Les jumeaux monozygotes montrent une relative forte concordance au syndrome autistique, alors qu'il en existe une très minime chez les jumeaux dizygotes. Par ailleurs, on a remarqué que l'autisme partageait certaines régions chromosomiques avec d'autres pathologies.

Il ne fait aucun doute que l'autisme ait une origine génétique mais, aujourd'hui, les chercheurs ne sont pas en mesure d'affirmer clairement quel gène est responsable de l'autisme.

7.3 Les facteurs biochimiques :

On a remarqué que les personnes atteintes du syndrome autistique présentent des perturbations au niveau des neurotransmetteurs.

En effet, la sérotonine, la dopamine, la noradrénaline et les bêta endorphines se retrouvent généralement à un taux anormalement élevé dans le sang des individus autistes. « En 1979, un zoologue américain du nom de Panksepp remarque une similitude entre certains comportements de l'autisme et les personnes qui consomment de l'opium. Il met également en cause les bêta endorphines, qu'il retrouve en excès dans les urines de personnes autistes, et propose pour contrer ce phénomène un régime sans caséine et gluten. Son hypothèse est simple : l'excès de bêta endorphine cérébrale viendrait d'une mauvaise assimilation de certains aliments, notamment les céréales (gluten) et les produits laitiers. (Amar, 2004, pp. 103-104)

7.4 Les facteurs neurologiques :

On observe chez la plupart des sujets atteints d'autisme une macrocéphalie, c'est à dire, une augmentation du périmètre crânien. Chaque région du cerveau semble perturbée : le cervelet, qui intègre les informations tactiles et la sensibilité profonde, assure l'orientation dans l'espace qui gère essentiellement les émotions ainsi que les autres zones cérébrales telles que les régions corticales, le corps calleux, et le tronc cérébral présentent des anomalies (Des dysfonctionnement cérébrale).

7.5 Les facteurs cognitifs :

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 Meltzoff 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 4 ans 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

(Roge, 2004, p. 40).

8. Diagnostique et l'évaluation de l'autisme :

Aujourd'hui le diagnostic d'autisme (PDD ou TED) est établi entre l'âge de 2 et 3 ans, le plus couramment autour de 3 ans, même si des signes précoces peuvent être décelés par des praticiens avertis autour de 1 à 15 mois, voire plus tôt encore, selon leur fréquence et leur intensité. (Tardif, 2003, p. 26)

Le diagnostic nécessite une équipe pluridisciplinaire ayant une bonne connaissance de ce qui peut être proposé aux parents en termes de soin, d'éducation, de pédagogie, et d'accompagnement de leur enfant.

8.1 Evaluation 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, 1990, p. 99)

Cette évaluation relève d'une démarche coordonnée et permet d'établir le projet personnalisé d'interventions éducatives et thérapeutiques, en collaboration avec l'enfant ou l'adolescent, les parents et les professionnels concernés

Elle repose sur :

- des observations directes et indirectes recueillies auprès des proches de l'enfant, en particulier ses parents, mais aussi auprès des professionnels des lieux d'accueil du jeune enfant et de l'école.
- des batteries de tests standardisés appropriés à l'âge de l'enfant, à son profil de développement (ex. : langage, habiletés motrices, etc.), à son comportement et au contexte de passation, en privilégiant les tests et échelles validés disponibles
- les domaines et activités décrits dans la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. (has-sante.fr, 2018)

8.2 Evaluation psychologique :

L'examen psychologique repose sur deux objectifs :

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 spatio-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 (Lelord, 1990, p. 121).

8.3 Evaluation psychométrique :

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 mental de celle-ci.

L'évaluation portera sur :

- le développement des acquisitions posturales et motrices
- le comportement psychomoteur, notamment dans le domaine de la communication. (Lelord, 1990)

8.4 Evaluation du langage :

L'évaluation du langage vise à analyser les capacités verbales et non verbales de l'enfant autiste, mettant en évidence ses spécificités et ses déficits. Elle porte sur le développement du langage verbal (retard, régression, écholalies, inversions pronominales, langage stéréotypé ou dissocié du

contexte), ainsi que sur la communication non verbale, incluant les gestes, le contact visuel et l'expression émotionnel.

La compréhension du langage, tant au niveau des consignes simples que du contexte, est également étudiée. Cette évaluation repose sur l'observation directe de l'enfant dans des situations variées, des entretiens avec les parents pour retracer le développement langagier, et l'utilisation de grilles d'analyse adaptées.

Bien que les enfants autistes présentent souvent un langage peu fonctionnel, des comportements répétitifs ou un manque d'intention communicative.

*** Diagnostic différentiel selon dsm5 :**

Le DSM-5 insiste sur l'importance d'une évaluation approfondie pour éviter les confusions diagnostiques et poser un diagnostic précis.

1. Trouble du langage :

Les enfants ayant un trouble du langage peuvent présenter des difficultés dans la communication, mais ils n'ont généralement pas de déficits significatifs dans les interactions sociales ou les comportements restreints et répétitifs.

2. Déficience intellectuelle (DI) :

Il peut inclure des retards de développement et des difficultés sociales, mais dans le cas des TSA, des comportements spécifiques comme des intérêts restreints ou des stéréotypies motrices sont présents, même si les compétences intellectuelles sont faibles.

3. Trouble de l'attention :

Avec ou sans hyperactivité (TDAH) Les enfants atteints de TDAH peuvent montrer de l'impulsivité, des difficultés à maintenir une attention ou à suivre des consignes, mais ces comportements ne sont pas accompagnés des déficits d'interactions sociales et des comportements répétitifs typiques de l'autisme. (DSM-5, 2015)

4. Trouble anxieux (comme l'anxiété sociale) :

L'anxiété sociale peut se traduire par un évitement des interactions sociales, mais les individus atteints d'un TSA présentent des déficits persistants dans la communication et l'adaptation sociale qui ne se limitent pas aux situations anxiogènes.

5. Mutisme sélectif

Se caractérise par l'incapacité à parler dans certains contextes sociaux, mais l'enfant n'a pas de déficits dans les interactions sociales ou des comportements répétitifs, contrairement aux TSA.

6. Troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) :

Les TOC impliquent des obsessions et compulsions qui peuvent ressembler aux comportements répétitifs des TSA, mais dans les TOC, les comportements sont liés à une anxiété spécifique et ne sont pas associés à des déficits dans les interactions sociales ou la communication. En revanche, dans les TSA, les comportements répétitifs sont souvent intrinsèquement motivés ou sensoriels, sans lien avec une peur ou une obsession particulière.

7. Schizophrénie :

La schizophrénie débutant dans l'enfance, se développe habituellement après une période de développement normal ou quasi normal. Elle peut inclure une altération sociale, et des croyances et des intérêts atypiques qui peuvent être confondues avec les déficiences sociales observées dans le trouble du spectre de l'autisme. Des hallucinations et des idées délirantes, qui caractérisent la schizophrénie, ne sont pas observées dans le trouble autistique. (DSM-5, 2015)

8. Troubles de l'attachement

Les troubles de l'attachement (souvent dus à des environnements de soins inadéquats) peuvent ressembler aux TSA en termes de retrait social. Cependant, ils s'expliquent par des facteurs environnementaux, et les enfants concernés montrent généralement une capacité à s'améliorer rapidement lorsqu'ils sont placés dans un environnement stable et soutenant.

9. Syndrome de Rett :

Une altération des interactions sociales peut être observée au cours de la phase de régression du syndrome de Rett (typiquement entre l'âge de 1 ans à 4 ans) ; de ce fait, une proposition significative des petites filles affectées peuvent avoir une présentation clinique compatible avec les critères de trouble de spectre de l'autisme. Cependant, après cette période, une amélioration des compétences de communication sociale se manifeste chez la plupart des sujets ayant un syndrome de Rett et les traits autistiques ne sont plus difficultés au premier plan.

En conséquence, le trouble du spectre de l'autisme ne doit être retenu que si les critères diagnostiques sont remplis dans leur ensemble (DSM-5, 2015).

9. Les prises en charges :

9.1. Les prises en charge psychothérapeutiques :

Les psychothérapies sont plusieurs et multiples, elles peuvent être individuelle ou groupales, et elles peuvent être utilisées assez diversement afin d'agir sur les troubles du comportement, sur l'éveil sensoriel, sur les perceptions corporelles, sur les fonctions instrumentales...elles peuvent être médiatisée par des supports tels que : les jeux ; la peinture ; la musique...etc. pour aider et permettre à l'enfant de communiquer à partir des intérêts particuliers. (Tardif, 2003)

9.1.1 La psychothérapie Individuelle :

Notamment pour des personnes d'assez de bons niveaux 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, pour comprendre les situations sociales si déroutante pour elles, et les aider à gérer le stress que cet ensemble de difficultés génère au quotidien. (Tardif, 2003, p. 109)

9.1.2 Les thérapies familiales systémiques :

Pourront-elles aussi être une modalité envisagée, pour que 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, par l'analyse des communications et des rôles des uns et des autres

au sein de la famille, elles peuvent être utiles pour la fratrie, dans ses liens et modes d'échanges avec leurs parents et leurs frères ou sœurs. (Tardif, 2003, p. 109)

9.1.3 Les thérapies cognitivo- comportementale (TCC) :

Dans leurs différentes formes s'intéressent généralement à modifier certains comportements inadaptés ou dangereux pour la personne ou pour autrui (automutilations, agressivité). Elles doivent utiliser des procédures positives (non aversives) pour aider la personne à avoir des conduites plus adéquates socialement. Les renforcements positifs sont utilisés pour aider la personne à progresser. Le but est de réapprendre à la personne un comportement approprié par des techniques très codifiées (Tardif, 2003, p. 109).

9.1.4 La thérapie d'échange et de développement :

La thérapie d'échange et de développement est une forme nouvelle de la psychothérapie destinée aux enfants présentant un trouble autistique. Son initiateur est le professeur Lelord. Elle repose sur les bases de la neurophysiologie du développement. L'autisme Dans la phase préparatoire l'enfant est soumis à un examen psychologique des observations des comportements, un bilan neurophysiologique rigoureux .la thérapie a pour objet l'épanouissement de l'enfant. Elle a également pour objet de développer des fonctions déficientes. Cette approche est spécifique organisée principalement autour de soi psycho- éducative individuelle réalisée au cours de plusieurs séances hebdomadaires de 30 minute chacune pendant lesquelles l'enfant est sollicité et accompagné dans différents jeux en fonction de ses intérêts et de ses capacités. Les séances s'organisent autour de trois principes généraux dont la simplification de l'environnement spatial et des stimulations, l'échange et l'imitation et en fine, la réalisation de séquences motrice fonctionnels. (P. LENOIR, 2007) A l'issue de cette phase des objectifs, adaptés à chaque enfant en fonction de ses capacités et de ses intérêts sont fixés. La démarche de la thérapie d'échange et de développement, Recherche chez l'enfant, un centre d'intérêt par la mise de jeu, en relation avec le niveau de développement de l'enfant et l'échange au niveau de la motricité, du regard, de la voix et de l'imitation. (Lelord, 1990).

9.2 Les prises en charges éducatives :

La prise en charge éducative est un ensemble de méthodes et de stratégies d'enseignement adaptées aux enfants et adolescents autistes afin de leur permettre un accès au savoir. En effet, le but recherché par cette approche n'est pas d'enseigner un programme scolaire au sens habituel du terme, même si certains autistes peuvent le suivre en partie ou en tonalité, mais 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.

Dans les prises en charge éducatives, la part sacrée aux activités ciblant le développement cognitif et celle visant d'avantage le développement socio affectif, sensoriel, ou psychomoteur. Il existe souvent des ajustements nécessaires lors des prises en charge, entre les concepts de base et leur application en fonction de prise en charge éducatives de l'autisme est basée sur l'approche **TEACCH** développé les années 65-70 (schopler et al, 1888), axé sur l'éducation et la rééducation des personnes autistes à partir d'évaluation de leur niveau de développement et de fonctionnement. Elle insiste sur le travail de structuration de l'environnement pour créer des repères, sur l'importance de la visualisation des indices pertinents pour mieux les sélectionner et les traiter, sur l'individualisation des programmes pour chacun , sur la collaboration des parents au projet de leur enfant, sur l'approche positive de l'enfant(ne pas le mettre en échec , partir de ses compétences, renforcer les capacités en émergence, favoriser les réussites et les renforcements qui en résulte..).sur l'approche globale de l'enfant (Tardif, 2003, p. 114).

9.2.1 Le programme de Schopler (TEACCH) :

La Division **TEACCH**, Traitement et éducation des enfants avec autisme et autres handicaps de la communication, créée aux États-Unis, est une méthode éducative spécifique, en partant de l'observation et de l'étude, du fonctionnement cognitif de l'enfant autiste, il s'agit en réalité d'un programme qui vise à insérer l'enfant autiste, dans son environnement naturel en favorisant le développement de son autonomie, afin de concrétiser l'objectif. Le programme s'appuie sur trois grands principes, le programme met l'accent sur les stades d'où on s'intéresse au diagnostic, l'entraînement des parents et sur l'aide psychopédagogique, à l'âge scolaire, on se penche sur les problèmes d'apprentissage et les troubles du comportement à l'adolescence, et l'âge adulte on tend

vers une grande autonomie, avec une formation professionnelle. Dans ce programme, les parents jouent un grand rôle dans la prise en charge de leur enfant. Les parents sont, orientés par les professionnels, de leur côté ils s'impliquent dans le programme éducatif de l'enfant, le projet éducatif individuel repose sur une véritable collaboration, et une reconnaissance mutuelle, sa mise en œuvre repose sur deux principes :

- La structuration :

Il s'agit d'adapter l'environnement à l'enfant autiste, et de lui rendre compréhensibles les concepts abstraits, qui lui posent le plus de problèmes, notamment l'écoulement du temps.

- La communication :

Il est nécessaire, d'introduire une communication codée non verbale, à travers le canal visuel qui est le moins entravé par les troubles, et ce par le biais des gestes, images, photographies, adaptation du programme éducatif, et thérapeutique à chaque enfant, en fonction des données du bilan des émergences, des attentes des parents, ce qui implique une formation approfondie des personnes chargées, d'intervenir auprès de ces enfants. (Roge, 2004)

9.2.2 L'ABA (Applied Behavioral Analysis) :

Lovas a mis au point la méthode **ABA**, ou l'Analyse appliquée du Comportement une approche novatrice, qui implique un thérapeute, les parents et éventuellement la fratrie, cette méthode doit d'abord et avant tout s'adapter au caractère spécifique de chaque enfant autiste.

Les travaux Lovas ont été les premières à faire connaître cette approche dans le domaine de l'autisme. En outre, ce programme possède un nombre d'objectif qui sont :

- Développer et augmenter la fréquence des comportements adaptatifs et sociaux.
- Contrôler les troubles du comportement en utilisant la répétition et le renforcement des comportements souhaités.
- Diminuer la fréquence d'apparition des comportements indésirables.
- Cette technique nécessite des personnes formées et entraînés (parents, professionnels, porches.). Afin de réduire au d'augmenter le comportement cible. (Dominique yvon, 2014, p. 170)

9.3 La prise en charge médicamenteuse :

Il n'existe pas de traitements médicamenteux pour traiter l'autisme. Néanmoins, des médicaments peuvent être prescrits en cas de troubles du comportement gênants, dangereux ou envahissants (agressivité, colère, instabilité, mouvements répétitifs, etc.). Certaines classes de médicaments peuvent être utiles pour diminuer ces comportements susceptibles de gêner la socialisation et les possibilités d'apprentissages. On peut citer par exemple :

- **les neuroleptiques** : utilisés pour les adultes et enfants porteurs d'autisme, les effets recherchés portent sur l'agressivité, l'agitation, les crises de colère, les stéréotypies, etc. Une prise de poids et un effet sédatif sont souvent rapportés.

- **les antidépresseurs "IRS"** : proposés pour traiter les stéréotypies et rituels gênants, les antidépresseurs peuvent aussi être prescrits pour le traitement de la dépression chez la personne porteuse d'autisme.

- **les stimulants** : ce traitement peut être efficace en cas d'instabilité psychomotrice ou de troubles attentionnels importants. L'efficacité semble plus importante chez les enfants présentant des formes particulières d'autisme (syndrome d'Asperger ou TED non spécifié).

9.4 L'intervention précoce :

L'intervention précoce va de pair un diagnostic précoce, ainsi, lorsque l'enfant atteint d'autisme est dépisté jeune (autour de 2ans), une intervention précoce peut être proposée, son fondement théorique repose sur le fait qu'entre 2et5ans, les phénomènes de plasticité cérébrale et de compensation adaptative sont des leviers importants pour la récupération de certaines fonctions défaillantes. Cette intervention s'appuie sur une approche développementale et comportementale incluant un travail systématique sur les compétences sociale, cognitive et psychométriques, et elle vise l'acquisition de compétences nouvelles et une réduction des comportements gênants, parasitant les échanges. (Tardif, 2003)

Différentes études longitudinales effectuées auprès d'enfants ayant été pris en charge précocement et de manière suffisamment intensive, rapportent de tels changements en deux ans de pris en charge. Mais, pour que cette intervention soit suivie d'effets positifs sur le développement de l'enfant, il faut qu'elle comprenne certaines caractéristiques indispensables : La précocité de

l'intervention (si possible avant 4 ans), l'intensité de l'aide (stimulations quotidiennes), l'implication des parents autour d'une équipe de partenaires avec une variété d'activités et d'environnements (pour favoriser la généralisation et prolonger les effets des stimulations dans les différents lieux de vie de l'enfant), l'individualisation des activités et des projets spécifiques à chaque enfant en fonction de son développement et son environnement, la prise en compte des données biomédicales et développementale pour ajuster les interventions éducatives et rééducatives. (Tardif, 2003)

Le but de cette intervention précoce est de marquer le temps d'éveil de la journée et de l'enfant autiste par des activités stimulantes au niveau des interactions sociales et communicatives, notamment en travaillant sur le regard, l'imitation, pour cela on suscite « l'apprentissage incident » réalisé dans l'environnement naturel, qui fournit un cadre de travail favorable à la fois pour permettre la généralisation des acquis et le développement de l'initiative adoptée de l'enfant en réaction à son milieu familial. Parmi ces techniques d'enseignement, la stratégie des « routines » permet d'enseigner des compétences reliées naturellement les unes aux autres. Exemple : apprendre à descendre du bus et se rendre dans un lieu habituel. Une autre stratégie consiste à travailler sur les « comportements pivots », c'est des comportements qui ont des effets larges et de portée étendue dans divers secteurs du développement de l'enfant. Par ces stratégies, l'objectif est d'enseigner de façon naturelle la motivation à initier des actions et à réagir de façon appropriée aux nombreux stimuli sociaux et environnementaux, et à faciliter l'autorégulation du comportement de la personne. Donc l'intervention précoce ne peut être envisagée que si l'entourage familial et professionnel est prêt à s'engager conjointement dans ce type de sollicitations à la fois régulières, répétées et soutenues, nécessitant beaucoup d'investissements.

(Tardif, 2003, p. Gepner)

Finalement, nous avons constaté que les enfants atteints d'autisme nécessitent une prise en charge médicale, paramédicale et éducative en plus de l'accompagnement pédagogique. Un accompagnement pluridisciplinaire (orthophonie, psychomotricité, accompagnement éducatif, psychothérapie,) est souvent proposé, afin d'atteindre le but voulu et aider cet enfant.

10. Impact de l'autisme sur les parents :

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.

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. (Carole, 2009, pp. 245-260)

Synthèse

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) constitue aujourd'hui un handicap qui suscite un intérêt croissant tant auprès des spécialistes que du grand public. Il a donné lieu à de nombreuses interrogations et à une multiplication des recherches scientifiques, lesquelles ont permis d'élaborer diverses hypothèses explicatives, bien que plusieurs zones d'ombre subsistent. En dépit des avancées, l'autisme demeure l'un des grands défis scientifiques contemporains, notamment en ce qui concerne l'identification précise de ses origines et de ses causes biologiques, qui restent encore partiellement élucidées.

Reconnu comme un trouble neurodéveloppemental précoce, le TSA se manifeste dès la première année de vie, bien que ses signes initiaux soient souvent subtils et variables. Ces manifestations tendent à s'accroître avec le temps, devenant plus marquées et reconnaissables généralement autour de l'âge de deux à trois ans, voire parfois plus tard dans certains cas.

Chapitre III

La méthodologie de la recherche

Préambule :

Toute recherche nécessite une méthodologie appropriée, nous allons maintenant aborder l'aspect pratique, qui englobe la méthodologie de recherche. La recherche scientifique peut être définie comme un ensemble d'activités et d'expériences menées dans un cadre scientifique spécifique. Cette démarche de recherche suit un protocole précis, utilisant divers outils et instruments tout au long du processus sur le terrain. Son objectif est d'expliquer le déroulement de la recherche, de guider et d'organiser le travail de manière objective, tout en vérifiant les hypothèses liées à la problématique de recherche.

1. Déroulement de la recherche :

Pour mener à bien le déroulement de notre recherche sur le terrain, nous avons d'abord effectué une pré-enquête qui est une étape préparatoire et nécessaire nous permettant d'entamer notre enquête dans de bonnes conditions. Nous allons dans ce qui suit, présenter ces deux phases indispensables dans une recherche.

5.1. La pré-enquête :

La pré-enquête est une étape très importante dans la recherche. Elle consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments prévus pour effectuer l'enquête. Si on a des doutes sur telle ou telle variable ou sur le rendement de telle ou telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs. (Grawitz, 2001, p. 550).

La pré-enquête permet de tester des pistes, de se familiariser avec le terrain, de s'entraîner à questionner et à écouter, de construire progressivement le guide d'entretien et de le tester. Cette étape est à la fois essentielle pour construire la problématique de la recherche, élaborer les hypothèses, et choisir les méthodes les plus appropriées à l'objet de recherche (Sauvayre, 2013, p. 48). Autrement dit, l'objectif de la pré-enquête est un balisage de terrain observé et une définition du protocole d'enquête.

Ainsi, notre pré-enquête s'est déroulée au sein de l'association Espérance contre l'autisme à Akbou de la wilaya de Bejaia, de 02/02/2025 à 09/02/2025 a duré une semaine.

Pour notre étude sur " **l'anxiété chez les parents ayant un enfant autiste** ", nous avons initié notre travail en menant une recherche bibliographique approfondie, tant au sein de la bibliothèque

de notre université qu'en ligne. Cette démarche nous a permis d'acquérir une solide base théorique pour définir notre variable dépendante, formuler notre question de recherche et élaborer nos chapitres théoriques ultérieurement.

En effet, cette première étape nous a permis de récolter la documentation qui a un lien direct avec notre thème ou l'une des variables de celui-ci ou qui s'en approche.

Par la suite nous nous sommes dirigées vers l'association « **ESPERANCE** » pour avoir l'accord de la présidente de l'association afin de réaliser notre stage pratique.

Nous avons été accueillies par la responsable de l'association, à qui nous avons exposé notre demande et notre souhait qu'il a accepté avec bienveillance. Après avoir eu l'autorisation d'accès au terrain, on s'est présenté comme étant étudiantes de psychologie clinique en master 2 à l'université de Bejaia en vue de l'obtention d'un mémoire de fin de cycle. La directrice nous a présenté le lieu, et le personnel qui se constitue d'une psychologue et une orthophoniste et cinq éducatrices. Puis nous avons expliqué notre thème de recherche à la psychologue, elle nous a donné son approbation pour entamer notre pré-enquête, elle nous a expliqué comment elle travaille et qu'elle utilise les deux programme **l'ABA** et le **TEACCH**.

Durant cette pré-enquête, nous avons pu observer les comportements et la relation des enfants autiste avec les éducatrices et avec leurs parents, là on a constaté qu'il y'a certaines familles se montraient coopératives et aussi des parents qui n'accepte pas que leur enfant soit malade.

Le fait d'avoir parlé avec certains parents des patients présent pour des séances de rééducation et d'avoir obtenu leur autorisation avant de commencer la pré-enquête démontre le respect des protocoles éthiques et la volonté de garantir le consentement éclairé des participants. Le recueil des discours des participants à travers des questions ouvertes permet une exploration approfondie du thème de recherche, en donnant la possibilité aux participants de s'exprimer librement sur leurs perceptions.

Afin d'effectuer notre pré-enquête nous avons réalisé un entretien semi-directif et l'échelle d'Hamilton d'anxiété après avoir eu le consentement oral des parents, cela nous a permis de recueillir des informations sur notre thème de recherche mais également de modifier et de réajuster notre guide d'entretien qui avait été préparer à l'avance.

5.2. L'enquête :

Nous allons d'abord commencer par exposer une définition de l'enquête et on reviendra sur son importance, puis nous allons procéder à la présentation de son déroulement dans notre recherche.

« L'enquête, est l'ensemble des opérations par lesquelles les hypothèses vont être soumises à l'épreuve des faits, et qui doit permettre de répondre à l'objectif qu'on s'est fixé ». (Blanchet, 2014, p. 35)

Elle « consiste à poser un nombre de questions à un vaste échantillon de personnes sur leur comportement ou de leurs opinions en utilisant des questionnaires ou des interviews » (Chahraoui Kh et Bénony, 2003, p. 131.132)

Par conséquent, l'utilisation de l'enquête permet de collecter des informations que les sources documentaires ou « traces » ne peuvent fournir assez rapidement. Elle est utile quand l'observation directe, longue et impossible sur un grand nombre, ne peut se faire. Elle permet de recueillir des informations sur des représentations, des attitudes, des opinions. Bien entendu, elle ne fournit pas la description de conduites ou d'événements en train de se produire

Notre enquête s'est déroulée du **09 février 2025** jusqu'au **25 mars 2025** au sein de l'association Espérance des autistes. Nous nous y rendions deux fois par semaine de 8h00 à 16h00, dans le but de récolter un maximum d'informations sur nos sujets.

Nous avons veillé à recueillir le consentement libre, éclairé et volontaire des participants, en leur expliquant clairement les objectifs de la recherche, le cadre de la confidentialité et l'utilisation strictement scientifique des données. Afin d'éviter les biais d'induction, les hypothèses de recherche n'ont pas été communiquées aux participants.

Le groupe de recherche est composé de cinq parents d'enfants atteints de troubles du spectre de l'autisme (TSA). L'entretien semi-directif, basé sur un guide structuré autour de plusieurs axes, a été conduit avec chaque parent. L'introduction de l'entretien était formulée de manière simple :

« Nous allons vous poser quelques questions pour but de mieux comprendre votre vécu en tant que parents ayant un enfant atteint de trouble du spectre de l'autisme, en particulier en ce qui concerne votre état émotionnel et votre expérience au quotidien : ce que nous cherchons, c'est votre ressenti personnel et votre réaction au moment de l'annonce du diagnostic. Toutes les informations

partagées resteront strictement confidentielles et seront utilisées uniquement dans un cadre scientifique. Avec votre accord, nous allons commencer. »

La durée des entretiens a varié d'un parent à l'autre, avec une moyenne d'environ vingt minutes. Toutefois, certains entretiens ont duré plus longtemps, en raison de la richesse des informations partagées et de leur implication.

La langue utilisée dans notre guide d'entretien a dû être adaptée, car la majorité des participants comprenaient peu ou pas le français. Par conséquent, nous avons traduit les questions en kabyle afin de faciliter la communication. Les réponses obtenues étaient ainsi souvent formulées dans un mélange de kabyle et de français, selon le niveau de compréhension de chaque parent.

Un autre outil mobilisé dans le cadre de notre travail de recherche était l'échelle d'Hamilton pour l'anxiété (Hamilton Anxiety Rating Scale – **HAMA**), Il s'agit d'un instrument clinique permettant d'évaluer l'intensité des symptômes anxieux chez les individus. Cette échelle repose sur l'observation et l'appréciation de 14 items regroupant à la fois des manifestations psychiques (comme la tension, l'inquiétude ou la peur) et somatiques (telles que les troubles digestifs, cardiovasculaires ou respiratoires). Elle vise à dresser un profil global de l'état anxieux du sujet, et permet d'en suivre l'évolution dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique.

2. La présentation du lieu de la recherche :

Notre recherche s'est effectuée à l'association « Espérance tous contre l'autisme » est une association à caractère médicosocial, éducatif et culturel qui s'occupe des enfants et adultes autistes et leurs parents, située à Akbou et active sur la wilaya de Bejaia. Elle est agréée par l'APC d'Akbou en date du 25 décembre 2016, sous N°19/2016.

Cette association est divisée en trois salles : salle pour les cas sévères, salle pour les moins sévères et une salle pour les enfants moins de quatre ans. Sa tâche est de prendre en charge des enfants autistes, et même des adolescents et adultes avec autisme, IMC, trisomie et de leur famille. Elle applique les deux programmes **ABA** et **TEACCH**. Elle organise des journées de sensibilisation sur l'autisme afin d'aider les personnes et surtout les familles à comprendre qu'est-ce que l'autisme et comment y faire face.

L'association « **ESPERANCE d'AKBOU** » est constituée d'une psychologue, une assistante et trois éducatrices et une orthophoniste. La psychologue est chargée d'accompagner les enfants autistes en appliquant plusieurs activités d'enseignement spécifiques. Le rôle des éducatrices c'est le travail en complémentarité avec la psychologue, elles assurent des activités manuelles (coloriage, écriture, dessins). L'orthophoniste aide les enfants à l'amélioration sur le plan langagier.

Les objectifs de cette association :

- La guidance parentale pour la prise en charge efficace des autistes.
- Création d'un centre de référence pour l'autisme.
- Participation aux différentes manifestations et activités nationales et internationales pour transmettre la préoccupation des personnes avec autisme.
- Prise en charge sociale et psychologique des familles d'enfant autiste.

3. La méthode de recherche :

La recherche dite scientifique est un processus, une activité de quête objective de connaissance sur des questions factuelles, ses fonctions sont de décrire, d'expliquer, de comprendre de contrôler, de prédire des phénomènes, des conduites, donc d'élucider le mécanisme de production des faits sociaux pour accumuler mobiliser tout un métier est suit une démarche rigoureuse (N'da, 2015, p. 17).

La méthode d'étude de cas, sur laquelle nous nous sommes appuyés nous est apparue comme la plus appropriée pour la réalisation de notre travail de recherche. En tant que démarche exploratoire elle nous a permis d'étudier, d'observer en profondeur et de comprendre le vécu des parents d'enfants autistes.

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives et historiques, elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et le clinicien y fait souvent référence. Le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes

circonstances du survenue actuelles et passées (historique du sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui, mécanisme de défense) L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de restituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie ou sont pris en compte de différents niveaux d'observation et compréhension. (Chahraoui Kh et Bénony, 2003, p. 126)

L'étude de cas est fréquemment utilisée en sciences sociales, ici le chercheur porte son investigation sur un nombre limité de cas considéré comme signification, l'objectif et de comprendre en profondeur une situation sociale, un fait social, un groupe de personnes, un individu.... Etc. le chercheur peut décrire un cas unique ou une étude à cas multiples, c'est une étude de description et de compréhension d'un fait.

4. Les outils de la recherche :

4.1. L'entretien clinique :

L'entretien clinique est la technique principale sur laquelle s'appuient le psychologue, qu'il soit à visée thérapeutique ou d'évaluation ou encore dans un but de recherche, l'entretien se fonde sur la parole. La prise de parole permet aux partenaires de se présenter et de se situer dans le dispositif.

4.1.1 Définition de l'entretien :

L'entretien a été utilisé comme un outil qualitatif permettant de mieux comprendre le vécu émotionnel des participants. Il s'agit d'un entretien semi-directif, construit autour d'une grille thématique, qui offre aux parents la possibilité d'exprimer librement leurs ressentis, leurs inquiétudes et les répercussions psychologiques liées à la prise en charge de leur enfant.

L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en science sociales, il consiste 'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet dans le sens, évidemment, où l'on postule un lien entre le discours et le substrat psychique. (Chahraoui Kh et Bénony, 2003, p. 11.12)

On a souhaité choisir l'entretien clinique pour recueillir des informations relatives ou but fixé, évaluation psychologique et aussi l'utilisation d'entretien nous permet d'avoir des informations

concernant des éléments relatifs à notre thème de recherche. Dans l'entretien clinique il y a trois types d'entretien : l'entretien directif, l'entretien non directif et l'entretien semi directif, et dans notre recherche on s'est appuyé sur ce dernier.

4.1.2 L'entretien semi-directif

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet par exemple. De même dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet le laisse associer librement mais seulement sur le thème proposé. (Chahraoui Kh et Bénony, 2003, p. 16)

L'entretien semi-directif est une partie de travail accompli à l'aide d'un guide d'entretien qui comprend les axes thématiques à traiter dans lequel le clinicien intervient auprès des sujets qui constituent la 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.

- Le guide d'entretien :

Nous avons construit un guide d'entretien semi-directif qui comporte quatre axes, et chaque axe comporte un ensemble de questions qui répond à nos hypothèses :

- Premier axe : Informations générales sur les parents.

1. Quel âge avez-vous ?
2. Quel âge à votre époux (se) ?
3. Quel est votre niveau d'instruction ?
4. Quel est le niveau d'instruction de votre époux (se) ?

5. Exercez-vous un travail ? si oui, lequel ?
6. votre époux (se) exerce-il (elle) un travail ? si oui, lequel ?
7. Quelle est votre situation matrimoniale ?
8. Quelle est votre situation socio-économique ?
9. Combien êtes-vous dans la famille ?
10. Combien d'enfants avez-vous ?
11. Quelle est la position de votre enfant dans la famille ?

Deuxième axe : Informations sur la pathologie de l'enfant ;

12. Comment avez-vous vécu la période de votre grossesse ?
13. Y'a-t-il des complications pendant l'accouchement ? s'il y'en a, quel sont ses complications ?
14. Avez-vous d'enfants autistes ?
15. Quel âge à votre enfant ?

Quelles sont les symptômes que vous avez remarqués au début ?

16. Depuis combien de temps est-il diagnostiqué ?
17. Est-ce-que votre enfant est scolarisé, ou placé dans un centre spécialisé ? Comment sont-ils ses résultats ?
18. Comment est son comportement ?
19. Depuis quand, et comment est-il pris en charge ?
20. Quelle a été votre réaction au moment de l'annonce du diagnostic de votre enfant ?
21. Comment avez-vous acceptez cette annonce
22. Y'en a-t-il un changement (progrès) ?

- 23. au handicap de votre enfant, quel soutien recevez-vous ?
- 24. Pouvez-vous nous décrire ses attitudes et sa relation avec ses frères ?

Troisième axe : impact de la pathologie sur les parents :

- 25. Est-ce que vous êtes inquiet ?
- 26. Est-ce que vous attendez quelques choses de pire ?
- 27. Est-ce que vous avez des difficultés d'endormissement ?
- 28. Est-ce que vous êtes triste ?
- 29. Est-ce que vous avez des troubles de respiration ?
- 30. Avez-vous sentez du changement dans votre famille après la naissance de votre enfant autiste ?
- 31. Quelle est l'impact de cette maladie sur votre vie quotidienne ?
- 32. Est-ce que vous trouvez des difficultés de concentration pendant votre travail ?
- 33. Sentez-vous quelques fois des sentiments de déprime ? C'est oui, pourquoi à votre avis ?

Quatrième axe : les souhaits et les espoirs des parents concernant l'avenir de leur enfant

- 34. Avez-vous du soutien de votre famille ?
- 35. Vous souhaitez quoi pour votre enfant ?
- 36. Est-ce que vous avez l'espoir que votre enfant autiste va s'améliorer ?

- 4.2 Echelle d'anxiété d'Hamilton :

L'échelle d'Anxiété d'Hamilton HAMA a été présentée par Hamilton en (1959), comme instrument permettant l'évaluation quantitative de l'anxiété névrotique. Elle a été traduite en

français par P. Pichot. Enfin, en (1982), Snaith et coll, ont dérivé une échelle à six items, la "Clinical Anxiety Scale", qu'ils considèrent comme supérieure à la HAMA.

L'échelle d'anxiété d'Hamilton (HAMA) qui est la plus ancienne, la plus classique et l'une des plus fréquemment utilisée, elle est plus sensible aux changements mais elle contient un certain nombre d'items somatiques limitant son utilisation en cas de mesure de l'anxiété chez les patients atteints d'une pathologie physique. (RADAT, 1998, p. 75)

- Le mode de construction :

L'échelle de HAMILTON (1959) pour l'anxiété comprend 14 items avec un score global. Il est possible d'obtenir deux scores partiels : un score pour l'anxiété psychique qui fait référence aux items (items 1 à 6 et 14) et un score pour l'anxiété somatique qui correspond à l'ensemble des items de 7 à 13. Les items couvrent la totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique, musculaire et viscérale, les troubles cognitifs et du sommeil et enfin l'humeur dépressive. Il est demandé aux cliniciens de choisir, en fonction de son expérience, l'intensité qui lui paraît le mieux correspondre à l'état du patient (Saron, et Vera, 2004, p, 33).

- Le mode de passation :

Le test d'anxiété d'Hamilton se déroule nécessairement par étape. L'évaluation commence une semaine avant qu'un entretien ait lieu, celui-ci peut être conduit par un psychologue, un médecin, un neurologue, un neuropsychologue ou encore par un neuropsychiatre.

Il comporte 14 items correspondant à différentes manifestations de l'anxiété.

Les items sont évalués à l'aide de cinq degrés de gravité, de l'absence jusqu'à l'intensité invalidante, et la note globale va de 0 à 56.

- La cotation :

Au cours du test, le praticien évalue chaque item et attribue chaque fois une note comprise entre 0 et 4.

- La note « 0 » est donné lorsque le symptôme est absent.
- La note « 1 » correspond à une présence très légère.

- La note « 2 » est attribuer lorsque l'intensité de la manifestation est moyenne.
- La note « 3 » correspond à une forte présence du symptôme.
- La note « 4 » correspond à une intensité maximale (invalidante).

Pour chaque item du test il est nécessaire de choisir la note qui correspond, d'après l'expérience de l'expérimentateur, à l'intensité du comportement de l'individu testé.

- Les normes :

- < 17 = anxiété légère
- De 18 à 24 = anxiété a modérée
- De 25 à 30 = anxiété modérée à grave ou sévère.
- > 30 = anxiété majeure

- Consigne :

Encerchez la cote qui correspond le mieux à l'état d'anxiété au cours des sept derniers jours.

5. Groupe de recherche :

Notre population d'étude comprend cinq sujets, que nous avons sélectionnés, après les avoirs sollicités et obtenu leurs consentements pour participer avec nous dans cette recherche, en leurs expliquant la nature et l'objectif de notre recherche, ainsi que son déroulement qui inclura la réalisation des entretiens avec enregistrement et la passation d'une échelle d'évaluation d'anxiété. Nous allons présenter ci-dessous les caractéristiques de notre groupe de recherche sous forme de tableau. Pour garantir l'anonymat des participants conformément aux règles éthiques et déontologiques de la recherche en psychologie clinique, les prénoms des cas ont été modifiés.

Tableau N °2 : Caractéristiques du groupe de recherche :

	Prénom des cas	Âge	Situation matrimoniale	Niveau D'instruction	Profession	Âge de l'enfant autiste	Prénom De l'enfant autiste
Cas N° 1	Kamel	50 ans	Marie	Bac	Electricien	11 ans	Moussa
	Lynda	40 ans		Secondaire	Femme au Foyer		
Cas N° 2	Nabil	37 ans	Marie	Bac + 2	Commerçant	7 ans	Mohand teyeb
	Razika	32 ans		Primaire	Femme au Foyer		
Cas N° 3	Hakim	38 ans	Marie	Primaire	Chauffeur	6 ans	Slimane
	Wassila	30 ans		Secondaire	Femme au Foyer		
Cas N° 4	Hassen	45 ans	Marie	Bac+5	Comptable	9 ans	yanik
	Farida	39 ans		Bac+3	Enseignante Primaire		
Cas N° 5	Mustapha	33 ans	Marie	Terminal	Plombier	5 ans	Zakaria
	Sabrina	29 ans		Terminal	Femme au Foyer		

A partir du tableau ci-dessus, on représente les différentes caractéristiques des sujets participés à notre recherche. On constate que notre groupe de recherche se compose de cinq cas les deux parents (père et mère), leurs âges varient de 29 ans à 50 ans, avec un niveau d'instruction différent de l'un à l'autre (collège, secondaire, universitaire), leurs situations professionnelles sont aussi différentes ; nous avons trouvé des commerçants, électriciens, plombiers, comptable, et même des sujets sans profession.

Nous avons identifié que les cinq enfants autistes sont âgés entre cinq ans à onze ans, ils vivent tous avec leurs parents.

6. La limite de la recherche :

Nous allons revenir ici sur les délimitations de notre étude.

- Limites spatiales : notre recherche s'est déroulée au niveau de l'association « **Espérance tous contre l'autisme** » d'Akbou.
- Limites temporelles : notre recherche s'est déroulée durant la période qui s'étale du 09 février 2025 au 25 mars 2025.
- Limite de groupe : notre étude a été effectuée sur 5 parents d'enfants autistes.
- Outils de recherches : un guide d'entretien semi-directif ainsi qu'une l'échelle d'anxiété de Hamilton (en anglais : Hamilton Anxiety Rating Scale, abrégé HARS ou HAM-A).
- Approche : descriptive.

Synthèse :

La méthodologie présentée dans ce chapitre constitue un élément essentiel au bon déroulement de toute recherche scientifique, elle permet d'organiser et de structurer les différentes étapes du processus depuis la formulation des hypothèses jusqu'à l'analyse des résultats. Elle incarne un cheminement à la fois intellectuel et rigoureux, fondé sur des règles méthodologiques précises et un enchaînement logique d'étapes clairement définies.

Chapitre IV

Présentation, analyse et discussion des résultats

Préambule :

Ce chapitre est une présentation de ce que nous avons fait durant toute la période de notre stage pratique que nous avons effectué au niveau de l'association ESPERANCE contre l'autisme d'Akbou. Nous avons procédé à une analyse et interprétation des données et des résultats obtenus durant l'entretien clinique ainsi que les résultats de l'échelle d'anxiété de « Max Hamilton » et tout cela, dans le but de confirmer ou infirmer les hypothèses émises au début de notre recherche.

I. Présentation et analyses des cas :

1. Présentation du 1^{er} cas : Parents de l'enfant autiste nommé « Moussa »

Kamel est un homme âgé de 50 ans, d'un niveau d'instruction terminal, Sa femme Lynda est une jeune femme âgée de 40 ans, d'un niveau secondaire, femme au foyer. Le couple, sans antécédent médical particulier, vit toujours ensemble et élève trois enfants : deux garçons et une fille. Parmi eux, Moussa, 11 ans, est atteint d'autisme. Leur statut socioéconomique est intermédiaire.

1.1 Analyse de l'entretien clinique du 1^{er} cas :

Durant l'entretien, les parents de Moussa ont été calmes, compréhensifs et ils ont répondu à nos questions sans aucune opposition mais d'un fond très soucieux et affecté par le trouble de leur fils.

Moussa est un Garçon âgé de 11 ans, le deuxième enfant de la fratrie, souffrant d'autisme sévère. Il a intégré cette association depuis 2 ans. Les parents ont tenté de l'inscrire en préscolaire, mais son admission a été refusée en raison de sa condition, ce qui fait qu'il n'est actuellement pas scolarisé. La mère rapporte avoir eu un accouchement normal, sans complications, la grossesse et l'accouchement se sont déroulés dans de bonnes conditions, et qu'aucune anomalie n'a été remarquée à la naissance, en l'absence de symptômes visibles.

Les parents nous affirment qu'ils ont remarqué certains comportements qui leur ont fait penser que leur fils n'est pas normal.

Mon fils a des comportements qui m'inquiètent beaucoup. Dès son jeune âge, nous avons remarqué **<< itharik bezaf uyetghamara g yiwen omkan et même ughditalaya asma asenetla3i s yismis >>** veut dire qu'il est très agité, il a du mal à rester en place. Il évite souvent le contact visuel et ne réagissait pas quand on l'appelait par son prénom. Il s'intéresse de manière excessive à certains

objets, comme une petite voiture ou une bouteille en plastique, qu'il garde toujours avec lui et manipule de façon répétitive pendant des heures. Il ne sourit presque jamais, même lorsqu'on joue avec lui ou qu'on lui parle doucement. Il devient très vite frustré, surtout lorsqu'il ne parvient pas à obtenir ce qu'il veut immédiatement. Dans ces moments, il peut devenir agressif, pousser ou frapper, même ses frères et sœurs.

Ils nous ont dit aussi « **Asma adyefqa3 nagh adihzen, adit3eyit mliih ikhdem une crise anda ur nezmirara athnecalmi, ikath lehyout, itegir lehwayej g lqa3a, mi antsseyi akken atnecalmi itkerich ifassnegh** ».

(Lorsqu'il est en colère ou stressé, il se met à crier très fort, et entre dans une sorte de crise où il est impossible de le calmer. Il frappe les murs, jette les objets à terre, et parfois, si nous essayions de le contenir, ils se mord les bras ou les mains.)

Le père nous confirme que son fils a été diagnostiqué par un pédopsychiatre à l'âge de 2 ans et demi. Après avoir reçu le diagnostic d'autisme concernant notre enfant, les parents ont vécu une période de bouleversement profond. Le choc initial était accompagné d'un sentiment d'incompréhension, de tristesse et d'angoisse face à l'avenir. La mère décrit ce moment comme un tournant douloureux dans leur vie :

« J'ai eu l'impression que tout s'écroulait. Je ne savais pas quoi faire, ni à qui m'adresser. C'était comme si on nous annonçait une vie différente, inconnue, pleine de défis. »

« J'ai pleuré pendant des jours. Je ne dormais plus. Je revivais sans cesse ce moment dans ma tête. Je pensais à ce que notre fils ne pourra peut-être jamais faire comme les autres enfants. »

Le père, quant à lui, exprime une forme de désespoir mêlée à un sentiment de culpabilité :

« Je me demandais si j'avais fait quelque chose de mal, si c'était de ma faute. C'est difficile d'accepter qu'on ne puisse peut-être jamais vivre une vie "normale". »

Ils expliquent aussi que le diagnostic a modifié l'équilibre familial. Des tensions sont apparues, mais aussi une solidarité nouvelle. Leur relation de couple a été mise à l'épreuve, mais le soutien mutuel a été essentiel pour faire face.

Les jours suivants le diagnostic ont été marqués par de nombreuses émotions : confusion, déni, colère, tristesse. Les parents ont dû faire face non seulement au trouble de leur enfant, mais aussi au regard de la société et parfois au manque de compréhension de l'entourage familial.

En ce qui concerne le regard de l'entourage, les parents expriment un profond malais. Ils ressentent souvent une incompréhension, voire un jugement de la part de certaines personnes de leur cercle social ou familial. Ce regard extérieur pèse lourdement sur eux, accentuant leur sentiment d'isolement.

La mère confie :

« Je n'aime pas sortir avec lui, parce que les gens nous regardent bizarrement quand il fait des gestes inattendus ou qu'il crie sans raison. J'ai l'impression qu'ils nous jugent comme si on était de mauvais parents. »

Le père ajoute :

« Certains membres de la famille disent encore que ce n'est qu'un caprice, qu'il finira par parler ou se calmer en grandissant. Ils ne comprennent pas ce que veut dire **trouble du spectre de l'autisme**. ».

Cette pression sociale les conduit parfois à éviter les événements familiaux ou les sorties publiques, non pas par honte de leur enfant, mais pour se protéger de remarques blessantes ou d'attitudes déplacées.

1.2 Présentation et analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton du 1^{er} cas :**Tableau N°3 :** Résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton du 1^{er} cas

Nom	Symptômes somatiques	Symptômes psychiques	Score total	Niveau d'anxiété
Kamel (Père)	7	8	15	Anxiété légère
Lynda (mère)	10	18	28	Anxiété majeure

Le tableau N°3 présente les résultats obtenus après l'application de l'échelle d'anxiété de Hamilton chez les parents du cas de Moussa.

Le père, Kamel, a obtenu un score total de 15 à l'échelle d'anxiété de Hamilton, indiquant un niveau d'anxiété léger. Ce score semble refléter une inquiétude persistante face à l'avenir de son fils. Dans la dimension somatique, il a obtenu un score de 7, traduisant des manifestations physiques telles que la fatigue, une sensation de pression corporelle et des troubles du sommeil. Sur le plan psychique, son score de 8 révèle des signes légers d'anxiété, caractérisés par de l'irritabilité, une tristesse diffuse et une tension émotionnelle constante.

En revanche, la mère, Lynda, a obtenu un score total de 28 à l'échelle d'anxiété de Hamilton, révélant un niveau d'anxiété modéré à sévère. Ce résultat met en évidence une souffrance psychique intense, liée à la charge émotionnelle que représente la prise en charge de son enfant, au regard parfois stigmatisant de l'entourage, ainsi qu'à un profond épuisement mental. Elle présente un score de 10 dans la dimension somatique, indiquant la présence de nombreux symptômes physiques tels que des vertiges, des troubles du sommeil, une fatigue persistante et des tensions musculaires. Dans la dimension psychique, son score de 18 reflète une humeur extrêmement anxieuse, une nervosité marquée, des pleurs fréquents et un état dépressif important. Ce tableau clinique confirme l'impact profond de la situation familiale sur sa santé mentale.

Kamel présente une anxiété légère, liée à la fatigue, l'inquiétude face à l'avenir de son fils, et une humeur globalement affectée.

Lynda présente une anxiété importante, avec symptômes physiques et psychiques marqués, en raison de la détresse causée par l'autisme de son enfant.

- Synthèse du 1^{er} cas :

D'après les dires des parents de Moussa lors de l'entretien, nous avons remarqué que Kamel et Lynda sont profondément affectés par la pathologie de leur enfant. Ce qui a retenu notre attention est la souffrance psychologique importante des deux parents, accentuée par l'inquiétude permanente pour l'avenir de leur fils. Les parents affirment qu'il est très difficile pour eux de vivre au quotidien avec un enfant présentant un trouble du spectre autistique, et qu'ils ont traversé des moments particulièrement douloureux au moment de l'annonce du diagnostic.

2. présentation du 2^{ème} cas : Parents de l'enfant autiste nommé « M.D Tayeb »

Razika est une femme âgée de 32ans, d'un niveau d'instruction primaire, femme au foyer, son conjoint âgé de 37ans, d'un niveau bac plus 2, qui a son travail d'un commerçant. Les deux vivent toujours ensemble, ils ne présentent aucune maladie. Le couple a trois enfants, une fille âgée de 10 ans et un garçon mayas âgé de 9ans. Parmi eux tayeb 7ans, est atteint d'autisme.

2.2 Analyse de l'entretien clinique du 2^{ème} cas :

Cet entretien a duré une vingtaine de minutes. Après avoir met la maman et le père à l'aise tout en lui expliquant brièvement nos motifs, et avec leurs attitude bienveillante et coopérative, et malgré ils étaient dépassée par le travail et l'éducation de leurs enfants, mais ils nous ont accordée quand même un temps, et nous avons commencé à lui poser nos questions, les parents ont été compréhensifs et ils ont répondu à nos questions sans aucune opposition

Effectivement l'entretien s'est bien déroulé, les parents nous a donné le maximum d'informations.

D'après la mère, sa grossesse s'est déroulée sans problème, sans complications ni événements traumatisants et l'accouchement s'est également bien passé.

Cependant, elle nous a raconté une conversation marquante qu'elle avait eue avec sa propre belle-mère au moment où elle a annoncé sa grossesse. Sa mère avait réagi négativement, en lui disant que deux enfants suffisaient amplement.

Elle lui avait alors répondu qu'elle prenait la pilule et qu'elle n'avait pas prévu de tomber enceinte à nouveau. Cette réaction de sa mère l'avait profondément affectée.

Tayeb est un enfant de 7 ans, chez qui un trouble du spectre de l'autisme (TSA) a été diagnostiqué à l'âge de 4 ans. En raison de cette condition neurodéveloppementale, il n'est pas intégré dans un établissement scolaire.

Selon les déclarations maternelles, les premiers signes cliniques sont apparus vers l'âge de 3 ans, se traduisant par des comportements atypiques tels qu'un retard dans l'acquisition de la marche, un retard du développement du langage, une fixation visuelle prolongée sur des objets, ainsi qu'une absence de réponse lorsqu'il était interpellé par son prénom.

Malgré l'inquiétude initiale de la mère, le père de l'enfant n'a pas reconnu la présence de signes pathologiques, estimant que l'évolution développementale de leur fils restait dans la norme.

Cependant, l'aggravation des manifestations cliniques vers l'âge de 3 ans et demi a conduit la mère à consulter un pédiatre, qui l'a orientée vers un orthophoniste.

Ce dernier, après évaluation, a identifié des symptômes compatibles avec un trouble du spectre de l'autisme et a recommandé une consultation spécialisée en pédopsychiatrie.

L'évaluation psychiatrique a confirmé la suspicion diagnostique que Tayeb présente bien un trouble du spectre de l'autisme.

L'annonce du diagnostic a constitué un événement profondément traumatisant pour les parents. Le père, visiblement bouleversé, a exprimé une détresse émotionnelle intense, allant jusqu'à déclarer : « Nous ne pouvons rien changer, C'est notre destin. C'est difficile à accepter, mais c'est mon fils et je ferai tout ce qui est en mon pouvoir pour qu'il progresse. »

De son côté, la mère a réagi par un choc émotionnel marqué, se manifestant par des pleurs, une grande confusion et un profond bouleversement face à la nouvelle réalité. Toutefois, avec le temps et un processus d'adaptation progressive, elle a pu surmonter le déni initial et s'engager activement dans l'accompagnement de son enfant, dans le but d'améliorer sa qualité de vie et de favoriser son développement.

La mère de Tayeb indique que le trouble neurodéveloppemental dont souffre son fils exerce une influence majeure sur son quotidien. Elle confie : « J'éprouve d'importantes difficultés à organiser mon emploi du temps, à honorer mes obligations personnelles et à prendre soin de moi-même. Mon fils requiert une attention constante et mobilise l'essentiel de mon énergie. »

Elle ajoute que le père de l'enfant se trouve fréquemment dans un état d'épuisement physique et émotionnel, se montrant souvent irritable, avec une implication limitée dans la prise en charge de leur enfant. En conséquence, elle assume seule l'ensemble des responsabilités liées à l'éducation et aux soins de Tayeb, tant sur le plan logistique qu'affectif. Cette situation engendre chez elle

Une charge mentale, physique et émotionnelle particulièrement lourde, contribuant à un épuisement parental progressif.

La mère de Tayeb présente un état d'épuisement généralisé, accompagné de troubles du sommeil et de difficultés de concentration, traduisant une souffrance psychologique manifeste. Elle présente des symptômes caractéristiques d'un état dépressif, incluant une humeur nostalgique, triste, et persistante, un sentiment d'impuissance, ainsi qu'une anxiété chronique.

Selon ses déclarations, le trouble du spectre de l'autisme diagnostiqué chez son fils constitue la principale source de stress dans sa vie quotidienne. Cette situation affecte également le père, qui se montre de plus en plus irritable, anxieux et enclin à un retrait affectif, illustrant l'impact psychologique du diagnostic sur l'ensemble du système familial.

Tayeb entretient une relation étroite et affectueuse avec ses frères et sœurs, envers lesquels il manifeste un attachement particulier. Toutefois, la mère rapporte que l'entourage familial élargi éprouve des difficultés à accepter la situation, ce qui constitue une source de souffrance émotionnelle importante, d'autant plus lorsqu'il s'agit de membres proches de la famille.

Elle souligne notamment que sa belle-mère ainsi que son beau-frère aîné refusent désormais la présence de son enfant dans leur domicile. Ces derniers lui auraient explicitement demandé de ne plus leur rendre visite accompagnée de son fils en raison de son trouble du spectre de l'autisme. En contraste, sa propre sœur manifeste une attitude bienveillante et inclusive : elle témoigne de l'affection à l'enfant, joue avec lui, prend soin de lui et prodigue une attention empreinte de tendresse.

Malgré les jugements et les exclusions dont son fils fait l'objet, la mère affirme avec fermeté son engagement inconditionnel envers lui. Elle déclare qu'elle continuera à le soutenir et à le protéger, refusant toute forme de rejet ou de stigmatisation à son encontre.

La mère de Tayeb déclare ne bénéficier d'aucune forme de soutien, ni de la part de sa famille, ni de son entourage élargi. Elle exprime un profond sentiment d'isolement, affirmant que l'ensemble de son environnement social s'est détourné d'elle au moment où elle traversait les épreuves les plus difficiles liées à la prise en charge de son enfant atteint de l'autisme.

Concernant les perspectives d'avenir de leur enfant, les parents de Tayeb expriment un certain espoir d'amélioration. Ils fondent cet optimisme sur les progrès observés grâce à l'accompagnement proposé par une association spécialisée, dont l'intervention et la guidance leur ont été précieuses.

Selon eux, Tayeb a acquis de nouvelles compétences depuis qu'il bénéficie du suivi de cette structure, et des changements positifs ont été constatés par rapport à la période antérieure. Ces évolutions les encouragent à croire en un développement progressif de leur fils au cours des années. L'analyse des données recueillies auprès de la mère de Tayeb révèle la présence manifeste de symptômes anxieux. Cette anxiété semble étroitement liée à sa perception du trouble du spectre de l'autisme dont souffre son fils, et à l'impact que ce diagnostic a eu sur sa vie quotidienne. Elle déclare que sa vie a beaucoup changé depuis la découverte de la pathologie, marquant une rupture avec son équilibre antérieur. Le père, de son côté, confirme la complexité de la situation, en soulignant la difficulté de vivre au quotidien avec un enfant atteint d'un trouble neurodéveloppemental tel que l'autisme.

2.3. Présentation et analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton du 2^{ème} cas :**Tableau N°4 : Résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton du 2^{ème} cas**

Parent	Symptômes somatiques	Symptômes psychiques	Score total	Niveau d'anxiété
Père de Tayeb	6	10	16	Anxiété légère
Mère de Tayeb	13	19	32	Anxiété majeure

Le tableau N°4 présente les résultats obtenus après l'application de l'échelle d'anxiété de Hamilton chez les parents du cas de Tayeb avec un score global : 16/56 (anxiété légère)

Le score total de 16 obtenu par le père de Tayeb à l'échelle d'anxiété de Hamilton indique un niveau d'anxiété légère, avec une tension psychique notable bien que partiellement maîtrisée.

Sur le plan somatique (score de 6), il présente des douleurs musculaires diffuses, une fatigue persistante et des troubles du sommeil, notamment des réveils précoces causés par des ruminations mentales.

Au niveau psychique (score de 10), son anxiété se manifeste par une inquiétude constante, principalement centrée sur l'avenir social et professionnel de son fils. Il évoque un sentiment de culpabilité sous-jacent, bien qu'il tende à rationaliser la situation et à contenir l'expression de ses émotions. Son discours reflète une forme de prise de distance affective, qu'il justifie par le besoin de « rester fort pour la famille ».

Cette attitude traduit une implication sincère mais limitée par un mécanisme de retrait émotionnel, probablement défensif, face à une réalité perçue comme difficilement maîtrisable.

Mère de Tayeb – Score : 32/56 (anxiété majeure)

La mère présente un niveau d'anxiété élevé ou majeure, qui affecte directement son fonctionnement quotidien. Son score somatique élevé (13) témoigne de palpitations, troubles

gastro-intestinaux fréquents, sensation d'étouffement, insomnie chronique et épuisement physique intense.

Sur le plan psychique (19), elle présente des signes marqués d'anxiété généralisée, avec des pleurs fréquents, une tristesse constante, des pensées anxieuses intrusives, et un sentiment de solitude et d'injustice. Elle se décrit comme « perdue », « à bout de forces », et manifeste des signes d'autodépréciation caractéristiques d'un état dépressif réactionnel.

Elle exprime aussi un manque de soutien familial, ce qui renforce son isolement et contribue à la charge mentale qu'elle assume seule. L'absence de relais dans la gestion du quotidien avec un enfant autiste semble avoir précipité une forme de burn-out parental, nécessitant une intervention urgente.

- Synthèse du 2^{ème} cas :

Le père, bien qu'anxieux, parvient encore à maintenir un fonctionnement quotidien relativement stable, grâce à des mécanismes de défense qui le protègent (retrait émotionnel, rationalisation).

La mère, en revanche, est dans une situation cliniquement préoccupante, présentant une anxiété sévère accompagnée de symptômes dépressifs, dus à l'épuisement et à l'isolement dans la gestion de l'enfant.

3. Présentation du 3^{ème} cas : Parents de l'enfant autiste nommé « Slimane »

Hakim est un homme âgé de 38 ans, possède un niveau d'instruction primaire et exerce le métier de chauffeur. Son épouse Wassila est une jeune femme âgée de 30 ans, d'un niveau secondaire, femme au foyer. Le couple, sans antécédent médical particulier, vit toujours ensemble. Ils ont 2 enfants : un garçon Slimane âgé de 6 ans qui est autiste, une fille âgée de 3 ans.

3.1 Analyse de l'entretien clinique du 3^{ème} cas :

Lors de l'entretien, les deux parents se sont montrés attentifs et très concernés par le trouble de leur fils. Hakim paraissait tendu, fatigué et quelque peu sur la réserve, tandis que Wassila était calme, bien que parfois émotive.

Les premières inquiétudes sont survenues autour des premiers 18 mois de vie de Slimane. Les parents rapportent qu'à cet âge, Slimane « **uyhedrara am arrac iyellan g l'âge ynes, itsousoum**

et même ughdisawatara le message achou yevgha a lokan s les gestes » veut dire : « ne développait pas de langage comme les autres enfants de son âge ; il demeurait silencieux, évitant de communiquer même par des gestes simples ». Ils ont également constaté une forte tendance à l'isolement : « Slimane jouait seul, montrait peu d'intérêt pour les autres enfants et évitait le contact visuel ». De plus, certains comportements répétitifs et inhabituels ont attiré leur attention, renforçant leur inquiétude.

Face à ces signaux préoccupants, Hakim a pris l'initiative de consulter un pédiatre, qui les a dirigés vers un pédopsychiatre. Le diagnostic d'autisme a été confirmé à l'âge de 3 ans, un moment que les deux parents décrivent comme un véritable bouleversement émotionnel.

Selon les propos recueillis, Slimane n'est pas encore scolarisé, car plusieurs établissements ont refusé son admission en raison de ses troubles.

Concernant la grossesse, Wassila rapporte qu'elle s'est déroulée sans incident majeur jusqu'à l'approche du terme. L'accouchement a eu lieu à 39 semaines, mais a nécessité une césarienne en urgence en raison d'une souffrance fœtale détectée. Elle précise : « Tout allait bien jusqu'à la dernière échographie où ils ont vu que le rythme cardiaque de mon bébé ralentissait, alors ils ont décidé de faire une césarienne tout de suite pour éviter des complications graves ». La naissance de Slimane s'est ainsi faite dans un contexte d'urgence, ce qui a renforcé l'angoisse initiale des parents face à l'incertitude entourant la santé de leur enfant.

La confirmation du diagnostic a été un véritable choc pour le couple. Hakim rapporte : « C'était très dur d'accepter que notre fils soit différent ». Wassila ajoute, les larmes aux yeux : « **ttrough bezzaf tkhemimegh amek emmi uyet3ichara am arrach niten** » veut dire « J'ai beaucoup pleuré. Penser que mon enfant ne vivra pas comme les autres me brise le cœur ». Ils décrivent que leur quotidien s'est effondré à partir de ce moment-là.

La pathologie de Slimane a profondément bouleversé leur vie familiale. Wassila consacre désormais l'essentiel de son temps à son fils, ce qui génère beaucoup de fatigue, de colère et de frustration : « Je perds parfois patience, je suis devenue très nerveuse », avoue-t-elle. Elle ajoute également devoir limiter ses sorties et ses visites familiales par crainte que Slimane ne manifeste des comportements difficiles en public.

Hakim, de son côté, exprime son épuisement émotionnel : « Je me sens dépassé, je n'arrive plus à gérer... je me réfugie parfois dans la lecture pour essayer de me calmer ».

Les deux parents regrettent le manque de soutien moral et financier. Wassila confie : « Ma famille m'aide un peu, mais je ressens un grand vide au niveau du soutien psychologique et financier ». Elle souligne aussi que l'association fréquentée par Slimane leur a apporté un grand soulagement et de précieux conseils.

Elle a déclaré : « Je ne reste jamais longtemps chez mes parents, de peur que Slimane fasse des bêtises. » Les parents ont aussi avoué qu'ils avaient des difficultés à enseigner à Slimane comment être plus autonome. Ils se sentent dépassés par la situation, d'autant plus qu'ils ont d'autres enfants à gérer et d'autres responsabilités à assumer.

En ce qui concerne la relation entre Slimane et sa petite sœur, elle est marquée par de la tendresse, bien que parfois la fillette ait du mal à comprendre les comportements de son frère.

Face au regard de l'entourage, les parents témoignent de leur douleur : « Les gens nous jugent, parfois même nos proches... ». Ils racontent que les autres enfants évitent Slimane, ce qui accroît leur sentiment d'isolement.

Quant à l'avenir, bien que la peur soit omniprésente, les parents tentent de conserver une lueur d'espoir pour que leur fils puisse progresser et s'épanouir un jour.

Malgré toutes les épreuves, le couple tente de garder espoir. Ils évoquent leur désir profond de voir Slimane progresser, même si la peur et l'incertitude quant à l'avenir restent très présentes.

« On garde espoir... on veut juste qu'il puisse un jour être heureux, à sa façon. »

3.2. Présentation et analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton du 3^{ème} cas :**Tableau N°5 : Résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton du 3^{ème} cas**

Nom	Symptômes somatiques	Symptômes psychiques	Score total	Niveau d'anxiété
Hakim (père)	9	11	20	Anxiété légère à modérée
Wassila (mère)	11	18	29	Anxiété modérée à grave

Le tableau N°5 présente les résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton appliquée aux parents de Slimane.

Le père, Hakim, a obtenu un score total de 20 qui correspond à une anxiété légère à modérée, reflétant un état de surcharge émotionnelle, bien que Hakim tente de garder un certain contrôle, notamment par des mécanismes de retrait (lecture, silence, évitement). Avec un score de 9 dans la dimension somatique qui se traduit par une fatigue physique notable, des troubles du sommeil et des sensations de tension musculaire. Dans la dimension psychique, son score est de 11 qui se manifeste par une humeur instable, une nervosité persistante, de l'irritabilité et des pensées récurrentes liées à l'avenir incertain de son fils.

La mère, Wassila, a obtenu un score total de 29 à l'échelle d'anxiété de Hamilton, indiquant une anxiété modérée à grave. Ce niveau élevé d'anxiété semble directement lié à la charge mentale qu'implique la prise en charge quotidienne de Slimane, mais aussi à l'isolement social, au manque de soutien perçu, et au regard parfois stigmatisant de l'entourage. Sur le plan somatique, elle présente un score de 11, traduisant un état d'épuisement important, marqué par des symptômes physiques fréquents : fatigue chronique, troubles du sommeil, nervosité excessive et douleurs corporelles récurrentes. Concernant la dimension psychique, son score de 18 met en évidence une souffrance émotionnelle

profonde, caractérisée par des pleurs fréquents, une inquiétude constante, un sentiment d'isolement, une tristesse marquée, ainsi qu'un stress persistant face à l'avenir de son enfant. Ces résultats reflètent une détresse psychologique significative, souvent observée chez les mères d'enfants présentant des troubles du spectre de l'autisme, en particulier lorsque le soutien familial ou institutionnel est insuffisant.

Hakim présente une anxiété légère à modérée, combinant tension physique et préoccupations émotionnelles importantes.

Wassila souffre d'une anxiété modérée à grave, marquée par des signes cliniques préoccupants tant sur le plan physique que psychique.

- Synthèse du cas 3^{ème} cas :

À travers les entretiens, il ressort que les parents de Slimane sont profondément affectés par le diagnostic d'autisme de leur enfant. Le père tente de gérer son stress en se montrant discret, mais son score de 20 indique qu'il est significativement affecté, notamment par la charge émotionnelle liée à l'avenir incertain de son fils. Quant à la mère, son score de 29 met en évidence un état de détresse psychologique relativement grave, renforcé par l'isolement, le manque de ressources et la pression sociale.

Ce cas souligne la nécessité de mettre en place un soutien psychologique ciblé pour les deux parents avec une attention particulière portée à la mère afin de prévenir l'épuisement émotionnel et favoriser un meilleur accompagnement de l'enfant dans son développement.

4. La présentation du 4^{ème} cas : Parents de l'enfant autiste nommé « Yanik »

Farida est une femme âgée de 39ans, d'un niveau d'instruction licencier, enseignante primaire, son conjoint âgé de 45ans, d'un niveau master en comptabilité et finance, qui a son travail d'un comptable. Les deux vivent toujours ensemble, ils ne présentent aucune maladie.

Le couple a 3 enfants, une jeune fille âgée de 19ans et un garçon âgé de 17ans. Parmi eux Yanik 9ans, est atteint d'autisme.

2.2 Analyse de l'entretien clinique du 4^{ème} cas :

Au cours de l'entretien, les parents de Yanik ont été calmes, compréhensifs et ouverts au dialogue. Ils ont répondu aux questions posées avec disponibilité et sans opposition.

Toutefois, leurs propos étaient empreints d'une profonde inquiétude et d'une charge émotionnelle notable, témoignant de l'impact psychologique que le trouble de leur fils exerce sur eux.

Les parents de Yanik ont indiqué avoir constaté plusieurs comportements inhabituels chez leur enfant, lesquels ont progressivement perturbé leur quotidien. Le père précise : « Les premiers signes que nous avons observés chez notre fils étaient la marche sur la pointe des pieds, un regard fuyant, une hyperactivité importante, ainsi qu'il se cache dans des endroits sombres. »

Il ajoute également : « Il se comporte parfois comme s'il était sourd, bien qu'il soit capable de se servir seul à boire et à manger sans solliciter d'aide. »

Les parents ont initialement tenté de scolariser leur enfant Yanik, mais cette intégration n'a duré que deux années en raison de difficultés d'adaptation.

Ces signes cliniques les ont incités à consulter un orthophoniste, qui les a ensuite orientés vers un pédopsychiatre exerçant à l'hôpital Drid Hocine d'El Kouba à Alger.

À l'issue des évaluations spécialisées, un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme a été posé.

Par la suite, ils ont découvert une association spécialisée, qui leur a offert un accompagnement structuré pendant trois ans, leur apportant un soutien essentiel dans la prise en charge de leur enfant.

La réaction des parents de Yanik face au diagnostic du trouble du spectre de l'autisme chez leur fils a été marquée par un fort impact émotionnel, vécu comme un événement profondément traumatisant. Le père exprime sa détresse en déclarant : « C'est vraiment difficile à accepter, c'est un événement inattendu qui a bouleversé ma vie. »

D'un autre côté, la mère a ajouté : « c'était un soulagement pour nous de confirmer de quoi souffre notre fils ce qui nous permettra d'avoir la possibilité de chercher des solutions appropriées. »

Elle manifeste également une profonde inquiétude face aux limites du système de prise en charge au niveau national, Dans un autre passage elle nous a confirmée : « Ce qui m'angoisse réellement,

c'est l'insuffisance des ressources disponibles et l'absence et le manque de dispositifs spécialisés adaptés en Algérie. »

La mère de Yanik a indiqué que sa grossesse s'était déroulée dans des conditions favorables, sans complications médicales ni troubles émotionnels. Elle précise également que l'accouchement s'est déroulé de manière normale.

Les parents de Yanik affirment que la pathologie de leur fils a un impact considérable sur leur quotidien. Le père confie : « Depuis le diagnostic, toutes nos pensées sont centrées sur notre fils. Nous sommes constamment mobilisés à son égard, au point de devoir renoncer à de nombreuses activités pour nous consacrer entièrement à lui. Cela a profondément influencé ma vie ; je suis en permanence anxieux. »

D'après les parents ont rencontrés énormément d'obstacles qui les empêchent de mener une vie normale. La mère précise : « Le trouble de Yanik à paniqué notre vie et tous les projets d'avenir parce que notre fils prenait tout notre temps et nos pensée ».

Les deux parents de Yanik présentent des signes persistants d'épuisement moral, associés à des troubles du sommeil. Bien que la maman aborde de nombreuses difficultés au quotidien, accompagnées d'un état d'angoisse et d'anxiété chronique qui affecte profondément leur qualité de vie.

Le père rapporte un mal-être constant, marqué par un sentiment de peur et d'impuissance face à la situation. Il déclare se sentir débordé par la charge émotionnelle et physique inhérente à la prise en charge de son enfant, une situation qui a significativement altéré ses ressources psychiques et énergétiques. Néanmoins, il affirme maintenir son engagement de manière constante et résiliente afin de subvenir aux besoins spécifiques de son fils.

Les relations de Yanik avec son frère et sa sœur sont plutôt bonnes, il n'est ni loin ni proche d'eux, et parfois il demande de l'aide à sa sœur et il est agréable avec eux donc sa relation est bonne quand il est bien.

Concernant le regard de l'entourage, les parents expriment un profond mal-être. Ils déclarent :

« Le regard des autres intensifie notre anxiété car ils ne comprennent pas ce qu'est réellement l'autisme. Cela nous plonge dans un état dépressif. » Ils ajoutent également : « Nous sommes de plus en plus stressés, car notre enfant n'est pas autonome et il a besoin constamment d'assistance ».

Les parents de Yanik soulignent également que leur fils présente un manque de concentration et une faible estime de soi. Le père confie être profondément attristé par l'attitude des autres envers son enfant, expliquant : « Les gens se détournent de lui, le rejettent, et le perçoivent comme un enfant anormal, y compris certains membres de notre famille. Je me sens impuissant, incapable de faire en sorte qu'il soit accepté tel qu'il est. » Il poursuit en exprimant une angoisse persistante quant à l'avenir de son fils : « J'ai peur de ce qu'il adviendra de lui après ma disparition. Comment pourra-t-il faire face aux difficultés de la vie et au rejet social s'il reste seul ? »

Les parents soulignent la complexité de la prise en charge quotidienne d'avoir un enfant autiste et le manque de soutien moral et financier. Ainsi la maman précise que l'aide qu'elle reçoit provient de ses parents, qui lui offrent un appui psychologique et affectif.

En ce qui concerne l'avenir de leur enfant atteint de trouble du spectre de l'autisme, les parents espèrent une attitude résolument optimiste. Ils affirment maintenir l'espoir d'une évolution positive de son état, déclarant : « Nous gardons toujours l'espoir de voir notre fils progresser et aller mieux dans les années à venir ».

4.2. Présentation et analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton du 4^{ème} cas :

Tableau N°6 : Résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton du 4^{ème} cas

Nom	Symptômes somatiques	Symptômes psychiques	Score total	Niveau d'anxiété
Samir (père)	14	13	27	Anxiété modérée à grave
Farida (mère)	15	15	30	Anxiété sévère

Le tableau N°6 présente les résultats obtenus après l'application de l'échelle d'anxiété de Hamilton chez les parents de Yanik.

Le père, Samir, a obtenu un score total de 27, indiquant un niveau d'anxiété modérée à grave. Cet état émotionnel relativement intense est lié à l'ampleur de la charge mentale qu'il supporte et à la difficulté à envisager l'avenir de son fils dans un contexte de soutien limité.

Dans la dimension des symptômes somatiques, Samir présente un score de 14, révélant des tensions musculaires accrues, des troubles du sommeil ainsi qu'une fatigue persistante.

Pour la dimension psychique, son score de 13 témoigne d'une anxiété importante, caractérisée par une irritabilité et des préoccupations constantes concernant le futur de son fils Yanik.

La mère, Farida, présente un score global de 30, confirmant un niveau d'anxiété sévère. Ce résultat souligne l'ampleur de sa détresse psychologique exacerbée par la charge émotionnelle liée à la situation de son enfant et par l'insuffisance des ressources du système de santé pour répondre à ses besoins.

Elle obtient un score de 15 dans la dimension somatique, reflétant une intensification des symptômes physiques tels que l'insomnie, la fatigue chronique ainsi que des douleurs corporelles associées au stress.

Son score de 15 dans la dimension psychique traduit une anxiété caractérisée par une grande nervosité, des pleurs fréquents, et des pensées envahissantes concernant l'avenir de son enfant.

Synthèse du 4^{ème} cas

:

L'entretien clinique des parents de Yanik révèle un impact psychologique important de l'autisme sur leur quotidien. Les deux parents sont manifestement affectés, avec un niveau d'anxiété élevé, amplifié par la lourde responsabilité de la prise en charge d'un enfant autiste dans un environnement institutionnel inadapté. Farida, en tant que mère, semble particulièrement affectée par cette situation, sa détresse émotionnelle étant plus prononcée, ce qui est mis en évidence par son score global de 30, signalant une anxiété sévère.

Samir, bien qu'il présente également un score élevé de 27, exprime plus fréquemment des symptômes somatiques et un sentiment de détresse face à l'impuissance perçue dans la gestion des besoins de Yanik. Son inquiétude pour l'avenir de son fils et la charge permanente d'adaptation quotidienne sont des facteurs majeurs de son anxiété.

Ce cas met en lumière non seulement les défis quotidiens rencontrés par les parents dans l'éducation d'un enfant autiste mais aussi l'impact psychologique profond que cela entraîne, particulièrement dans un contexte où les ressources de prise en charge sont insuffisantes. L'anxiété des parents semble directement liée à la perception de l'avenir de Yanik, à l'épuisement physique et émotionnel, et à la frustration vis-à-vis des limitations du système de santé et de soutien social.

5. La présentation du 5^{ème} cas : Parents de l'enfant autiste nommé « Zakaria »

De l'entretien clinique semi-directif :

Mustapha âgé de 33 ans et Sabrina 29 ans, forment un couple qui traverse une période difficile, marquée par de constantes tensions. Mustapha, employé dans une entreprise de transport, est souvent stressé par son travail et les responsabilités familiales. Sabrina, quant à elle, travaille comme infirmière, mais ses horaires irréguliers et les exigences de son métier ne lui laissent que peu de temps pour elle-même. Ensemble, ils ont un seul enfant, Zakaria, âgé de 5 ans, qui a été diagnostiqué avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA) à l'âge de 3 ans.

Lors de la première demande de rencontre pour un entretien clinique, les parents de Zakaria ont refusé de nous voir. Ce refus s'explique par la situation de stress et de confusion dans laquelle ils se trouvaient à ce moment-là. Sabrina, bien que travaillant dans le domaine médical, avait du mal à accepter le diagnostic et ressentait un profond sentiment de culpabilité. Elle se reprochait de ne pas avoir remarqué plus tôt les signes du trouble. Mustapha, de son côté, était accablé par les responsabilités et ne savait pas comment réagir face à la situation, ce qui l'a rendu réticent à l'idée de participer à des discussions externes. Toutefois, après l'intervention de la directrice de l'association, qui a pris l'initiative de lui parler, ils ont progressivement été convaincus de la nécessité de cette rencontre.

Les parents de Zakaria ont exprimé des sentiments mêlés de confusion, de frustration et de tristesse concernant les premiers signes de leur fils, qu'ils ont remarqué au fil du temps.

Sabrina a précisé qu'au début, elle n'avait pas tout de suite remarqué les signes inquiétants. Elle a décrit Zakaria comme un enfant un peu plus réservé, mais elle pensait que cela faisait partie de son caractère. Cependant, au fur et à mesure que Zakaria grandissait, elle a commencé à observer des comportements inhabituels. Elle a particulièrement été préoccupée par son manque d'interaction avec les autres, surtout au niveau des jeux. Zakaria avait du mal à se connecter avec ses pairs, ne semblait pas comprendre certaines consignes simples et ne jouait pas de manière habituelle avec ses jouets. Elle a mentionné qu'elle ne s'inquiétait pas immédiatement, pensant que chaque enfant se développait à son propre rythme. Ce n'est qu'après avoir observé qu'il ne répondait toujours pas à son nom et qu'il ne parlait pas à 2 ans, qu'elle a commencé à s'inquiéter sérieusement.

Le père Mustapha, de son côté, a ajouté « qu'il était très préoccupé par le manque de réaction de Zakaria aux stimulations extérieures. Il a mentionné plusieurs comportements inquiétants qu'il avait observés, comme le fait que Zakaria marchait sur la pointe des pieds ou se retirait dans des coins sombres, ce qui ne correspondait pas à un comportement habituel pour un enfant de son âge ». Mustapha se souvenait aussi que Zakaria ne faisait pas de contact visuel, ce qui l'avait profondément perturbé. Au début, il pensait que son fils pouvait avoir un retard de développement, mais au fur et à mesure qu'il ne montrait aucun intérêt pour les autres enfants ou les interactions sociales, il a commencé à se demander si quelque chose de plus sérieux n'était pas en jeu. Il a révélé qu'il se sentait très impuissant à l'époque, parce qu'il ne savait pas comment l'aider ni comment aborder le problème avec Sabrina.

Les parents ont tous deux affirmé que ces signes étaient progressivement devenus plus évidents, et ils ont dû admettre que quelque chose n'allait pas. Ils ont commencé à consulter des spécialistes lorsque Zakaria avait environ 3 ans, et le diagnostic du trouble du spectre autistique a été un choc pour eux. Sabrina a avoué qu'elle avait eu du mal à accepter ce diagnostic et qu'elle se sentait coupable de ne pas avoir agi plus tôt. Quant à Mustapha, il a confessé que la nouvelle lui avait causé un grand stress, car il se sentait perdu face à l'avenir de son fils et à la manière de gérer la situation.

Au début, Mustapha et Sabrina ont eu beaucoup de mal à accepter le diagnostic de leur fils. Sabrina, bien que formée pour comprendre les soins médicaux, a éprouvé une grande tristesse, un sentiment de culpabilité et un deuil intérieur. Elle se reprochait de ne pas avoir su détecter les signes plus tôt. Quant à Mustapha, il n'a pas su comment gérer ses émotions. Il se sentait accablé par la situation et son esprit était souvent envahi par des pensées négatives concernant l'avenir de Zakaria. Il ressentait une pression énorme pour être à la fois un bon père et un soutien à Sabrina, mais son travail et ses préoccupations financières devenaient de plus en plus écrasants.

Le couple a immédiatement cherché des solutions. Ils ont commencé à suivre des thérapies comportementales et ont mis en place des stratégies d'éducation adaptées pour Zakaria. Cependant, ces efforts ont mis une pression immense sur leur relation. Sabrina, qui passait de longues heures à l'hôpital, peinait à gérer son emploi du temps avec les soins à donner à Zakaria. Mustapha, de son côté, était souvent absent à cause de son travail, ce qui générait des tensions. Ils se sont disputés plusieurs fois sur la meilleure façon de gérer la situation, chacun d'eux étant épuisé et frustré.

Le manque de sommeil est devenu une routine. Zakaria avait du mal à dormir la nuit et se réveillait fréquemment. Sabrina, déjà fatiguée par ses longues journées de travail, se retrouvait souvent seule à gérer les réveils nocturnes, ce qui affectait son humeur et son bien-être. Mustapha, bien que consciencieux, n'était pas toujours disponible à cause de ses horaires de travail difficiles. Il commençait à ressentir un épuisement psychologique, se sentant coupable de ne pas pouvoir être plus présent pour sa famille.

Le regard de l'entourage pesait lourdement sur leurs épaules. La mère confie : « Les autres ne voient pas l'effort que l'on met, ils voient juste les comportements de Zakaria. Je me sens parfois comme si j'étais jugée comme une mauvaise mère. » le père, quant à lui, exprime un sentiment d'impuissance : « Parfois, je me sens invisible dans cette situation, comme si ce n'était pas mon enfant, comme si je n'avais rien à offrir ».

Un autre point de friction majeur était le manque de soutien familial. Les parents de Zakaria ne comprenaient pas bien la situation. Certains membres de la famille remettaient en question le diagnostic et suggéraient des traitements traditionnels, ce qui compliquait encore plus la gestion

de Zakaria. Les parents se sont sentis isolés, épuisés et incompris, ce qui a aggravé les tensions dans leur couple.

5.2. Présentation et analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton :

Tableau N°7 : Résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton du 5^{ème} cas

Nom	Symptômes somatiques	Symptômes psychiques	Score total	Niveau d'anxiété
Mustapha (le père)	17	15	32	Anxiété majeure
Sabrina (la mère)	21	18	39	Anxiété majeure

Le tableau N°7 présente les résultats obtenus après l'application de l'échelle d'anxiété de Hamilton chez les parents de Zakaria.

Le père, Mustapha, a obtenu un score total de 32, indiquant une anxiété majeure. Cette anxiété se manifeste à la fois sur le plan physique et mental et s'explique par la pression quotidienne qu'il subit entre obligations familiales, professionnelles et la difficulté à trouver des solutions concrètes pour l'accompagnement de son fils.

Dans la première dimension (symptômes somatiques), Mustapha présente un score de 15, exprimant une fatigue persistante, des tensions musculaires, des troubles du sommeil, et une somatisation liée à un stress chronique. Ces signes traduisent une surcharge corporelle en lien avec ses responsabilités et ses inquiétudes constantes.

Dans la deuxième dimension (symptômes psychiques), il a obtenu un score de 17, révélant une humeur préoccupée, une irritabilité notable, de l'anxiété face à l'avenir ainsi qu'un sentiment de culpabilité et d'impuissance croissant.

La mère, Sabrina, a obtenu un score total de 39, correspondant à une anxiété majeure témoignant d'un épuisement psychique et émotionnel profond. Elle semble porter une lourde charge mentale, alimentée par un sentiment de culpabilité lié au diagnostic, un vécu de solitude ainsi qu'une grande difficulté à exprimer sa souffrance.

Dans la première dimension (symptômes somatiques), elle a obtenu un score de 16, traduisant des manifestations physiques importantes telles qu'une fatigue extrême, une insomnie fréquente, des céphalées, des tensions corporelles, et des signes marqués de somatisation.

Dans la deuxième dimension (symptômes psychiques), son score de 23 révèle une anxiété mentale intense, caractérisée par des pleurs réguliers, une nervosité élevée, des pensées envahissantes, une humeur dépressive et un sentiment profond de désespoir.

- Synthèse du 5^{ème} cas :

À travers les entretiens réalisés avec les parents de Zakaria, nous avons pu observer un état de détresse psychologique avancé chez les deux figures parentales. Leur quotidien est rythmé par une lutte constante pour s'adapter aux besoins spécifiques de leur enfant tout en jonglant avec les exigences de la vie professionnelle, sociale et familiale.

Mustapha présente une anxiété sévère, dominée par un stress prolongé, une fatigue accumulée et une incapacité croissante à contenir ses émotions. Son besoin de contrôle et de stabilité est mis à rude épreuve, ce qui fragilise sa posture de soutien familial.

Sabrina, quant à elle, montre un niveau d'anxiété alarmant, proche de l'effondrement émotionnel. Malgré sa formation dans le domaine médical, elle se retrouve démunie face à la complexité de l'autisme. Sa souffrance est nourrie par un fort sentiment de responsabilité, une solitude ressentie dans la prise en charge et un isolement affectif face à son entourage.

L'annonce du diagnostic a constitué un véritable choc suscitant initialement un refus de collaboration avec les stagiaires qui reflète un mécanisme de défense face à une réalité perçue comme insupportable. Cependant, leur participation ultérieure aux entretiens traduit une ouverture progressive au soutien extérieur.

Ces résultats mettent en lumière la nécessité d'un accompagnement psychologique structuré pour les parents afin de prévenir l'aggravation de leur état anxieux et de renforcer leurs ressources internes pour faire face aux défis de l'autisme.

II. Discussions des hypothèses :

L'objectif de notre travail de recherche consiste à déterminer ; est-ce que l'autisme de l'enfant entraîne-t-il de l'anxiété chez les parents ?

Dans le but de répondre à notre question de départ on a proposé l'hypothèse suivante :

Les parents ayant un enfant autiste manifestent un degré d'anxiété significatif.

Les cinq cas que nous avons étudiés semblent confirmer notre hypothèse. Cette confirmation ressort clairement à travers les résultats issus de l'analyse des entretiens, des observations directes ainsi que de l'échelle d'anxiété de Hamilton.

Les parents avec lesquels nous avons travaillé présentent des signes d'anxiété et d'inquiétude concernant le développement et la vie sociale de leurs enfants.

Le premier cas présente plusieurs indicateurs cliniques révélateurs d'un état d'anxiété significatif, en particulier chez la mère. Lors de l'entretien, les deux parents ont montré une attitude coopérative, mais teintée d'un fond émotionnel lourd, marqué par une grande inquiétude pour l'avenir de leur fils. Le vécu partagé reflète une détresse psychologique manifeste, notamment chez la mère, qui exprime clairement son épuisement émotionnel et sa peur du regard des autres : « Je n'aime pas sortir avec lui », « J'ai l'impression qu'ils nous jugent », « J'ai pleuré pendant des jours ». Le père, quant à lui laisse transparaître un désespoir plus contenu, mais néanmoins réel : « Je me demandais si j'avais fait quelque chose de mal », « C'est difficile d'accepter qu'on ne puisse peut-être jamais vivre une vie normale ».

Les résultats à l'échelle d'anxiété d'Hamilton viennent confirmer cette souffrance psychique :

* Le père, Kamel, a obtenu un score de 15, indiquant une anxiété légère, caractérisée par une fatigue constante, une irritabilité et des troubles du sommeil.

* La mère, Lynda, a obtenu un score de 28, correspondant à une anxiété modérée à grave, marquée par des symptômes physiques (fatigue, vertiges, tensions) et psychiques (pleurs fréquents, humeur dépressive, nervosité importante).

Ce cas vient confirmer l'hypothèse selon laquelle les parents d'enfants autistes présentent un niveau d'anxiété significatif, particulièrement lorsque l'enfant souffre d'une forme sévère du trouble. L'annonce du diagnostic, les difficultés éducatives quotidiennes, le manque de ressources, ainsi que la pression sociale constituent des facteurs aggravants du mal-être parental, impactant fortement leur équilibre psychologique et familial.

Le deuxième cas met en évidence plusieurs signes cliniques révélateurs d'une souffrance psychologique importante chez les parents et tout particulièrement chez la mère. Lors de l'entretien, les deux parents se sont montrés disponibles et ouverts malgré la fatigue et les contraintes liées à la prise en charge quotidienne de leur enfant. La mère, Razika, a exprimé à plusieurs reprises son épuisement émotionnel, sa solitude et les difficultés constantes auxquelles elle fait face : « Mon fils requiert une attention constante », « Je n'ai personne sur qui compter », « Même ma belle-mère ne veut plus le voir ». Ces propos une grande détresse, marquée par un sentiment d'abandon et une surcharge mentale intense.

Le père, quant à lui, bien qu'affecté, adopte une posture plus réservée. Son discours est empreint de résignation et de fatalisme : « C'est notre destin », « On ne peut rien y faire », tout en affirmant son attachement envers son fils. Cette attitude peut être interprétée comme une stratégie de rationalisation et de prise de distance émotionnelle, visant à préserver un certain équilibre personnel face à une situation perçue comme ingérable.

Les résultats obtenus à l'échelle d'anxiété d'Hamilton viennent objectiver cette souffrance :

* Le père a obtenu un score de 16, indiquant une anxiété légère, accompagnée de symptômes somatiques tels que des douleurs musculaires et des troubles du sommeil, et de préoccupations persistantes pour l'avenir de son fils.

* La mère, en revanche, présente un score très élevé de 32, révélateur d'une anxiété majeure, marquée par des troubles somatiques importants (palpitations, insomnie, fatigue extrême) et des signes psychiques majeurs (tristesse chronique, pleurs fréquents, isolement).

Ce cas vient confirmer l'hypothèse selon laquelle le diagnostic d'autisme a un impact psychologique fort sur les parents, avec une intensité variable selon leur rôle dans la prise en charge. La mère, en assumant seule la majorité des responsabilités éducatives et affectives se trouve exposée à un risque accru d'épuisement psychique, d'autant plus en l'absence de soutien familial ou communautaire. L'exclusion sociale dont elle fait l'objet, notamment de la part de sa belle-famille, aggrave davantage son isolement et accentue son mal-être.

La situation du père, bien que moins alarmante, témoigne néanmoins d'une souffrance silencieuse, marquée par l'inquiétude et une certaine forme de repli. Ainsi, ce cas illustre clairement les effets délétères du diagnostic sur le bien-être psychologique parental, et plus largement sur l'équilibre familial dans son ensemble, validant l'hypothèse de départ.

Le troisième cas met en lumière une détresse psychologique marquée chez les deux parents de Slimane, avec une intensité particulièrement élevée chez la mère. Lors de l'entretien, le couple s'est montré très investi et préoccupé par la situation de leur fils. Bien que Hakim ait tenté de contenir ses émotions, ses propos et son attitude traduisent une tension latente et une fatigue psychique manifeste. Wassila, quant à elle, a laissé transparaître une souffrance émotionnelle profonde, marquée par l'épuisement, les pleurs, et une charge mentale accablante.

Le vécu parental est dominé par une grande incertitude face à l'avenir, une peur du rejet social et un sentiment de solitude. La mère exprime explicitement son désarroi : « Penser que mon enfant ne vivra pas comme les autres me brise le cœur », « Je perds parfois patience », « Je suis devenue très nerveuse », des propos qui témoignent d'un état d'anxiété intense aggravé par le manque de soutien extérieur et la limitation de ses contacts sociaux. Le père, bien que plus silencieux, confie être « dépassé », adoptant des mécanismes d'évitement (lecture, retrait) pour contenir son stress.

Les résultats à l'échelle d'anxiété de Hamilton confirment cette souffrance parentale :

* Hakim, le père, a obtenu un score de 20, indiquant une anxiété légère à modérée. Ce niveau reflète une tension émotionnelle persistante, des troubles du sommeil, une irritabilité accrue, ainsi qu'une préoccupation constante pour l'avenir de son fils, bien qu'il tente de rester fonctionnel et présent.

* Wassila, la mère, présente un score de 29, correspondant à une anxiété modérée à grave. Ce niveau élevé est révélateur d'une détresse psychique importante, ponctuée de crises de larmes, de nervosité intense, d'une grande fatigue, et d'un isolement émotionnel préoccupant.

Ce cas vient renforcer l'hypothèse de départ selon laquelle les parents d'enfants autistes confrontés à la gravité du trouble et à la difficulté de la prise en charge, développent un niveau d'anxiété significatif. La mère, qui prend en charge l'essentiel des soins et de la gestion du quotidien, se trouve particulièrement exposée à un épuisement émotionnel sévère, exacerbé par l'absence de relais familial et le regard stigmatisant de l'entourage. Le père, bien que plus en retrait, n'est pas épargné par cette souffrance silencieuse, révélatrice d'une pression psychique intense.

Le quatrième cas a manifesté plusieurs symptômes appartenant au tableau clinique de l'anxiété, tels que l'inquiétude constante, l'insomnie, l'irritabilité, la fatigue chronique, ainsi que des pensées envahissantes concernant l'avenir de leur enfant. Ces signes ont été clairement exprimés lors de l'entretien, notamment par le père qui a déclaré : « Depuis le diagnostic, toutes nos pensées sont centrées sur notre fils », ou encore : « J'ai peur de ce qu'il adviendra de lui après ma disparition ». Quant à la mère, elle affirme : « Le trouble de Yanik a paniqué notre vie », et ajoute : « Ce qui m'angoisse réellement, c'est l'insuffisance des ressources disponibles ».

Ces propos traduisent une anxiété profonde, marquée par un sentiment d'impuissance, de surcharge émotionnelle et de solitude dans la gestion du quotidien. Le vécu de ces parents est dominé par l'angoisse, la frustration, et un état de vigilance constant vis-à-vis des besoins spécifiques de leur enfant.

Les résultats à l'échelle d'anxiété de Hamilton confirment cette détresse psychologique :

* Le père, Samir, a obtenu un score de 27, indiquant une anxiété modérée à grave.

* La mère, Farida, a obtenu un score de 30, révélant également une anxiété sévère.

Ces scores traduisent l'impact significatif que le trouble du spectre de l'autisme de leur fils exerce sur leur équilibre psychologique. Ainsi, ce cas confirme l'hypothèse selon laquelle les parents d'enfants autistes présentent des niveaux significatifs d'anxiété en lien avec la difficulté d'adaptation, le manque de soutien institutionnel et les incertitudes liées à l'avenir de leur enfant.

Le cinquième cas met en lumière un tableau clinique marqué par une anxiété majeure chez les deux parents, Mustapha et Sabrina. Lors des premiers contacts, un refus initial de coopération a été observé, témoignant d'un mécanisme de défense face à une réalité perçue comme insupportable. Ce refus s'est progressivement levé, laissant place à un récit empreint de souffrance, de confusion émotionnelle et de surcharge psychologique.

Le vécu parental reflète une grande détresse psychique. La mère, Sabrina, exprime clairement un sentiment de culpabilité, de solitude et un épuisement émotionnel profond :

« Je me sens comme une mauvaise mère », « Je suis fatiguée, tout le temps », « On fait tout, mais ça ne suffit jamais ». Son discours laisse transparaître une douleur intériorisée, accentuée par le regard jugeant de l'entourage et le manque de soutien familial.

Le père, Mustapha, quant à lui, évoque un désespoir plus discret, mais tout aussi présent : «

Parfois, je me sens invisible dans cette situation », « Je ne sais pas comment l'aider », « J'ai l'impression de ne pas être à la hauteur ». Il manifeste une impuissance croissante, accentuée par les contraintes professionnelles et le sentiment de ne pas pouvoir remplir pleinement son rôle de soutien.

Ces éléments traduisent un niveau élevé de stress parental, lié à la confrontation quotidienne aux troubles de Zakaria, aux tensions conjugales, au manque de sommeil, et à une charge mentale constante. Le couple se retrouve dans une dynamique fragile, oscillant entre adaptation et épuisement, sans disposer de ressources suffisantes pour se préserver.

Les résultats obtenus à l'échelle d'anxiété de Hamilton confirment cette souffrance psychique :

* Mustapha présente un score total de 32, indiquant une anxiété majeure avec des symptômes somatiques (fatigue, tensions musculaires, troubles du sommeil) et psychiques (irritabilité, inquiétude, perte de contrôle émotionnel).

* Sabrina atteint un score de 39, révélant une anxiété majeure marquée par une combinaison de symptômes somatiques importants (épuisement, douleurs, insomnie) et d'éléments psychiques alarmants (pleurs fréquents, idées envahissantes, humeur dépressive).

Ce cas confirme l'hypothèse selon laquelle le diagnostic d'un trouble du spectre autistique chez un enfant peut profondément déstabiliser l'équilibre psychologique des parents, surtout lorsqu'il est combiné à un manque de soutien social, à des contraintes professionnelles lourdes et à des tensions conjugales. Il met en évidence la nécessité de proposer un accompagnement psychologique structuré aux parents afin de prévenir les risques d'épuisement et d'isolement et de renforcer leurs capacités d'adaptation face à la complexité du TSA.

Synthèse

À travers les résultats obtenus à l'entretien clinique, il ressort que l'arrivée d'un enfant atteint de troubles du spectre autistique engendre des bouleversements significatifs dans la vie psychique des parents. La parentalité dans ce contexte apparaît comme un facteur majeur de vulnérabilité émotionnelle. L'analyse des scores recueillis à l'échelle d'anxiété d'Hamilton met en évidence des niveaux d'anxiété allant de modérés à sévères chez la majorité des parents évalués et voire majeurs dans certains cas, témoignant ainsi d'une détresse psychologique profonde, durable et souvent difficile à verbaliser.

Conclusion :

À travers cette recherche, nous avons tenté de mieux comprendre les répercussions psychologiques que pourrait engendrer l'autisme de l'enfant sur ses parents. En mettant en lumière les bouleversements émotionnels, sociaux et psychologiques que ces derniers traversent, nous avons voulu apporter une lecture plus humaine et profonde de leur vécu. L'arrivée d'un enfant atteint d'autisme dans une famille ne se résume pas à un simple diagnostic médical : elle représente un véritable séisme émotionnel, un événement souvent vécu comme un traumatisme qui vient ébranler l'équilibre familial, la fonction parentale et les projets de vie.

Notre objectif principal était d'explorer la nature du vécu psychologique des parents ayant un enfant autiste. Nous avons ainsi cherché à identifier les signes de l'anxiété qui peuvent émerger après l'annonce du diagnostic, à comprendre les types d'émotions et de détresses ressentis, ainsi qu'à analyser les stratégies d'adaptation mobilisées pour faire face à cette réalité.

Pour ce faire, nous avons opté pour une démarche clinique, centrée sur l'étude de cas, les entretiens semi-dirigés et l'utilisation d'outils psychologiques validés tels que l'échelle d'anxiété de Hamilton.

Les résultats issus de notre enquête menée auprès de cinq parents montrent de façon significative que ces derniers sont confrontés à un niveau d'anxiété particulièrement élevé.

Cette anxiété s'exprime parfois de manière explicite, à travers les paroles et les émotions verbalisées lors des entretiens, mais elle reste souvent latente, enfouie derrière un quotidien épuisant et une résilience imposée par les circonstances. La douleur psychique est présente, constante, mais rarement prise en charge de manière adéquate, car les parents se sentent parfois coupables de se plaindre ou incompris par leur entourage.

Notre observation a également révélé que l'arrivée d'un enfant autiste constitue un choc, un moment de rupture avec les représentations idéalisées de la parentalité. Le parent se retrouve confronté non seulement à la différence de son enfant, mais aussi à sa propre impuissance.

Blessé dans son rôle de protecteur, il cherche des repères dans une société peu adaptée à cette situation, souvent critique, mal informée ou stigmatisante. Ce contexte social complique encore davantage l'expérience parentale, générant une souffrance sourde et une solitude affective.

De plus, l'éducation d'un enfant autiste requiert un investissement considérable, tant sur le plan émotionnel que pratique. Chaque geste du quotidien devient une lutte, chaque progrès une victoire chèrement acquise. À cette charge mentale s'ajoute la pression du regard extérieur, souvent teinté d'incompréhension, voire de rejet. Cette confrontation au jugement social pousse de nombreux parents à se replier sur eux-mêmes, à limiter leurs contacts, ce qui peut entraîner une forme d'isolement social et psychique, aggravant ainsi leur détresse.

Par ailleurs, l'avenir reste une source d'inquiétude majeure. L'incertitude liée à l'autonomie future de l'enfant, à son intégration sociale et professionnelle, ou encore à sa prise en charge une fois adulte, est omniprésente. Cette projection dans l'inconnu renforce l'anxiété parentale et alourdit la charge émotionnelle au fil des années.

Bien que notre étude présente certaines limites, notamment en raison du nombre restreint de participants, elle constitue une première approche précieuse pour mieux comprendre l'anxiété vécue par les parents d'enfants autistes. Ce travail modeste représente une initiation à la recherche scientifique, mais nous espérons qu'il contribuera à sensibiliser à une réalité encore trop méconnue, voire ignorée.

En tant que futurs psychologues, nous avons à cœur de participer à la reconnaissance de cette souffrance parentale, souvent tue, souvent mal accueillie, mais pourtant bien réelle. Offrir un espace d'écoute, de compréhension et d'accompagnement à ces familles doit devenir une priorité dans le champ de la santé mentale. Ces parents, qui avancent malgré les épreuves, ont besoin de soutien, de reconnaissance et d'un environnement social plus inclusif et plus bienveillant.

Enfin, à travers cette recherche, nous espérons avoir contribué à éclairer la complexité du vécu psychologique des parents ayant un enfant autiste. Nous souhaitons que cette étude puisse inspirer d'autres travaux, enrichir la réflexion autour de la parentalité dans le contexte du handicap, et encourager la mise en place de dispositifs adaptés pour répondre aux besoins réels de ces familles.

Car derrière chaque enfant autiste, il y a des parents qui luttent, aiment, espèrent, et méritent d'être accompagnés avec respect et humanité.

Liste bibliographique

Liste bibliographique :

1. Alami, G. (2013). *Les méthodes qualitatives*. PUF.
2. Amar, T (2004). *Mon enfant souffre de troubles du développement*. paris.
3. Bennony, H. (2005). *Le développement de l'enfant et ses psychopathologies*. Paris : Armand Colin. .
4. Berrada, k (2010). *Définition et étiopathogénie des troubles anxieux* ». centre universitaire, Ibn-Roched.
5. Bertrand, J. (2008). *Autisme, le gène introuvable, de la science business*. Paris : du Seuil.
6. Besançon, G (1993). *Manuel de psychopathologie, anxiété, dépression et psychopathologie du corps*. paris: Dunod.
7. Blanchet, A. (2014). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Colin.
8. Bodot. (2015). Evaluation de l'anxiété vis-à-vis des soins dentaire. *thèse de doctorat*. Université de toulouse.
9. Bruchon, Q. (2001). *Personnalité et maladie, stress, coping et ajustement*., Dunod.
10. Carole, S. (2009). Impact de l'autisme sur la vie des parents. pp. 245-260.
11. Chahraoui Kh et Bénony. (2003). « *Méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique* ». Paris: Dunond.
12. CIM-10 . (2015). *Classification internationale des maladies. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche, Organisation Mondiale de la Santé*, 222. Paris, Masson.
13. Dervaux, j. (2014). *Dépression et anxiété* . Dangles.
14. Dervaux, j. (2014). *Dépression et anxiété. France*. Dangles.

15. Dominique yvon, a. (2014). *la découverte de l'autisme des neurosciences a la vie en société*. donud.
16. Dominique, s. (2012). *Gestion du stress et de l'anxiété* (éd. 3e). Masson.
17. DSM-5. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. masson.
18. GOLSE, B. (2015). *Le développement affectif* (éd. 5e édition). 5e édition.
19. Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales* (éd. 11e). Dalloz.
20. Graziani, P. (2003). *Anxiété et troubles anxieux*. paris: Nathan.
21. Guéniche, k. (2011). *Psychopathologie de l'enfant* (éd. (3em). Paris : DUNOD.
22. *has-sante.fr*. (2018, 02). Récupéré sur [tsa_-
_diagnostic_et_evaluation_cher_l'enfant_et_l'adolescent_2e_ligne_-
_synthese.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/_diagnostic_et_evaluation_cher_l'enfant_et_l'adolescent_2e_ligne_-_synthese.pdf): <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf>
23. Haute Autorité de la Santé, H. A. (2012). *autisme et autres ted ; interventions « ducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*. ANESM. .
24. l'Autisme, F. q. (2015). *L'autisme ou le trouble du spectre de l'autisme*. Récupéré sur <http://www.autisme.qc.ca/tsa/histoire-de-lautisme-au-quebec.html>
25. Legall, A. (1995). *l'anxiété et l'angoisse* (éd. 5e). Alger: Dahlab.
26. Lelord, S. (1990). *l'autisme de l'enfant*. paris: Masson.
27. Libbey, E. (2007). *Troubles anxieux : diversité des approches théoriques* », « *L'information psychiatrique* (Vol. 83).
28. Martin, R. (1996). *anxiété et performance*. paris : INSEP.
29. Mucchielli, A. .. (2009). *La démarche clinique. Dans Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. . Armand Colin.

- 30.N'da. (2015). *recherche et methodologie en sciences sociales et humaines: réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel et son article* . l'harmattan.
- 31.Ould Taleb, M. (2012). *Autisme et intervention avec les mamans cothérapeutes. De la mise en place à l'évaluation : expérience à Alger en 2005– 2010* ». Paris.
- 32.Ould Taleb, M. (2015). *Manuel de pédopsychiatrie* . Oran : OPU.
- 33.P. LENOIR, J. M. (2007). *BODIER-RETHORE*.
- 34.palazzolo, j. (2007). *cas clinique en thérapies comportementales et cognitives* (éd. 3e). press.
- 35.*Quels sont les différents niveaux danxiété_ _Maladies et conditions _Sports, fitness, santé et alimentation!* (s.d.). Récupéré sur <https://www.lavozdeecuador.com/articles/diseases-and-conditions/what-are-the-different-levels-of-anxiety.html>
- 36.RADAT, f. (1998). « *les états anxieux ; initiation et santé* ». Paris, Masson.
- 37.Ritrivo, R. (1983). *Autisme, la vérité refusée*. Paris : Simep.
- 38.Roge.B (2004). *Le syndrome d'asperger et l'autisme de haut niveau*. Paris :DUNOD.
- 39.Rogé, B. (2003). *Autisme : comprendre et agir*. Dunod, Paris.
- 40.Rutter, S. (1991). *l'autisme une réévaluation des concepts et du traitement*. paris: PUF.
- 41.Sauvayre, R. (2013). *Les méthodes de l'entretien en sciences sociales*. Dunod.
- 42.Sillamy.N. (2003). « Dictionnaire de psychologie ». *dictionnaire*. paris, Larousse.
- 43.Soumaille, S. (2015). *l'anxiété et les troubles anxieux*. Genève.
- 44.Sultan, V. (2012). *psychologie de la santé* (éd. 1e). paris.

45. Tardif, G. (2003). *L'autisme*. Paris, France : DUNOD.
46. Tétreault, M. (2002). *Creating a shared understanding of institutional knowledge through an electronic institutional portfolio*,. Metropolitan Universities: An International Forum.
47. Touati. (2007). *Quelques repères sur l'apparition du langage et son devenir dans l'autisme*. Paris: Presses Universitaires de France.
doi:10.3917/puf.touat.2007.01.0005.
48. Tourrette, C. (2008). *Introduction à la psychologie : Du bébé à l'adolescent*. Paris : ARMAND COLIN.
49. Trevarthen, J. (2007). *Autisme et langage., voix et parole dans l'autisme*. Paris: Presses universitaires de France.

Annexes

Annexe N° 01 : Guide d'entretien clinique semi directif

Guide d'entretien clinique semi directif

Informations générales sur les parents :

1. Quel âge avez-vous ?
2. Quel âge à votre époux (se) ?
3. Quel est votre niveau d'instruction ?
4. Quel est le niveau d'instruction de votre époux (se) ?
5. Exercez-vous un travail ? si oui, lequel ?
6. votre époux (se) exerce-il (elle) un travail ? si oui, lequel ?
7. Quelle est votre situation matrimoniale ?
8. Quelle est votre situation socio-économique ?
9. Combien êtes-vous dans la famille ?
10. Combien d'enfants avez-vous ?
11. Quelle est la position de votre enfant dans la famille ?

Informations sur la pathologie de l'enfant ;

12. Comment avez-vous vécu la période de votre grossesse ?
13. Y'a-t-il des complications pendant l'accouchement ? s'il y'en a, quel sont ses complications ?
14. Avez-vous d'enfants autistes ?
15. Quel âge a votre enfant ?

Quelles sont les symptômes que vous avez remarqués au début ?

16. Depuis combien de temps est-il diagnostiqué ?
17. Est-ce-que votre enfant est scolarisé, ou placé dans un centre spécialisé ? Comment sont-ils ses résultats ?
18. Comment est son comportement ?
19. Depuis quand, et comment est-il pris en charge ?

- 20. Quelle a été votre réaction au moment de l'annonce du diagnostic de votre enfant ?
- 21. Comment avez-vous acceptez cette annonce
- 22. Y'en a-t-il un changement (progrès) ?
- 23. au handicap de votre enfant, quel soutien recevez-vous ?
- 24. Pouvez-vous nous décrire ses attitudes et sa relation avec ses frères ?

L'impact de la pathologie sur les parents :

- 25. Est-ce que vous êtes inquieté ?
- 26. Est-ce que vous attendez quelques choses de pire ?
- 27. Est-ce que vous avez des difficultés d'endormissement ?
- 28. Est-ce que vous êtes triste ?
- 29. Est-ce que vous avez des troubles de respiration ?
- 30. Avez-vous sentez du changement dans votre famille après la naissance de votre enfant autiste ?
- 31. Quelle est l'impact de cette maladie sur votre vie quotidienne ?
- 32. Est-ce que vous trouvez des difficultés de concentration pendant votre travail ?
- 33. Sentez-vous quelques fois des sentiments de déprime ? C'est oui, pourquoi à votre avis ?

Les souhaits et les espoirs des parents concernant l'avenir de leur enfant

- 34. Avez-vous du soutien de votre famille ?
- 35. Vous souhaitez quoi pour votre enfant ?
- 36. Est-ce que vous avez l'espoir que votre enfant autiste va s'améliorer ?

Annexe N°2 : Echelle d'anxiété d'Hamilton

4 – L'anxiété phobique interfère clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4. Insomnie

Cet item couvre l'expérience subjective du/de la patient(e) concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération.

0 – Durée et profondeur du sommeil habituelles

1 – La durée est peu ou pas réduite (par exemple par de légères difficultés d'endormissement), mais il n'y a pas d'altération de la profondeur du sommeil.

2 – La profondeur du sommeil est également diminuée, le sommeil étant plus superficiel. L'entièreté du sommeil est quelque peu perturbée.

3 – La durée du sommeil et sa profondeur sont altérées de manière marquée. Le total des épisodes de sommeil n'est que de quelques heures sur 24.

4 – Le sommeil est si peu profond que le patient parle de courtes périodes de somnolence mais sans vrai sommeil.

5. Troubles de la concentration et de la mémoire

Cet item couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire.

0 – Le/la patient(e) n'a ni plus ni moins de difficultés à se concentrer que d'habitude.

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) a des difficultés de concentration et/ou de mémoire.

2 – Même en faisant un gros effort, le/la patient(e) éprouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien de routine.

3 – Le/la patient(e) éprouve des difficultés prononcées de concentration, de mémoire, de prise de décisions; par exemple, pour lire un article dans le journal ou regarder une émission télévisée jusqu'à sa fin.

4 – Pendant l'entretien, le/la patient(e) montre des difficultés de concentration, de mémoire, ou à la prise de décisions.

6. Humeur dépressive

Cet item couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir.

0 – Absente

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est plus abattue ou triste que d'habitude, ou seulement vaguement.

2 – Le/la patient(e) est plus clairement concerné(e) par des vécus déplaisants, bien qu'il/elle ne se sente ni impuissant(e) ni sans espoir.

3 – Le/la patient(e) montre des signes non-verbaux clairs de dépression ou de perte d'espoir.

4 – Le/la patient(e) fait des observations sur son abattement ou son sentiment d'impuissance ou les signes non-verbaux sont prépondérants pendant l'entretien, de plus, le/la patient(e) ne peut pas être distrait(e) de son état

7. Symptômes somatiques généraux : musculaires Faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque.

0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins douloureux(se) ni n'éprouve plus de raideurs dans les muscles que d'habitude.

1 – Le/la patient(e) semble éprouver un peu plus de douleurs ou de raideurs musculaires qu'habituellement.

2 – Les symptômes sont caractéristiques de la douleur.

3 – Les douleurs musculaires interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie et le travail quotidiens du/de la patient(e).

4 – Les douleurs musculaires sont présentes la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

8. Symptômes somatiques généraux : sensoriels

Cet item inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillements.

0 – Absent

1 – Il n'est pas clair si les indications du/de la patient(e) indiquent des symptômes plus prononcés qu'habituellement.

2 – Les sensations de pression sont fortes au point que les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillements de la peau.

3 – Les symptômes sensoriels en général interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes sensoriels en général sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

9. Symptômes cardio-vasculaires

Cet item inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsations, de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir.

0 – Absents

1 – Leur présence n'est pas claire

2 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents, mais le/la patient(e) peut les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes cardio-vasculaires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

10. Symptômes respiratoires

Sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirante

0 – Absents

1 – Présence peu claire

2 – Les symptômes respiratoires sont présents, mais le/la patient(e) est toujours capable de les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles pour contrôler les symptômes respiratoires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes respiratoires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

11. Symptômes gastro-intestinaux

Cet item couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'oesophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée.

0 – Absents

1 – Il n'est pas clair s'il existe une différence avec le vécu habituel.

2 – Un ou plusieurs symptômes gastro-intestinaux sont présents mais le/la patient(e) peut encore les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes gastro-intestinaux, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes gastro-intestinaux sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

12. Symptômes urinaires et génitaux

Cet item inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection.

0 – Absents

1 – Il n'est pas clair si présents ou non (ou s'il existe une différence avec le vécu habituel).

2 – Un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents mais n'interfèrent pas avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).

3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents au point d'interférer à un certain degré avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes génitaux ou urinaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

13. Autres symptômes du SNA Cet item inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges
0 – Absents
1 – Présence peu claire.
2 – Un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents, mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.
3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents à un degré tel qu'ils interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).
4 – Les symptômes sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

14. Comportement pendant l'entretien Le/la patient(e) peut paraître tendu(e), nerveux(se), agité(e), inquiet(e), tremblant(e), pâle, en hyperventilation ou en sueur, pendant l'entretien. Une estimation globale est faite sur base de ces observations.
0 – Le/la patient(e) n'apparaît pas anxieux(se).
1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est anxieux(se).
2 – Le/la patiente est modérément anxieux(se).
3 – Le/la patient(e) est anxieux(se) de façon marquée.
4 – Le/la patient(e) est submergé(e) par l'anxiété; par exemple : il/elle tremble de tout son corps

<17: légère

18 – 24: légère à modérée

25 – 30: modérée à grave

Remarque;

L'échelle d'hamilton est souvent suévaluée dans les maladies qui s'accompagnent de nombreux troubles fonctionnel comme la fatigue chronique ou la fibromyalgie.

De notre point de vue, elle est mise au pint à une époque où les pathologies « somno-somatiques » n'étaient pas comprises et où les troubles fonctionnels étaient globalement considérés comme des « somatisation » de troubles psychiatriques,

L'éclairage de la médecine du sommeil permet d'avancer des hypothèses chronobiologiques à l'apparition de nombreux troubles fonctionnels

Résumé :

Cette étude porte sur « L'anxiété chez les parents ayant un enfant autiste » de 05 cas âgés de 5 à 11 ans, son objectif est d'analyser et de comprendre le niveau d'anxiété vécu par les parents d'enfants autistes en évaluant son degré à travers des outils cliniques, d'analyser les causes et conséquences de cette anxiété, notamment la charge émotionnelle, le stress lié à la prise en charge de l'enfant et l'impact du soutien social. En effet, elle s'est effectuée au sein de l'association Esperance à Akbou- Bejaia avec cinq parents. Afin de réaliser ce travail nous avons opté pour la méthode clinique de type descriptif par étude de cas, on a administré aux parents un guide d'entretien clinique semi-directif et l'échelle d'anxiété de Hamilton.

Les scores obtenus montrent que la majorité d'entre eux souffrent d'un mal-être psychique et physique notable en lien avec les contraintes émotionnelles et sociales qu'impose cette situation, l'anxiété exprimée par ces parents reflète non seulement leurs inquiétudes pour l'avenir de leurs enfants mais aussi leur propre épuisement face à une charge mentale et un isolement souvent important.

Mots clés: l'anxiété, L'autisme.

Abstract:

This study focuses on "Anxiety in Parents of Children with Autism" and involves five cases of children aged between 5 and 11 years. Its objective is to analyze and understand the level of anxiety experienced by parents of autistic children, by assessing its severity through clinical tools, and to examine the causes and consequences of this anxiety—particularly emotional burden, stress related to caregiving, and the impact of social support. The study was conducted within the "Esperance" association in Akbou and involved five parents. To carry out this work, we adopted a descriptive clinical case study method, including semi-structured clinical interviews and the Hamilton Anxiety Rating Scale.

This research highlights the significant impact of anxiety on parents of autistic children. The scores obtained show that the majority of them suffer from marked psychological and physical distress, linked to the emotional and social constraints imposed by their situation. The anxiety expressed

by these parents reflects not only their concerns about their children's future but also their own exhaustion, due to a heavy mental load and often profound social isolation.

Keywords: Anxiety, Autism.