



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université 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

Thème

L'anxiété chez les parents ayant un enfant autiste

**Etude de (04) cas réalisés au sein de l'association de prise en charge
d'enfant autiste A.D.E.A à Bejaia**

Elaboré par :

- Melle DJOUDI Amel
- Melle FELKAI Melissa

Dirigé par :

Mr. BELBESSAI Rachid

Année universitaire : 2022-2023

République Algérienne Démocratique Et Populaire
Ministère De L'Enseignement supérieure Et De La Recherche Scientifique
Université 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

Thème

L'anxiété chez les parents ayant un enfant autiste

**Etude de (04) cas réalisés au sein de l'association de prise en charge
d'enfant autiste A.D.E.A à Bejaia**

Elaboré par :

- Melle DJOUDI Amel
- Melle FELKAI Melissa

Dirigé par :

Mr. BELBESSAI Rachid

Année universitaire : 2022-2023

Remerciements

*Et voici le moment de mettre le point final à ce manuscrit et à ces
années d'étude au sein*

De l'université A. Mira de Bejaia.

*Et tout premier lieu, on tient à remercier le Dieu le tout-puissant
D'avoir guidé nos pas pour accomplir ce travail et de le mener à
terme.*

*On tient à remercier notre promoteur Mr, BELBESSAI Rachid,
D'avoir accepté de nous encadrer, on le remercie pour ces précieux
conseils*

Qui nous ont permis de travailler dans bonnes conditions.

Parallèlement, je témoigne d'une marque de reconnaissance envers

Les membres du jury pour avoir accepté d'évaluer ce travail.

*Finalement, on tient à remercier nos deux familles qui nous ont
soutenus,*

Et tous ceux qui se sont intéressés de près ou de loin à ce mémoire.

Dédicace

*C'est avec un énorme plaisir, et une immense joie que je dédie le fruit
de ce travail de fin de cycle en particulier :*

*À mes chères parents qui ont toujours été là pour moi, et qui m'ont
donné un magnifique modèle de labeur et de persévérance, je leurs dois
un grand merci et je leurs éprouve un sentiment de gratitude et
d'amour, merci pour votre soutien ainsi que votre encouragement
durant toute ma vie.*

*À toutes ma familles surtout mes frères : FAYEZ, ADEL pour leurs
encouragements permanents et leur soutien moral.*

À toute la promotion master 2 psychologie clinique 2022/2023

À tous mes amis et mes amies

À mon promoteur Mr BELBESSAI. Rachid

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

AMEL



Dédicace

Je dédie cet humble travail à :

Mes chers parents, que nulle dédicace ne puisse exprimer mes sincères sentiments, pou leur patience illimitée, leur encouragement, et leur aide, en témoignage de mon profond amour et respect pour les grands sacrifices. que dieu leur procure bonne santé et longue vie.

À mes très chers frères : YACINE, KOUCEILA et CHAMS-EDDINNE

À tous les membres de ma famille petits et grands.

À mon cher binôme AMEL pour son appartenance avec moi et à toute sa famille.

À mes très chères Amies.

À mon promoteur Mr BELBESSAI. R

À tous ceux qui souffrent de cette maladie.

À tous ceux que je porte dans mon cœur et que j'ai eu l'honneur de connaître.

Merci à tous

MELISSA 

Liste des abréviations

Abbreviations	Significations
ABA	Applied Behavioral Analysis
CIM-10	Classification internationale de la santé-10.
DSM-5	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques de l'association américaine de Psychiatrie.
APA	American Psychology Association.
ADEA	Association D'aide aux Enfants Autistes.
L'OMS	L'organisation Mondiale de la Santé.
TEACCH	Traitement et éducation des enfants atteints d'autisme et de trouble de communication.
TED	Trouble Envahissant du Développement.
TSA	Trouble de Spectre de L'autisme.

Table des matières

Remerciement

Dédicace

Liste des abréviations

Introduction générale

Cadre générale de problématique	04
---------------------------------------	----

La partie théorique de la recherche

Chapitre I : l'anxiété

Préambule.....	5
1 Définition de l'anxiété :	5
2 Aperçu historique:	5
3 Les différents niveaux d'anxiété :	6
3.1 L'anxiété légère :	6
3.2 L'anxiété modérée :	6
3.3 L'anxiété sévère :	7
4 Les formes d'anxiété :	7
5 Anxiété normale et pathologique :	8
6 Classification des troubles anxieux selon le DSMIV :	8
6.1 Une attaque de panique	9
6.2 La phobie sociale	9
6.3 La phobie spécifique	9
6.4 Le trouble obsessionnel compulsif	9
6.5 L'état des stress post-traumatique	9
6.6 Trouble anxieux généralisé	9
6.7 Le trouble anxieux non spécifique :	9
7 Les symptômes de l'anxiété :	10
8 Evaluation de l'anxiété :	11
8.1 L'échelle d'anxiété de Hamilton	12
8.2 L'échelle HAD	12
8.3 Le questionnaire des peurs	12
9 La prise en charge des troubles anxieux :	12

9.1	Traitement non médicamenteux :	12
9.2	Le traitement médicamenteux du sujet anxieux :	16
10	L'annonce de diagnostic d'autisme aux parents :	16
	Conclusion.....	16

Chapitre II : l'autisme

Préambule	17
1 Définition de l'autisme.....	17
2 Aperçu Historique :	18
3 La prévalence de l'autisme :	19
4 Signes et symptômes :	19
5 Les causes d'autisme	22
5.1 Facteurs de risque génétiques	23
5.2 Facteurs de risque environnementaux	23
6 Les types de l'autisme	23
6.1 Autisme infantile	23
6.2 Autisme atypique.....	24
6.3 Syndrome de Rett	24
6.4 Syndrome d'asperger	24
7 Les troubles associés de l'autisme	24
7.1 La surdité	25
7.2 L'Agitation	25
7.3 Trouble de langage	25
7.4 Retard mental	25
8 Le diagnostic de l'autisme	25
9 L'évaluation de l'autisme	26
9.1 L'évaluation clinique	26
9.2 L'examen médical.....	26
9.3 Le bilan psychomoteur.....	27
9.4 L'évaluation psychologique.....	27
9.5 L'évaluation du langage.....	27
10 Impact de l'autisme sur les parents	27
11 L'autisme et sa prise en charge	29
11.1 La prise en charge médicamenteuse	29

11.2.1 Le programme de Schopler	30
11.2.2 Le programme ABA.....	31
11.3 La prise en charge psychanalytique	31
12 La prise en charge institutionnelle en Algérie	32
Conclusion	33

La partie pratique

Chapitre III : méthodologie de la recherche

Préambule	35
1. La démarche de la recherche	35
1.1 La pré-enquête.....	35
1.2 La méthode clinique	36
1.3 Etude de cas	37
2. Présentation de lieu de recherche.....	37
2.1 Le nombre de personnel	38
2.2 Population d'étude	38
2.3 Tableau représentant les caractéristiques de la population d'étude	39
3. les outils de la recherche.....	40
3.1 l'entretien de recherche	40
3.2 Le guide d'entretien	41
4. L'application de guide d'entretie.....	41
5. L'inventaire de l'anxiété de Beck	42
Conclusion	46

Chapitre IV : Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Préambule	48
I. Présentation et analyses des cas.....	48
1. Présentation et analyse de Parents d'enfant autiste nommé « Achour ».....	48
1.1 L'analyse de l'entretien clinique	48
1.2 L'analyse d'inventaire d'anxiété des parents d'enfant nommé « Achour ».....	50
2. Présentation et analyse des Parents de l'enfant autiste nommé « Karim ».....	52
2.1 L'analyse de l'entretien clinique.....	52

2.2	L'analyse d'inventaire d'anxiété des parents d'enfant nommé « Karim ».....	54
3	Présentation et analyse parents des deux enfants autistes nommés « Adel » et « Amine ».....	56
3.1	L'analyse de l'entretien clinique.....	56
3.2	L'analyse de l'inventaire d'anxiété des parents de deux enfants nommés « Amine » et « Adel ».....	59
4	Présentation et analyse des Parents de l'enfant autiste nommé « Badredinne ».....	61
4.1	L'analyse de l'entretien clinique.....	61
4.2	L'analyse d'inventaire d'anxiété des parents d'enfant nommé « Badredinne ».....	63
II.	Discussion des hypothèses	65

Conclusion générale

Références bibliographiques

Annexes

Introduction Générale

Introduction :

Des milliers d'enfants naissent partout dans le monde, c'est un heureux événement pour toutes la famille, mais malheureusement certains d'eux sont bouleversés et le sourire s'efface de leur visage dès qu'il remarque que le développement de leurs enfant est différent des autres car ils sont porteurs des troubles handicaps ou des maladies plus au moins grave qui sont l'origine de la souffrance.

Parmi ces troubles on cite l'autisme qui est considéré comme un repliement 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 schizophrénies. **(Sillamy.N, 2009, p,31)**

L'autisme est un trouble développemental débutant avant l'âge de 3 ans qui se caractérisent par un repli excessif sur soi-même, manque de communication et des troubles de comportements. En effet, il entraine un véritable handicap plusieurs spécialistes, elle est donc pluridisciplinaire tel que pédopsychiatre, psychologue, orthophoniste, psychomotricien, et éducateurs pour une prise en charge, la famille doit être impliquée. C'est un véritable travail d'équipe.

La naissance d'un enfant qui présente un trouble autistique est souvente, une situation de grande changements suscitant un risque pour les parents de développer une détresse psychologique s'accroît passablement et un isolement social .L'ensemble des études qui ont mesuré l'état de santé des parents d'enfants autistes démontrent qu'ils vivent plus d'anxiété et ont une perception plus négative de leurs compétences parentales.

Nous allons toute au long de notre analyse nous intéressé plus particulièrement a l'anxiété chez les parents ayant un enfant autiste .Le but de notre recherche est d'explorer leur niveau l'anxiété et les effets psychologiques détresse vécue par les parents d'enfants vivant avec différents types de invalidité.

Pour atteindre notre objectif nous avons adopté un plan de travail qui comprend les éléments suivants :

Une introduction générale, une problématique qui comporte les hypothèses, les objectifs de la recherche, des définitions théoriques, des concepts clés et leurs opérationnalisations.

Une partie théorique qui contient deux chapitres, le premier chapitre est consacré pour l'anxiété, sa définition, l'histoire, les formes de l'anxiété, l'éthologie, sa sémiologie, pour enfin conclure avec une prise en charge. Et le deuxième chapitre appartient à l'autisme, la définition,

son histoire, signes et symptômes, les causes, les types, les troubles associés, le diagnostic impact de l'autisme sur les parents pour enfin terminer avec la prise en charge.

Pour la partie pratique contient ainsi deux chapitres, le premier chapitre, on a présenté la pré-enquête, les méthodes utilisées, la présentation de lieu de recherche, les caractéristiques de groupe de recherche et les techniques utilisées dans la réalisation de notre recherche. Le second chapitre contient la présentation des quatre (04) parents et leurs analyses et la discussion des hypothèses.

Enfin, on va clôturer notre recherche par une conclusion générale.

Problématique

L'autisme est reconnu au niveau international comme une pathologie lourde, handicapante qui débute à un âge précoce d'origine génétique, neurologique, biologique ou biochimique qui constitue un handicap multifactoriel et ses conséquences vont se prolonger sur les différents aspects de la vie familiale. L'apparition d'un autisme chez un enfant menace grandement l'homéostasie du système familial et leurs qualités de vie.

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, p.78)**

En Algérie, Il n'y a pas de données précises mais environ 39000 autistes ont été recensés selon le ministère de la solidarité nationale. **(Ziani-Bey, 2016)**

La naissance d'un enfant avec un handicap ou présentant un retard de développement, ou recevant un diagnostic confirmant son handicap est vécue comme un changement bouleversant la vie des parents du fait de son impact sur l'image du couple et sur leur vie.

Comme nous avons pu le constater, les troubles envahissants du développement sont caractérisés par différentes manifestations qui peuvent avoir un impact important sur le quotidien de l'enfant ainsi que sur sa famille. Face à ce trouble de leurs enfant les parents sont confrontés à mener une nouvelle vie différente à celle des autres parents ayant un enfant normal. Ainsi cela affecte sur la vie des parents qui se trouve dans une situation délicate, un quotidien perturbé, un mode de vie déséquilibré.

Dans ce cas, nous pouvons dire que la présence d'un enfant autiste au sein d'un foyer familial peut engendrer une certaine désorganisation du fonctionnement du processus familial. La vie relationnelle et professionnelle et aussi conjugale du couple renvoie à un changement dans leur vie qui peut provoquer certains troubles comme l'anxiété qui est la question fondamentale de notre étude.

L'anxiété peut être définie comme un état émotionnel vécu comme une expérience subjective de la peur ou d'une émotion proche de cette dernière. Elle est désagréable, négative, dirigé vers

le futur, elle est parfois exagérée par rapport à la menace et inclut des symptômes corporels subjectifs et manifestes

Selon la définition de l'OMS, l'anxiété est un : « sentiment d'un danger imminent indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi, voire d'anéantissement ».

L'anxiété est une émotion caractérisée par l'ambiguïté ou l'incertitude : elle est transversale à la plupart des troubles pathologiques, d'un comportement addictif, d'un conflit intrapsychique ou de la difficulté à interpréter les événements ». **(Graziani, P.2003)**

Toutes ces difficultés amènent les parents de ces enfants à vivre au quotidien des situations particulièrement douloureuses ce qui provoque chez eux un état de stress et un malaise psychique lié à un manque de communication et de compréhension et aussi lié aux troubles de sommeil et des crises d'agitations et d'épilepsie de leurs enfants, qui entraîne un bouleversement dans le rythme de la vie familiale. Particulièrement leurs mères, certaines études comme celle de (Cox A, 1975, Wolf I.C, 1991) qui ont montré une plus grande fréquence des dépressions lors de la survenu de l'affection de l'enfant chez les mères d'enfants autistes comparativement aux mères d'enfants retardé mentaux **(Ferreri, M. 1999, p. 92)**.

Les recherches sur les familles ont constamment démontré que les parents d'enfant autiste ressentent plus de l'anxiété, son plus déprimés et souffrent davantage de difficultés de santé mental que les parents d'enfants ayant d'autre types de handicap ou aucun handicap.

Cependant, moins d'attention a été accordée à l'analyse des stratégies d'adaptation utilisées par ces parents pour affronter les difficultés qui conduisent à l'anxiété et leurs besoins à combler pour le diminuer.

Il est donc très important, pour répondre adéquatement aux besoins des enfants et de leurs parents, de bien comprendre ce qu'ils vivent lorsqu'ils assument la garde d'un enfant souffrant d'autisme. La présente étude vise donc à identifier quelles sont les difficultés vécues par ces parents et les impacts de celles-ci sur leur vie.

Concernant la raison principale qui nous a incités à choisir cette thématique l'autisme est un handicap mal connu, mais qui est en perpétuel augmentation. Les études réalisées en Algérie sur la fréquence de l'autisme demeurent insuffisantes. C'est ce qui nous a poussés à nous réaliser

sur cette recherche pour savoir dans quelle mesure les parents traitent leur enfant autiste et leur degré d'anxiété face à cette pathologie.

Notre objectif dans cette recherche est de vérifier notre problématique à travers les hypothèses de recherche en posant les questions suivantes :

1-Est ce que les parents ayant un enfant autiste développent t'ils une anxiété ?

2- quel degré d'anxiété présent-ils les parents d'un enfant autiste ?

Les Hypothèses :

Pour répondre à la question de cette recherche, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

1- les parents ayant un enfant autiste peuvent développer une anxiété.

2-Les parents ayant un enfant autiste souffrent d'une anxiété à des degrés différents d'un cas à un autre

Les objectifs de recherche :

Nous avons choisi ce thème « **l'anxiété chez les parents ayant un enfant autiste** » par rapport à son importance. Car c'est un thème d'actualité qui permet d'apporter quelques choses de nouveaux.

Nous pouvons résumer l'objectif de notre étude dans quelques points :

- Les difficultés qu'engendre la prise en charge d'un enfant atteint d'autisme chez les parents
- Identifier les besoins à combler qui contribueraient à réduire leur anxiété.
- Le degré de l'anxiété chez les parents d'enfants autistes

Définition et opérationnalisation des concepts clés :

1-Définition du concept « Autisme »

L'autisme est un trouble envahissant du développement qui implique une altération qualitative du développement de la personne sur le plan des interactions sociales, de la communication, des comportements et intérêts stéréotypés, qui s'accompagnent le plus souvent d'un retard global des acquisitions (motricité, parole, propreté, apprentissage).

L'opérationnalisation du concept « Autisme » :

- Stéréotypé.
- Hyperactivité.
- Altération des relations sociales.
- Comportements répétitifs.
- Difficultés de concentration et de communication.

2-Définition du concept « Anxiété »

C'est un trouble émotionnel qui se manifeste par un sentiment d'insécurité. il se caractérise par un sentiment d'appréhension, de tension, de malaise, de terreur face à un péril de nature indéterminée.

L'opérationnalisation du concept « anxiété » :

- Sentiment d'insécurité.
- Sentiments d'inquiétude.
- Colère.
- Crainte.
- Peur.
- Irritabilité.

Chapitre I :

L'anxiété

Préambule :

L'anxiété est présente chez tous les individus, elle peut nous pousser à être créatifs sous pression, nous avertir d'un danger ou nous inciter à l'action en situation de crise. Et peut aussi nous paralyser.

Souvent ressentie comme désagréable, elle apparaît en réponse à un danger ou une situation potentiellement inquiétante. L'anxiété a des effets sur notre état physique et émotionnel et touche tous les aspects de notre vie. En général, elle joue un rôle important en ce qui concerne notre survie.

1 Définition de l'anxiété :

1.1 L'anxiété est un état émotionnel qui possède la qualité subjectif expérimentée de la peur ou d'une émotion très proche. Elle est désagréable, négative, diriger vers le futur, parfois exagérée par rapport à la menace, et inclus les symptômes corporels subjectif et manifestes. (**Graziani, P.2003,p,53**)

1.2 L'anxiété se défini comme «un état psychologique et physiologique caractérisé par des composants somatique, émotionnels, cognitives, et comportementaux. En l'absence ou présence de stress psychologique, l'anxiété peut créer des sentiments de peur, d'inquiétude, dedifficulté et decrainte». (**Ferreri ,M.1998, p,09**)

1.3 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 ». (**Famose, 1993**).

2 Aperçu historique:

L'anxiété était déjà décrite dans l'antiquité. Hippocrate, inventeur de la médecine moderne, désignait par « ancho » la sensation physique de serment, et par « argon » l'anxiété psychique. Aussi, il semble que ce n'est pas qu'au xix siècle que l'anxiété a pu être abordé plus spécifiquement, le philosophe Danois Kierkegaard, conçoit l'angoisse comme inhérente à la condition humaine, moteur de questionnement métaphysique. Depuis, certain philosophes ont

continué à réfléchir et à penser à l'angoisse en arrivant à des conceptions parfois déférente. La réflexion médicale et psychologique sur l'angoisse ne commence qu'à la fin du xix siècle. De Costa(1871) individualise le « cœur irritable », qu'il considère comme une affection nerveuse, dans une optique purement médicale. Elle n'était en fait qu'un isolat des symptômes cardio-vasculaires de l'anxiété tels que nous étudierons plus loin.

De puis de Costa, de nombreux successeurs ont continué à distinguer de façon plus ou moins radicale des tableaux, purement somatique dont nous savons pourtant les réelles interactions avec le fonctionnement psychique. Quelques années après de Costa, Freud (1895) conférait à l'angoisse une place centrale dans le fonctionnement psychique humain. (Guy, 1993, p, 37) Ses théories sont complexes et sur certains points contradictoires. Les continuateurs de Freud se sont peu intéressés de manière spécifique à l'angoisse chez l'adulte, s'attachant d'avantage a en repérer la dimension structurante lors de développement de l'enfant. Ce n'est en effet que dans les années (1960), que la réflexion psychiatrique dans ce domaine s'est réactivée avec la découverte des tranquillisants de la classe de benzodiazépines, les premières publications sur les attaques de paniques et les controverses qui en sont nées. Les années (1970) ont été essentiellement marquées par la découverte de l'existence de récepteurs cérébraux aux benzodiazépines (1977). Enfin la parution de DSM III provoque depuis une dizaine d'année une intense réflexion sur les troubles anxieux. Ces derniers paraissent en effet des terrains de confrontation importants, ou la question de la validité de la référence analytique et particulièrement posée. (Guy, B. 2005, p,38)

3 Les différents niveaux d'anxiété :

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

3.1 L'anxiété légère :

Il s'agit du niveau d'anxiété le plus courant. Presque tout le monde souffre d'une légère anxiété à un moment donné de sa vie. Les situations susceptibles de déclencher une anxiété légère comprennent les examens, l'attente des résultats d'un test ou le retard à un rendez-vous important. L'anxiété légère ne dure pas très longtemps, et les gens ont tendance à s'en remettre rapidement. (<https://www.neuraxpharm.com/fr/troubles/anxiete#> consulté le 20 /02/2023)

3.2 L'anxiété modérée :

Une personne présentant un niveau d'anxiété modéré a des symptômes plus fréquents ou plus persistants que celle qui présente une anxiété légère. Les symptômes psychologiques de l'anxiété modérée comprennent la nervosité, l'incapacité à se détendre et l'inquiétude excessive. Les symptômes physiques peuvent inclure des étourdissements, des sueurs et des bouffées de chaleur, des nausées, un mauvais caractère et des douleurs musculaires. Les personnes souffrant d'une anxiété modérée peuvent en être perturbées dans leur vie quotidienne, ce qui conduit à des niveaux d'anxiété plus sévères.

(<https://www.neuraxpharm.com/fr/troubles/anxiete#> consulté le 20 /02/2023 à 10h)

3.2 L'anxiété sévère :

Ce niveau d'anxiété est très handicapant. Les symptômes liés à l'anxiété sévère sont permanents. Ils comprennent notamment l'accélération du rythme cardiaque, le sentiment de panique, la nervosité, un comportement inhabituel, la colère et l'éviction sociale. Les symptômes d'anxiété sévère peuvent empêcher les gens de travailler ou de vaquer à leurs occupations quotidiennes. Parfois, les personnes souffrant d'anxiété sévère se tournent vers l'alcool ou les drogues pour gérer leurs symptômes. L'aide d'un spécialiste est nécessaire pour les personnes souffrant d'anxiété sévère .

(<https://www.neuraxpharm.com/fr/troubles/anxiete#> consulté le 20 /02/2023 à 10h)

4 Les formes d'anxiété :**4.1 L'anxiété état :**

L'état d'anxiété est la réponse comportementale dérivant de la perception d'une menace, cette émotion naît avec la perception de la menace et disparaît avec cette menace. (Bouvard ,M et Couttraux, J. 2002).

4.2 L'anxiété trait :

Est une dimension de la personnalité qui se réfère à des différences inter individuelle stables dans la propension à l'anxiété, c'est-à-dire à des différences dans la tendance à percevoir les situations aversives comme dangereuse ou menaçantes et à répondre par une élévation de l'intensité des réactions d'anxiété état. (Bruchon -Schweitzer,M . 2001, p,284)

Est une caractéristique individuelle, apparemment innée, qui se manifeste à son tour de deux façons qui sont les suivantes :

La prédisposition à éprouver des états de peur en présence de stimulus qui, pour d'autres individus, sont moins fortement anxiogènes, voire pas anxiogènes du tout et la prédisposition à développer des peurs conditionnelles à l'égard de stimulus qui ne sont pas par eux-mêmes directement anxiogènes. Un niveau élevé d'anxiété trait est réputé avoir un caractère pathologique. (**Le grand dictionnaire de la psychologie Larousse. 2011, p, 70**)

5 De l'anxiété normale à l'anxiété pathologique :

Nous avons vu que l'anxiété fait partie de la perception d'une situation comme stressante. L'anxiété devient génératrice de stress : l'hypovigilance et l'anticipation du danger mettent le sujet en constante alerte à la recherche de la présence d'hypothétiques stressés.

Le stress s'accompagne d'anxiété et un sujet anxieux repère plus facilement les stressés, les situations anxiogènes deviennent presque une catégorie de situations stressantes. Si dans le stress, le sujet s'est dépassé par la confrontation avec l'environnement, alors la présence de l'anxiété signale la mise en danger du sentiment du contrôle du sujet. (**Graziani, P. 2008, p,34**)

Dans l'anxiété pathologique, les composantes autonomes décrites ci-dessus ont exacerbées et peuvent prendre, par exemple dans l'anxiété généralisée, un caractère plus durable.

L'anxiété pathologique ; a également des composantes comportementales, inhibant l'action du sujet ou l'incitant à éviter de nombreuses situations, et des composantes cognitives, l'amenant à sous-estimer ses capacités réelles, si bien qu'elle est souvent en rapport avec des affects dépressifs. (**Boch, Depretet al. 2002, p,73-74**)

L'anxiété normale ou pathologique est un ensemble de réactions émotionnelles qui se traduisent habituellement par des symptômes subjectifs ou somatiques ou psychiques, par des modifications comportementales et par des signes physiologiques objectifs, « le malaise anxieux » se caractérise par divers troubles : attitudes, représentations, pensées centrées sur des thèmes désagréables (échec, mort, peur, ...etc.) ; attentes et sentiments de menaces diffuses ou de danger ; souffrance comportementale (troubles psychomoteurs ; pleurs ; sursaut ;etc.) ; troubles de l'humeur : (irritabilité, plaintes..... etc.) ; et enfin souffrance somatique (troubles neurovégétatifs, troubles de sommeil,etc.). (**Bruchon-Schweitzer. 2002, p,186-187**)

6 Classification des troubles anxieux selon le DSMIV :

Le DSM-IV classe la pathologie anxieuse en plusieurs entités distinctes :

6.1 Une attaque de panique : Est une période bien délimitée marquée par l'occurrence soudaine d'une appréhension intense, d'une peur ou d'une terreur souvent associée à des sensations de catastrophe imminent. Durant ces attaques sont présents des symptômes tels que des sensations de « souffle coupé », des palpitations, des douleurs ou une gêne thoracique, des sensation d'étranglement ou des impression d'étouffement et la peur de devenir « fou » ou de perdre le contrôle de soi.

6.2 La phobie sociale : Est caractérisée par une anxiété cliniquement significative provoquée par l'exposition à un certain type de situations sociales ou de situations de performance, conduisant souvent à un comportement d'évitement notamment rencontrer des gens, entamer une conversation, parler au téléphone, faire du shopping ou travailler.

6.3 La phobie spécifique : Est caractérisée par une anxiété cliniquement significative provoquée par l'exposition à un objet ou une situation spécifique redoutée, conduisant souvent à un comportement d'évitement.

6.4 Le trouble obsessionnel compulsif : Est caractérisée par des obsessions (entraînant une anxiété ou une souffrance marquée) et/ou par des compulsions (qui servent à neutraliser l'anxiété).

6.5 L'état des stress post-traumatique : Est caractérisée par la reviviscence d'un événement extrêmement traumatique, accompagné des symptômes d'activation neurovégétative et par l'évitement des stimuli associés au traumatisme.

6.6 Trouble anxieux généralisé : Affection chronique qui provoque chez les personnes concernées des sentiments récurrents d'anxiété face à un large éventail de problèmes ou de situations de la vie quotidienne. Ces symptômes psychologiques et physiques varient d'une personne à l'autre, mais peuvent inclure une inquiétude, des difficultés de concentration ou de sommeil, des vertiges et des palpitations cardiaque.

6.7 Le trouble anxieux non spécifique : Cette catégorie comprend des troubles caractérisés par une anxiété ou un événement phobique prononcés qui ne remplissent pas les critères d'un

trouble anxieux spécifique, d'un trouble de l'adaptation avec anxiété ou d'un trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive. (DSM. 2005, p,462)

7 Les symptômes de l'anxiété :

Le corps réagit à l'anxiété en libérant des hormones de stress comme l'adrénaline et le cortisol. Ces hormones mettent les personnes anxieuses dans un état d'alerte élevé, comme si elles devaient faire face à d'éventuelles menaces et répondre à une situation de combat-fuite. Par conséquent, certains symptômes courants de l'anxiété sont les suivants :

7.1 Au niveau mental :

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

(<https://www.neuraxpharm.com/fr/troubles/anxiete#> consulté le 20/02/2023 19h)

7.2 Au niveau physique :

- Un rythme cardiaque rapide, irrégulier (palpitations).
- Respiration rapide
- Essoufflement
- Étourdissements ou vertiges
- Sécheresse buccale
- Transpiration ou bouffées de chaleur
- Crampes à l'estomac ou nausées

- Maux d'estomac
- Tremblements ou convulsions
- Besoin fréquent d'aller aux toilettes
- Incapacité à rester immobile
- Maux de tête
- Douleurs et tensions musculaires
- Fourmillements

(<https://www.neuraxpharm.com/fr/troubles/anxiete#>consulté le 20 /02/2023à 19h)

8 Evaluation de l'anxiété :

L'évaluation de l'anxiété peut être réalisée par l'utilisation d'échelles d'évaluation. En effet, il en existe plusieurs, mais le choix se fonde essentiellement sur les qualités psychométriques (Graziani, P,2003). Nous présenterons les échelles les plus utilisés:

8.1 L'échelle d'anxiété de Hamilton (HAMA) : comprend 14 items qui couvrent la totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique, musculaire et viscérale, les troubles cognitifs et du sommeil, l'humeur dépressive enfin dont la présence peut sembler discutable au sein d'une échelle spécifique.(Graziani,P.2002, p,94)

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

8.3 Le questionnaire des peurs (Cottraux) : est un instrument empiriquement valide, fidèle et sensible aux changements thérapeutiques. Il mesure les phobies et principalement l'agoraphobie. Son regroupement en trois classes de phobies se superpose à la classification du DSM-III : agoraphobie, phobie sociale et phobie simple, dont il permet une évaluation multidimensionnelle qui va des sujets normaux aux troubles anxieux majeurs. (Graziani, P. 2002, p. 94)

9 La prise en charge des troubles anxieux :

9.1 Traitement non médicamenteux :

9.1.1 Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) :

Parmi les approches thérapeutiques qui s'occupent de la prise en charge de l'anxiété et les troubles anxieux, la thérapie comportementale et cognitive (TCC) sont aujourd'hui le traitement qui a montré la plus d'efficacité ; les TCC se sont construites sur la base des résultats obtenus par la recherche en psychologie expérimentale. Elles représentent l'application de la psychologie scientifique et de méthodologie expérimentale à la psychothérapie. (Cottraux, J. 1990)

Les TCC est un traitement qui combine des éléments issus des thérapies comportementales qui se basent sur les théories de l'apprentissage et axées sur le changement de comportement où le patient apprend à se libérer des mauvais comportements, tel que le comportement d'évitement dans des situations déclenchant l'anxiété ; et à les remplacer par un comportement adéquat. Son objectif essentiel est de faire apprendre au patient comment endiguer les pensées négatives qui entretiennent ou aggravent l'anxiété.

9.1.2 La relaxation

La relaxation est une réponse physiologique anatomique de celle de l'angoisse, il est difficile de concevoir des stratégies de gestion de l'anxiété qui n'intégreraient pas sous une forme ou une autre, ce type de méthode, elle n'est pas innée, et s'acquiert par la pratique régulière et l'utilisation adéquate de l'une des nombreuses techniques existantes : training autogène, relaxation musculaire progressive, etc. le but de la relaxation est d'apprendre au sujet à déclencher volontairement une réponse physiologique spécifique qui neutralise les effets indésirables de l'anxiété. Les effets physiologiques de la relaxation font suite à des actions combinées du système nerveux autonome, du système hormonal et du cortex cérébral, qui

s'expriment dans une réponse généralisé. Ces effets sont les suivant :

- Diminution de rythme respiratoire.
- Diminution de rythme cardiaque.
- Diminution de la pression artérielle.
- Diminution du flux sanguin vers les muscles.
- Diminution des vaisseaux sanguins périphériques.
- Diminution de la transpiration.
- Augmentation de la l'élimination salivaire.
- Stabilisation de la motilité gastrique.

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

Deux types de relaxations ont essentiellement utilisés en pratique :

9.1.1.1 Le training autogène :

L'état de relaxation induit par cette technique se caractérise par:

- Une détente musculaire.
- Une dilatation des vaisseaux sanguins et extrémité des membres.
- Un ralentissement respiratoire et cardiaque.
- Une détente abdominale.
- Une fraîcheur ressentie au niveau du front.

Cet état est atteint par étape successives, au fil des séances, en travaillant sur chacun des éléments cités.

Le sujet est installé soit en position allongée, soit en position assis sur un fauteuil ou une chaise. Il se concentre à la fois sur des instructions verbales (par exemple ; votre bras droit est lourd), des représentations mentales (par exemple ; imaginer son bras droit comme étant en plomb), et les sensations corporelles qui découlent, témoins des changements physiologiques (par exemple ; la lourdeur du bras droit).

L'état de relaxation induit par cette technique s'acquiert en quelques mois, à raison d'une à deux séances par semaine avec le praticien, associée à une pratique quotidienne chez soi. (Graziani ,P.2008,p,117)

9.1.2.2. La relaxation musculaire progressive :

Cette forme de relaxation est particulièrement indiquée pour les sujets ayant des difficultés à s'abandonner passivement à la technique précédente, et préférant une technique plus active.

Les exercices consistent à faire alterner la contraction et la détente de groupes musculaires :

Le sujet contracte fortement un groupe de muscles et se concentre sur les sensations physiques de tension ; il relâche ensuite et détend progressivement les muscles et se concentre de la même façon sur la sensation de détente musculaire. Successivement, différents groupes musculaires sont abordés, en général dans l'ordre suivant : bras, avant-bras, épaule, cou, mâchoires, yeux, front, dos, thorax, abdomen, fesses, jambes, mollets.

L'ensemble des exercices, pour chaque groupe musculaire, dure environ quinze minutes. Au début, une période d'apprentissage, il est nécessaire de pratiquer une à deux fois par jour la totalité de ces exercices, en faisant alterner contraction et détente. Progressivement, le sujet apprend à obtenir une détente des muscles en ayant de moins en moins recours à la phase initiale de contraction. (Palazzolo, J. 2007, p, 67-68)

9.1.2 Les autres méthodes :

Les autres méthodes (telles que la relaxation psychologique : relaxation psychodynamique, hypnose... ; la relaxation philosophique : yoga, méditation transcendantale...) trop complexes sont peu utilisées, elles nécessitent un apprentissage long et sont orientées vers d'autres buts, même si elles comportent une composante physiologique. (Palazzolo, J. 2007, p, 66-68)

9.2 Le traitement médicamenteux du sujet anxieux :

9.2.1 Les benzodiazépines :

Les benzodiazépines sont un groupe de médicaments fréquemment utilisés dans le traitement des troubles anxieux. Elles ont un effet sédatif, un effet myorelaxant, un effet anticonvulsivant et un effet amnésiant (entraînant une amnésie essentiellement antérograde). Elles entravent par ailleurs la coordination motrice. De plus, elles potentialisent sérieusement l'action sédatif de l'alcool. (Palazzolo, J. 2007, p, 71)

9.2.2 La buspirone (Buspar) :

La buspirone est principalement indiquée dans le traitement de l'anxiété généralisée. Elle est cependant peu utilisée en raison d'un effet anxiolytique modéré et long à atteindre de

la mémoire ou de l'équilibre, ne potentialise pas les effets de l'alcool. Elle ne provoque pas d'accoutumance, et le traitement peut être interrompu sans provoquer de symptôme de sevrage. Ce médicament est généralement bien toléré. (Palazzolo, J. 2007, p, 71-73)

9.2.3 Les Etifoxine (Stresam) :

L'etifoxine est indiquée dans les manifestations somatiques de l'anxiété, principalement pour tout ce qui concerne la sphère cardiovasculaire (tachycardie). Elle l'entraîne pas de dépendance, ni d'accoutumance, ni d'effet rebond. L'effet recherché est une action régulatrice neurovégétative. (Palazzolo, J. 2007, p, 73)

9.2.4 Les beta-bloquants :

Ils sont principalement utilisés pour réduire certaines des symptômes physiques de l'anxiété, comme la tachycardie, la transpiration et les tremblements, et pour contrôler l'anxiété dans des situations de stress social. Ils sont souvent prescrits chez des individus atteints de la phobie sociale. (Palazzolo, J. 2007, p, 73 -74)

10 L'annonce de diagnostic d'autisme aux parents :

L'annonce d'un diagnostic d'autisme provoque un véritable bouleversement dans la vie des parents, qui s'inquiètent pour l'avenir et ont à s'adapter à un enfant « différent ». Cette annonce est habituellement vécue comme une source de stress par les parents, mais les difficultés qu'ils vivent au quotidien ne se limitent pas au choc du diagnostic ni à l'adaptation qui s'ensuit. En effet, ils sont appelés à jouer un rôle majeur dans l'accompagnement de leur enfant. Dans certains cas, qui ne sont malheureusement pas rares, ils peuvent avoir à garder leur fils ou leur fille à la maison faute de solutions de prise en charge adaptée et leurs tâches parentales deviennent alors plus lourdes, avec des risques d'épuisement quand l'enfant présente des déficiences importantes ou des troubles associés du comportement.

Comme tous les autres parents, ceux ayant un enfant avec TSA jouent un rôle naturel et essentiel dans l'éducation de leur enfant, mais ils sont aussi des acteurs majeurs de sa prise en charge et de son accompagnement. Pour cette raison, il est primordial que les professionnels chargés des interventions les fassent participer à la prise en charge et partagent régulièrement avec eux la connaissance et la compréhension qu'ils ont de leur enfant. Des échanges réguliers avec les parents sont nécessaires pour faire le point des besoins de leur enfant, partager les mêmes buts, approches et objectifs éducatifs ou thérapeutiques, et favoriser la généralisation

des habiletés qu'il a développées dans le cadre d'interventions spécialisées. (Amara, B et al 2015)

Conclusion :

L'anxiété constitue un état psychologique particulièrement utile à l'adaptation et la survie de tout individu, en revanche, les troubles anxieux constituent des formes pathologiques altérant la qualité de vie de chaque être humain. Pour cela une prise en charge doit se faire immédiatement, plusieurs techniques sont à la portée du patient. Soit par le biais des médicaments et ou par la prise en charge non médicamenteuse telle que la relaxation, les thérapies cognitives...etc

Préambule :

L'autisme constitue sans nul doute aujourd'hui la question la plus controversée du champ de la recherche clinique. De plus, la réflexion sur ce thème a immédiatement des implications qu'on peut qualifier de politiques, au sens aristotélicien du terme, dans la mesure où elle a des conséquences très importantes au niveau du type de prise en charge qui va être alors socialement proposé.

1 Définition de L'autisme :

L'autisme est un trouble grave du développement qui se manifeste sous divers aspects, en général avant l'âge de trois ans. Les personnes atteintes de troubles du spectre autistique présentent des caractéristiques cliniques dans trois domaines qu'on appelle également la triade autistique : altérations qualitatives des interactions sociales réciproques, des modalités de communication, et un répertoire d'intérêts restreint, stéréotypé et répétitif, les personnes atteintes d'autisme souffrent de graves troubles dans les relations et la communication. Elles ont des difficultés à entrer en contact avec l'autre. (Julien et Langlois. 2009, p,09)

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

1.1. 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 schizophrénies ». (Sillamy, N. 2003, p, 31)

1.2. Selon le DSM-5 : « 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 ». (Rebillard, & all. 2017, p, 45)

1.3. 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, p,222**)

D'après ces définitions nous remarquons, que l'autisme est l'un des troubles les plus complexe et sévère qui apparait généralement avant l'âge de trois ans. Qui se caractérise par plusieurs aspects qui peuvent toucher la communication, les interactions sociales, et plusieurs autres perturbations qui altèrent l'organisation et le développement de la personnalité.

2 Aperçu Historique :

En 1943, Léo Kanner, utilise le terme d'autisme pour décrire le repli sur soi-même. C'est l'expérience de l'isolement d'un groupe particulier de onze enfants qui a abouti à cette définition, La conception de ce trouble a beaucoup évolué depuis. L'autisme est actuellement conçu comme un trouble envahissant du développement dont il est le prototype, c'est-à-dire la forme la mieux décrite du point de vue des critères sémiologiques. Ce concept s'est beaucoup élargi avec le temps, menant à inclure sous ce terme des formes plus ou moins sévères du point de vue des symptômes et des troubles associés. La notion de spectre des troubles autistiques ou d'autismes est souvent utilisée pour rendre compte de la diversité des tableaux cliniques. Seule la moitié des enfants pour lesquels le diagnostic d'autisme est actuellement retenu répondent aux critères proposés par Kanner en 1943.

Cette évolution des critères a certainement contribué à l'augmentation de la prévalence de l'autisme constatée ces dernières années. L'autisme est intégré dans les classifications internationales parmi les troubles du développement, et le terme de troubles envahissants du développement est officiellement utilisé pour la première fois dans la DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual) en 1980. Le concept de TED se réfère à l'idée que les troubles de la socialisation et de la communication envahissent tous les aspects de la vie des enfants. (**Kanner. L, 1943, P, 217**)

Depuis la première définition de l'autisme par Kanner en 1943 et jusqu'à nos jours, les spécialistes n'ont eu de cesse d'affiner et d'améliorer leurs critères de diagnostic afin d'établir une classification consensuelle qui puisse être utilisée par toute la communauté scientifique et médicale. Trois échelles internationales de classification sont alors utilisées :

La CIM: La Classification Internationale des Maladies, diffusée par l'OMS (organisation mondiale de la santé), parle de TED (troubles envahissant du développement). Il s'agit d'un guide diagnostic fiable. Selon cette classification l'autisme est considéré comme un handicap

et non une maladie (World Health Organization, 2004). Sa 11ème version est en cours d'élaboration (CIM-11), une première version de la CIM-11 a été publiée et commentée au mois d'octobre 2016 et la version finale devrait être publiée en 2018.

Le DSM: Aujourd'hui, le guide diagnostique le plus utilisé en psychiatrie est le DSM, qui en est à sa 5ème édition. Il est le résultat du travail de l'American Psychiatric Association, (APA) dont l'expertise fait autorité à un niveau international.

3 La prévalence de l'autisme :

Les taux de prévalence varient d'une étude à l'autre allant de au cours des dernières années, la fréquence du trouble du spectre de l'autisme aux Etats Unis et dans les autres pays s'approche de 1% de la population avec des estimations comparables entre les échantillons d'enfants et d'adultes. **(DSM5,P,62)**

Actuellement, la prévalence avancée est de 10 à 16 cas pour 10 000 et de 60 pour 10 000 pour le spectre élargi, sans prise en compte du syndrome de Rett et du syndrome désintégratif de l'enfance **(Fombonne,E. 2005)**

Le sexe ration est en faveur des garçons : 4 garçons pour une fille. Il baisse en cas de retard mental associé (2 garçons pour une fille). Il survient souvent dans des familles de niveau professionnel élevé et l'intelligence supérieure.

4 Signes et symptômes :

4.1. Signes d'autisme :

L'âge du diagnostic de l'autisme et l'intensité des premiers signes de l'autisme varient considérablement. Certains nourrissons montrent des indices au cours de leurs premiers mois. Dans d'autres, les comportements deviennent évidents jusqu'à l'âge de 2 ou 3 ans.

Tous les enfants autistes ne présentent pas tous les signes. Beaucoup d'enfants non autistes en montrent quelques-uns. C'est pourquoi l'évaluation professionnelle est cruciale.

Les éléments suivants peuvent indiquer que votre enfant est à risque de développer un trouble du spectre autistique. Si votre enfant présente l'un des symptômes suivants, demandez immédiatement une évaluation à votre pédiatre ou à votre médecin de famille :

A 6 mois :

- Peu ou pas de grands sourires ou d'autres expressions chaleureuses, joyeuses et engageantes
- Contact visuel limité ou nul

A 9 mois :

- Peu ou pas d'échange de sons, de sourires ou d'autres expressions faciales

A 12 mois :

- Peu ou pas de babillage
- Peu ou pas de mouvements de va-et-vient tels que pointer, montrer, atteindre ou agiter
- Peu ou pas de réponse au nom

A 16 mois :

- Très peu ou pas de mots

A 24 mois :

- Très peu ou pas de phrases significatives de deux mots (sans compter l'imitation ou la répétition).

A tout âge :

- Perte de la parole, du babillage ou des compétences sociales déjà acquises
- Éviter le contact visuel
- Préférence persistante pour la solitude
- Difficulté à comprendre les sentiments des autres
- Développement du langage retardé
- Répétition persistante de mots ou de phrases (écholalie)
- Résistance aux changements mineurs de routine ou d'environnement
- Intérêts restreints
- Comportements répétitifs (battements, balancement, rotation, etc.)
- Réactions inhabituelles et intenses aux sons, odeurs, goûts, textures, lumières et/ou couleurs

4.2. Symptômes De L'autisme :

Les symptômes de l'autisme apparaissent habituellement avant l'âge de 30 mois et ils se caractérisent par des troubles sévères sur le plan des relations sociales, des troubles de la communication et des comportements stéréotypés ou répétitifs. (Gray, K. 2006)

Il est important de se rappeler que chacun vit l'autisme différemment. Comme tout le monde, les personnes autistes ont leurs propres forces et faiblesses, leurs préférences et leurs aversions.

Les personnes atteintes d'autisme partagent souvent certaines caractéristiques, qui peuvent être perceptibles à des degrés différents selon les individus.

De nombreuses personnes autistes ont des sensibilités sensorielles. Il s'agit généralement d'une sensibilité excessive ou insuffisante aux sons, aux lumières, au toucher, aux goûts, aux odeurs, à la douleur et à d'autres stimuli.

Les personnes atteintes d'autisme ont souvent des difficultés dans les domaines suivants :

- A. **Communication** : pour certaines personnes, le discours peut être limité, voire inexistant ; d'autres peuvent avoir de bonnes compétences linguistiques mais du mal à interpréter les éléments verbaux et non verbaux, tels que le ton de la voix et le langage corporel.
- B. **Interaction** : les personnes atteintes d'autisme ont souvent du mal à exprimer leurs émotions et à comprendre ce que ressentent les autres. Cela peut paraître insensible ou impoli et peut causer des problèmes lors de la création de liens d'amitiés avec d'autres personnes.
- C. **Sens très développés** : être trop ou pas assez sensible à la lumière, au son, au goût ou au toucher est également très courant. Cela peut rendre les situations quotidiennes difficiles, comme manger au restaurant ou faire des courses, à cause de détails tels qu'une musique de fond ou un éclairage trop fort.
- D. **Situations inhabituelles** : la routine est souvent importante pour les personnes autistes car elle les aide à donner un sens au monde. Cela peut se faire en mangeant les mêmes aliments, en empruntant les mêmes trajets ou en effectuant leurs activités quotidiennes dans le même ordre.

- E. Mouvements répétitifs** : des comportements tels qu'agiter les mains, se balancer ou utiliser un objet de manière répétitive (comme cliquer plusieurs fois sur un stylo) sont souvent utilisés pour faire face à des situations stressantes.
- F. Anxiété** : tout bouleversement des situations décrites ci-dessus (par exemple, des interactions sociales difficiles ou un changement de routine) peut provoquer de l'anxiété. Des études montrent que plus d'un tiers des personnes autistes ont de graves problèmes de santé mentale.
- G. effondrements** : il s'agit d'une réaction pour faire face à des situations qui les dépassent. Elle peut être verbale, comme crier et pleurer, ou physique, comme donner des coups de pied ou lancer des objets, ou une combinaison des deux. À l'inverse, certains autistes se paralysent complètement.
- H. Sommeil** : les enfants et les adolescents autistes ont souvent des troubles du sommeil, notamment des difficultés à s'endormir, des réveils réguliers pendant la nuit et des réveils très matinaux.
- I. Problèmes gastro-intestinaux (GI)** : certaines personnes atteintes d'autisme peuvent également avoir des problèmes gastro-intestinaux tels que des douleurs abdominales, de la constipation et de la diarrhée. (<https://www.neuraxpharm.com/fr/> consulté le 20 /02/2023 à 19h :03)

5 Les causes d'autisme :

Nous savons qu'il n'y a pas de cause unique à l'autisme la recherche suggère que l'autisme se développe à partir d'une combinaison d'influence génétique et non génétique ou environnementale

Ces influences semblent augmenter le risque qu'un enfant développe l'autisme. Toutefois, il est important de garder à l'esprit qu'un risque accru n'est pas synonyme de cause. Par exemple, certaines modifications génétiques associées à l'autisme peuvent également se retrouver chez des personnes qui ne sont pas atteintes de ce trouble. De même, les personnes exposées à un facteur de risque environnemental d'autisme ne développeront pas toutes ce trouble. En fait, la plupart ne le feront pas.

5.1 Facteurs de risque génétiques :

La recherche nous apprend que l'autisme a tendance à être héréditaire. Les modifications de certains gènes augmentent le risque qu'un enfant soit atteint d'autisme. Si un parent est porteur d'une ou plusieurs de ces modifications génétiques, celles-ci peuvent être transmises à l'enfant (même si le parent n'est pas atteint). D'autres fois, ces modifications génétiques apparaissent spontanément dans un embryon précoce ou dans le sperme et/ou l'ovule qui se combinent pour créer l'embryon. Encore une fois, la majorité de ces modifications génétiques ne causent pas l'autisme par elles-mêmes. Elles augmentent simplement le risque de développer ce trouble.

5.2 Facteurs de risque environnementaux :

La recherche montre également que certaines influences environnementales peuvent accroître ou réduire davantage le risque d'autisme chez les personnes génétiquement prédisposées à ce trouble. Il est important de noter que l'augmentation ou la diminution du risque semble être faible pour chacun de ces facteurs de risque :

5.2.1 Augmentation du risque

A. Complications liées à la grossesse et à la naissance (par exemple, grande prématurité avant 26 semaines, faible poids à la naissance, grossesses multiples jumeaux, triplés, etc.)

B. Grossesses espacées de moins d'un an.

5.2.2 Diminution du risque

A. Vitamines prénatales contenant de l'acide folique, avant et pendant la conception et tout au long de la grossesse.(<https://www.autismspeaks.ca/fr/>consulté le 11/03/2023 à 15h)

6 Les types de l'autisme :**6.1 Autisme infantile :**

Les manifestations varient selon le stade de développement et l'âge chronologique du sujet par une sévère altération des interactions sociales et une altération de la perception. L'enfant atteint peut ignorer les autres enfants, n'avoir aucune notion de besoin des autres. Les sujets atteints de ce trouble ont un mode de comportement restreint, répétitifs et stéréotypés. Ils ne sont souvent préoccupés que par un seul sujet. Ils peuvent passer leur temps à aligner un nombre précis de joués toujours dans le même ordre et aussi insister pour que les choses restent toujours

L'autisme 21 pareilles ou manifester une résistance et une détresse extrême à des changements mineurs de leur environnement. (Guelfi. J-D & all. 1995, p,359)

6.2 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 rempli 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, J. 2008,p,33)

6.3 Syndrome de Rett :

Trouble qui touche principalement les filles, il se caractérise par une période de développement normale ou presque normale, suivie d'une perte total ou partielle du langage et de la motricité fonctionnelle des mains, lié à un blocage de la boîte crânienne. le début de se trouble se situe entre 07 et 24 mois et se caractérise par une perte de la motricité et une apparition des mouvements stéréotypés des mains. (Rogé ,B. 2003, P,15)

6.4 Syndrome d'asperger :

Trouble du développement dans lequel se retrouvent des anomalies qualitatives des interactions sociales réciproques qui ressemblent à celles qui sont observées dans l'autisme. Les intérêts restreints et les activités répétitives, stéréotypées sont également présents. Par contre, le développement cognitif et le développement du langage sont de bonne qualité. Une maladresse motrice est souvent associée. (Rogé, B. 2003, p,15-16)

7 Les troubles associés de l'autisme :

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

7.1 La surdité :

La surdité est discutée devant l'absence apparente de réactions certaines stimulations auditives (notamment à la voix) et le retard de langage néanmoins, les enfants sourd ont en général une appétence pour la communication non verbale. **(Ould-taleb, M. 2015, p,118)**

7.2 L'Agitation :

L'agitation est un trouble du comportement, c'est un symptôme qu'il faut absolument restituer dans un contexte clinique afin d'y répondre de la façon la plus adaptée. C'est l'expression motrice, plus en moins turbulent et d sordonner qui réalise en acte dépourvus de plan réfléchit des pulsions instinctives et affectives variables selon les circonstances pathologiques où on l'observe. **(Quevauvilliers, J & all. 2009, p,34)**

7.3 Trouble de langage :

Dysphasique et autiste ont en commun le retard du langage, les troubles de la parole (expression et pour certains d'entre eux, des troubles de la compréhension des sons du langage oral). De plus, certains enfants dysphasiques peuvent développer secondairement des troubles de la relation sociale. Il y a donc des cas limites de diagnostic complexe. Mais le plus souvent, les enfants dysphasiques différent des enfants autistiques par leur capacité à communiquer par les gestes et les expressions. **(Ould-taleb, M. 2015, p,118)**

7.4 Retard mental :

Un retard mental (quotient intellectuel inférieur à 70) est associé à l'autisme dont 70 à 80% des cas.

Plus le QI est élevé, plus le pronostique et le potentiel évolutif sont favorables ; mais même si le QI est bas, l'enfant est capable de progresser. Il est quasiment constant de constater que le fonctionnement intellectuelle des enfants autistes est dit « hétérogène » ou « dysharmonique ». Cela signifie que les performances de l'enfant sont très déférentes d'un domaine intellectuel à un autre. Par exemple, il est classique de voir un enfant autiste réussir très bien à des épreuves visuo-spatial (puzzle, cubes...) est échouer complètement à des épreuves de vocabulaire ou de logique. Cette notion est importante. **(Clet-bieth , E & al. 2008, p,18)**

8 Le diagnostic de l'autisme :

L'autisme dans sa complexité et sa diversité clinique nécessite un diagnostic crucial pour tous les parents et professionnels qui vont avoir accompagner l'enfant au long de son développement, cette étape importante fait appel au divers outils d'évaluation complètement indispensables pour l'affirmer et le préciser dans les diverses dimensions , ce diagnostic qui permet de renseigner sur la nature même du syndrome constitue la Pierre angulaire de ce processus évaluatif.(**Tardif, C ,Gepner, B. 2003**)

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

9 L'évaluation de l'autisme :

9.1 L'évaluation clinique

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

9.2 L'examen médical

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

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

9.3 Le bilan psychomoteur

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

9.4 L'évaluation psychologique

L'évaluation du niveau de développement de l'enfant afin de préciser les capacités intellectuelles, perceptives, motrices, et linguistiques de l'enfant. Il existe des épreuves d'intelligence non verbale et verbale, de développement du langage, de la communication, de la mémoire visuelle auditive, et l'organisation spatiale temporelle ce constat est essentiel pour le diagnostic différentiel, le suivi et l'élaboration de programmes thérapeutiques et éducatifs. Dans le cadre de l'examen psychologique, le psychologue dispose d'échelles d'observation permettant de décrire finement une symptomatologie comportementale dans les domaines variés tels que le mode de contact avec son entourage, l'utilisation des objets... On rajoute aux tests psychométriques classiques un nouveau test construit par SCHOPLER et REICHLER en (1980), la psycho éducationnelle profil (PEP). (Sauvage, D. 1991, p,162)

9.5 L'évaluation du langage

De nombreux tests différents existent et le choix dépendra de l'âge et des capacités de la personne avec autisme. Cependant, nombre de ces tests de langage n'ont qu'un champ d'évaluation restreint. Dès lors, il est important d'y intégrer des évaluations de la compréhension, de l'expression et de l'usage pragmatique du langage afin d'obtenir une évaluation complète des compétences communicatives de la personne. Les évaluations des capacités de jeu peuvent également fournir des informations de qualité sur le « langage intérieur » de l'enfant ou ses capacités d'imagination. (Cathrine, B & all. 2006, p,12)

10 Impact de l'autisme sur les parents :

Les parents d'enfants autistes sont souvent amenés à vivre le quotidien des situations particulièrement douloureuses, liées aux symptômes et aux comportements de leurs enfants. Ces situations peuvent entraîner de graves bouleversements du rythme de la vie familiale. **(Pierre, F. 2012, p, 93)**

Les difficultés vécues par les parents d'enfants autistes ne se limitent pas au choc du diagnostic et à l'adaptation qui s'en suit, les tâches parentales, particulièrement celle de la mère se révéleront passablement plus lourdes que celle des parents épargnés par ce genre de problèmes. Ces mères sont appelées à tenir les rôles divers auxquels rien ne les a préparées ce qui constitue des risques d'épuisement quand leurs enfants présentent un handicap. **(Carole, S, Cathrine, RP. 2009, p, 245-260)**

La surcharge quotidienne de travail et de soins accroît la fatigue l'irritabilité, voire le désespoir, la dépression et les problèmes de santé mentale ou physique, réduisent la disponibilité nécessaire aux activités et à l'intimité du couple ce qui provoque le risque de fin de relation. **(Benson, R & all. 1989, p. 195-197)**

La rupture de l'équilibre psychologique et social de la famille provoque souvent la détresse psychologique et physique des parents qui se sentent dépourvus de ressources personnelles pour aider leur enfant. Les difficultés et le stress des parents d'enfants ayant un TED débordent la frontière familiale pour s'étendre à l'environnement social et professionnel des parents, non seulement en raison d'une plus grande difficulté à prendre soin de leur enfant, mais également d'une participation restreinte à des événements familiaux ou aux activités communautaires. **(Allik, H all. 2006).**

Parmi les difficultés vécues par les parents, on retrouve les suivantes: une plus grande possibilité d'abandon d'emploi en raison des difficultés à faire garder leur enfant pour lequel on note un taux plus élevé d'absence scolaire ou de redoublement de classe (Lee et al., 2008), l'isolement social des parents dû à la perception et souvent le rejet de l'entourage en vertu des mythes et préjugés sur les TED, l'irritation de collègues de travail à cause du taux d'absentéisme plus élevé que la moyenne chez ces parents, le temps mobilisé pour les démarches d'aide pour leur enfant, les problèmes financiers générés par les longs délais d'attente d'aide financière et, dans certains cas, l'éclatement du couple dû aux pressions sociales de toutes sortes .

La présence d'un TED chez l'enfant peut engendrer une anxiété considérable et avoir de nombreux impacts sur ses parents, et ce, au niveau des différentes sphères de leur vie quotidienne. Malgré la réalisation de différentes études sur l'anxiété de parents d'enfant présentant un TED, les stratégies d'adaptation qu'ils utilisent pour affronter les difficultés vécues quotidiennement ainsi que leurs besoins à combler pour diminuer l'anxiété, demeurent peu étudiés.

11 L'autisme et sa prise en charge :

11.1 La prise en charge médicamenteuse (psychotropes) :

Le traitement médicamenteux est secondaire dans les stratégies thérapeutiques utilisées chez les patients autistes, parce que il n'existe pas de pharmacologie spécifique pour l'autisme et pas de médicaments dont qu'ils aient montré leur efficacité curative dans les troubles autistiques. Il ya donc un objectif double dans le traitement proposé aux enfants autistes ; réduire des comportements gênants quand ils existent et réhabiliter des fonctions déficitaires. **(Carol,T et Bruno, G. 2003, p,107)**

Alors, il est bon à retenir qu'il n'existe pas un traitement médicamenteux propre à l'autisme, et sans doute il n'y en aura pas à cause la diversité des autistes et la complexité de ce trouble énigmatique. Il est donc très important d'évaluer sur quelles cibles comportementales ou quelles fonctions on veut intervenir avant de toute prescription, sans oublier de prendre en compte la gravité de trouble chez l'enfant. **(Tardif, C. 2003, p,103)**

11.2 La prise en charge éducative :

La prise en charge éducative est un ensemble de méthode 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 totalité, 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 prise en charge éducatives, la part sacrée aux activités ciblant le développent cognitif et celle visant d'avantage le développement socio-affectif, sensoriel, ou psychomoteur. Il existe souvent des ajustements nécessaires l'or des prises en charge, entre les concepts de

base et leur application en fonction de l'environnement de l'enfant, du pays, de la culture. On peut dire que le prototype des prises en charges éducatives de l'autisme est basé sur l'approche TEACCH développé les années 65-70 (Schopler et al, 1988), axé sur l'éducation et la rééducation des personnes autistes à partir d'évaluation de leur niveau de développement et de fonctionnement. (Carol,T, Bruno,G. 2003, p,113)

11.2.1 Le programme de Schopler (TECCH) :

Le programme TEACCH a été conçu et dirigé par Schopler, puis Mesibov aux Etats Unis dans les années 1960 et diffusé en Europe. L'acronyme anglais signifie Treatment and Education Of Autistic and related communication handicapped children, c'est-à-dire, traitement et éducation des enfants autistes et souffrants de handicaps apparentés de la communication. Il aborde les principales difficultés rencontrées par l'enfant autiste dans sa vie quotidienne :

- L'hétérogénéité de ses capacités cognitives : déficit des performances sociales et verbales et meilleur développement de certains domaines : mémoire, orientation spatiale, coordination Visio-motrice.

- L'impossibilité d'accéder à un langage abstrait et universel.

- L'inadaptation à la diversité des situations sociales dynamiques.

- L'intolérance aux changements dans le temps et les lieux.

Les parents engagés en première ligne sont considérés comme partenaires dans l'éducation de leur enfant. Le thérapeute organise avec eux les applications à la maison, en fonction du PEP et de leurs possibilités. Cette communication permanente avec les éducateurs permet l'information réciproque sur les acquisitions nouvelles pour maintenir et renforcer ces progrès. Le programme s'articule autour de grands principes destinés à faciliter ces progrès. Le programme s'articule autour de grands principes destinés à faciliter la compréhension de l'enfant indispensable à tout apprentissage et plusieurs systèmes alternatifs à la communication verbale sont utilisés :

- Les gestes simples et la manipulation motrice pour une communication concrète.
- Les images pour représenter un objet, une personne ou une tâche, elles exploitent la bonne mémoire visuelle des autistes.
- Les objets les plus concrets, les plus à même de suggérer l'usage attendu.

L'accès à la perception de l'espace et du temps (chronologie, durée des actions) est favorisé par certaines règles :

- Séances dans les mêmes lieux, à la même heure.
- Durée des activités concrétisée par la quantité de matériel fournie au départ.
- Tâches surtout visuelles
- Fin de l'activité associée à un jeu apprécié, à un jouet favori. (**Schopler, E & all. 2007**)

11.2.2 Le programme ABA : (Applied Behavior Analysis) :

Lovaas 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. (Rogé, 2004). Les travaux Lovaas 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 entraînées (parents, professionnels, – proches.). Afin de réduire ou d'augmenter le comportement cible. (**Dominique. 2014, p,170**)

11.3 La prise en charge psychanalytique :

Les approches psychanalytiques de l'autisme ont évolué au fur et à mesure de l'évolution des travaux et théories concernant cette affection. Les enfants autistes ne sont plus considérés comme des malades mentaux incurables. Donc ne recevant aucune prise en charge spécialisée pour les intégrer dans la société, mais plutôt internés dans des hôpitaux comme ce fut le cas pendant longtemps

La prise en charge psychologique ne constitue pas à elle seule un traitement, elle est utilisée au sein de programmes multidimensionnels. Aujourd'hui le soin d'inspiration psychanalytique de l'autisme se fait principalement dans trois directions :

- En institutions spécialisée type hôpital de jour, avec de nombreuses techniques verbales et non verbales, thérapie individuelle ou groupales, ateliers thérapeutiques variés, pataugeoire, psychomotrice et orthophonie, pour aider l'enfant s'ouvrir au monde extérieur. Toutes ces techniques doivent être souples et doivent respecter l'évolution de l'enfant.
- Avec la famille grâce à divers entretiens avec les membres de l'équipe pour mieux accompagner leur enfant et pour retrouver un fonctionnement aussi satisfaisant que possible.
- Avec le personnel soignant grâce à la réunion d'équipe pour mieux comprendre les difficultés engendrées par la prise en charge d'un enfant autiste, et la dimension institutionnelle du soin. **(Bernadette, R. 2003, p,18)**

12 La prise en charge institutionnelle en Algérie :

En Algérie, la prise en charge est actuellement très insuffisante et les parents vivent un véritable calvaire du fait de l'absence de structure adaptée à la prise en charge scolaire, éducative, sociale, et thérapeutique de leurs enfants. Le professeur Mouloud Ould Taleb qui est chef de service de la clinique de pédopsychiatrie de Kouba à Alger, annonce qu'il existe des millions d'enfants, adolescents et adultes autistes en Algérie. Pour leur prise en charge, il y a seulement trois centres à travers le territoire national. Le plus important est celui géré par le professeur Ould Taleb, il y en a un autre à Chéraga et un troisième à Blida. **(Ould Taleb, M. 2019)**

Les malades qui viennent, parcourent parfois de grandes distances pour une simple consultation chez un pédopsychiatre. Et souvent, lorsqu'on diagnostique la maladie chez l'enfant on ne lui trouve pas de place au niveau de ces trois centres complètement saturés. « Il y a des malades inscrits sur les listes d'attente depuis près de deux ans. Leur trouver une place devient pratiquement impossible ». Le professeur affirme aussi qu'il n'existe aucun centre pour les polyhandicapés pour une prise en charge à long terme indispensable pour assurer leur intégration dans l'environnement social. **(Ould Taleb, M. 2019)**

Le professeur évoque également la défaillance du système scolaire en la matière. Contrairement à d'autres pays plus avancés, le professeur précise qu'il n'y a pas des écoles spécialisées pouvant accueillir les enfants autistes pour les Chapitres. L'autisme nécessite une prise en charge « institutionnelle » précoce à long terme. **(Ould Taleb, M. 2019)**

Conclusion :

L'autisme ou trouble du spectre autistique est un trouble complexe, pour le comprendre ça nécessite des explications scientifiques concrètes qui font l'humanité il reste toujours un trouble méconnue par rapport aux causes et à plusieurs classifications. Le trouble autistique nécessite cependant une prise en charge et une intervention multidisciplinaire pour un accompagnement de qualité et une adaptation ou moins partiel pour ce type de trouble.

Préambule :

Chaque projet de recherche nécessite un arrière-plan bien défini et des outils qui conviennent pour l'appliquer, et chaque travail nécessite une méthodologie bien déterminée.

Notre thème de recherche porte sur l'anxiété chez les parents ayant un enfant autiste, et pour réaliser cette recherche il fallait d'abord un terrain de recherche, une population d'étude et des outils d'investigations. Alors dans notre étude on a choisis la méthode clinique qui semble la méthode la plus adéquate à atteindre notre objectif et concernant les outils d'investigation, on a choisi d'utiliser l'entretien clinique semi directif et l'inventaire d'anxiété de Beck.

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

Afin de mieux saisir notre thème de recherche, il est indispensable de commencer notre étude par une pré-enquête qui nous permet de recueillir les informations préalables à notre recherche et aussi de confirmer la faisabilité de notre étude.

La pré-enquête est en effet l'une des étapes les plus importantes dans la recherche scientifique notamment dans le domaine des sciences humaines et sociales, car elle permet de recueillir des informations concernant le thème de la recherche ainsi que sur la population visée.

L'importance de la pré-enquête apparait dans la définition suivante : « la -.-enquête est une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et sur tout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées et justifiées, de même, la pré-enquête permet de fixer, en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, si bien finaux que partiels que le chercheur aura à réaliser pour vérifier ses hypothèses. (Aktouf, O. 1987, p.102)

Au début on s'est renseigné sur les différents centres psychopédagogiques qui consultent les parents autistes de la wilaya de Bejaïa, pour préciser la ou vas se dérouler notre étude ainsi que de prendre notre échantillon d'études.

Par la suite nous nous sommes dirigés vers l'association A.D.E.A « du monde à l'autre » pour avoir l'accord de son président afin de réaliser notre stage pratique.

Nous avons été accueillies par le 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. Notre pré-enquête a duré deux semaines.

Le premier jour de notre pré-enquête, la secrétaire nous a présenté le lieu, le personnel qui se constitue de quatre psychologues, trois orthophonistes et une éducatrice. Le psychologue nous a accueillis, à qui nous avons expliqué notre idée de thème de recherche. Il a tout paru intéressé et nous a donné son approbation pour entamer notre pré-enquête. Il nous a expliqué comment ils travaillent. La secrétaire a mis à notre disposition la documentation liée notre thématique, nous nous sommes investies dans la lecture des ouvrages sur l'autisme. Parmi ces ouvrages nous avons « l'autisme » de Tardif et Gepner. Après cela, il est important de préciser que le psychologue nous a aidé à familiariser avec le lieu et aussi nous a donné l'opportunité d'observer les parents des enfants autistes et de connaître leur situation et comment ils font face à leur anxiété. Comme il nous a expliqué le cas de ces parents ainsi que les difficultés qu'il rencontre au quotidien avec eux. Nous avons pu observer les comportements et la relation des enfants autistes avec le psychologue et avec les éducatrices, ainsi avec leurs familles.

Durant la pré-enquête nous avons effectué un entretien et l'inventaire d'anxiété de Beck après avoir pu 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 préparé à l'avance.

1.2 La méthode clinique :

Dans notre recherche nous sommes basés sur la méthode clinique qui permet d'étudier, d'observer et d'analyser notre groupe de recherche, pour répondre aux objectifs de la recherche. Cette méthode se définit comme : « une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui vise à déterminer à la fois ce qu'il y'a de typique et ce qu'il y'a d'individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec une situation déterminée. (Sillamy, N. 2003)

Afin de réaliser notre étude nous avons utilisé la méthode descriptive, qui est la méthode la plus convenable.

La méthode descriptive, est une méthode qui peut tracer la description précise d'un comportement ou étudier de façon précise un comportement, ou étudier d'une façon systématique une production (analyse de contenu), ou obtenir des informations de nature privée en

interrogeant des personnes (enquête et sondage), ou établir un lien entre des informations communes relatives à des personnes. - Elle intervient en milieu naturel et tente de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. Elle identifie les comportements d'une situation donnée et parfois de décrire la relation qui existe entre ses composantes. (Chahraoui.kh, et Benony,H. 2003, p ,125)

La méthode descriptive a pour objectif « l'identifier les composantes d'une situation donnée et parfois de décrire la relation qui existe entre les composantes ». (Chahraoui, kh et Benony, H. 2003, p,125)

1.3 Étude de cas :

Dans notre travail de recherche, on a choisi d'utiliser l'étude de cas qui est une méthode descriptive, elle consiste en une observation approfondie d'un cas, elle nous permet de regrouper un grand nombre de données, ainsi que des méthodes différentes (entretien, échelles clinique) afin de comprendre aux lieux le sujet de manière globale. (Chahraoui ,Kh et Bénnoy ,H. 2003, p,125)

L'étude de cas sert à accroître les connaissances concernant un individu donné. Elle permet de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes (entretiens, tests projectifs, questionnaire, échelles clinique ...etc.) Afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son histoire et à son contexte de vie. Il s'agit de mettre en évidence la logique de l'histoire d'un individu pour comprendre de manière dynamique ce qui conduit à telle difficulté de vie importante. Cette description précise de la situation complexe d'un sujet permet de formuler des hypothèses étiologiques sur la nature, les causes, le développement et l'évolution d'un trouble. L'objectif de l'étude de cas n'est pas de prouver ou de démontrer mais plutôt d'élaborer des hypothèses. (Chahraoui,kh et Bénnoy,H.2003,p, 125)

À partir de ce qui précède, on peut dire que l'étude de cas est la méthode la plus adéquate pour l'élaboration de notre travail de recherche.

2 Présentation de lieu de recherche :

Nous avons effectué notre recherche au sein d'une association d'aide pour enfants autistes dont le siège est situé à quatre chemins à Bejaia nommé d'un monde à l'autre(ADEA). Est une association qui a été créée en Août 2012 sous l'agrément numéro 08 /2012, cette association fait

partie intégrante d'une l'unité de prise en charge des enfants autistes de Ihaddaden c'est une association à caractère socio-éducatif.

Sa structure est composée de deux appartements, la première F5, une salle qui est le bureau de l'association, une salle de réunion, une salle d'évaluation, bureau de psychologue pour les suivis psychologiques et une salle d'orthophonie.

Le deuxième appartement F4 qui contient deux salles de stimulation une salle pour le travail de groupe, et une cuisine.

La création d'un centre de prise en charge des enfants autistes ayant pour objectif :

-La prise en charge psycho-éducatif des enfants autistes.

-L'orientation, laide et le soutien aux familles des enfants autistes

-La formation des parents d'enfants autistes et la prise en charge de leurs enfants

-La prise en charge psychologique des parents d'enfants d'autistes.

-La sensibilisation, de la population des corps médicaux aider autorité local aux problèmes et obstacles des enfants autistes

2.1 Le nombre de personnel :

L'association d'un monde à l'autre (ADEA) est constituer d'une éducatrice et une secrétaire quatre psychologue, trois éducateurs un orthophoniste et un responsable tout inclus dans la prise en charge adapter à ses enfant autistes, ainsi que l'orientation de leurs parents.

2.2 Population d'étude :

Suivant la déontologie et l'éthique de la recherche en psychologie clinique. On a demandé le consentement des parents oral afin de participer dans la réalisation dans notre travail de recherche.

Notre population d'étude comprend quatre parents (04),après les avoires sollicités et obtenu leurs consentements oral 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'inventaire d'anxiété de Beck.

2.3 Tableau représentant les caractéristiques de la population d'étude :

Prénom des cas	Sexe	Age	Niveau D'instruction	Profession
M ^{me} « F » M ^r « K »	Féminin Masculin	49 50	Secondaire Secondaire	Femme de ménage Agent de sécurité
M ^{me} « S » M ^r « Y »	Féminin Masculin	37 51	Primaire Moyenne	Femme au foyer Agent de nettoyages
M ^{me} « A » M ^r « M »	Féminin Masculin	49 54	Primaire Moyenne	Femme au foyer Commerçant
M ^{me} « k » M ^r « M »	Féminin Masculin	42 54	Secondaire Secondaire	Coutière Entrepreneure

3 Les techniques de la recherche

Dans le cadre d'une recherche scientifique, notamment en science humaines et sociales. Il est nécessaire d'utiliser des outils de mesure efficace qui vont nous permettre d'atteindre nos objectifs et valider notre étude, sachant que notre travail porte sur l'anxiété chez les parents ayant un enfant autiste. Nous avons opté pour la combinaison de deux sortes d'outils ; l'inventaire de l'anxiété de Beck dans le but de mesurer le degré d'anxiété chez les parents atteint d'un enfant autiste, ainsi que l'entretien semi-directif car il permet de guider la personne interrogée tout en la laissant s'exprimer librement et de collecter des données concernant notre thème de recherche afin de confirmer nos hypothèses.

3.1 L'entretien de recherche :

Nous avons donc adopté l'entretien de recherche, parce qu'il est souvent utilisé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique, et jugé comme l'outil le plus adéquat à notre travail et sa thématique. « Il représente un outil indispensable pour avoir accès aux informations subjectives des individus. L'entretien de recherche, n'a pas d'objectif thérapeutique ou diagnostique mais il vise l'accroissement des connaissances dans

un domaine choisi par le chercheur. Il est produit à l'initiative du chercheur, contrairement à l'entretien thérapeutique où c'est le sujet qui est en situation de demande ». (**Chahraoui, Kh et Bénony, H.2003, p,141-142**)

Cependant, il existe trois types d'entretien de recherche, dont l'entretien directif, l'entretien non directif et l'entretien semi-directif. Notre choix s'est porté sur ce dernier qui nous a permis de poser des questions semi-directives bien précise et profonde sur chaque axe de notre guide d'entretien et laisser le sujet s'exprimer librement, car nous avons besoin de réponses approfondie et riches .

Les entretiens semi-directifs sont menés sur base d'un guide d'entretien consommé de différents « thème-question » préalablement élaborés en fonction s hypothèses.

Ce type d'entretien semi directif se définit comme : « une technique directe d'investigation scientifique utilisée auprès d'individus pris isolément, mais aussi, dans certain cas, auprès de groupe qui permet de les interroger -d'une façon semi directif et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaitre en profondeur les informations ». (**Engers,M. 1997, P, 144**)

3.2 Le guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré, ce guide invite donc le sujet à produire un discours aussi riche que possible à propos du thème évoqué. (**Anne-Marie, L. 2008, p, 194**)

Dans ce sens, notre guide d'entretien comprend 30 questions en tout (voir l'annexe 01) 07 questions portent sur premier axe qui s'intitule : « les informations générales sur le sujet », l'objectif c'est de rapporter des informations sur la biographie du sujet.

Le deuxième axe intitulé : « les informations sur l'enfants et sa pathologie», est composé de 10 questions. L'objectif de cet axe est de récolter des informations sur le parcours de la maladie jusque-là, il nous permet de savoir si les parents ont conscientes du trouble de leurs enfants, s'ils l'ont acceptés et si elle s'implique dans la prise en charge.

Le troisième axe intitulé «l'impact de la pathologie sur les parents », a pour objectif de s'informer sur le mode de vie de la famille, est composé de 11 questions.

Et le dernière axe intitulé : « l'espoir des parents vis-à-vis leur enfants » est composé de 02 questions à pour objectif de savoir la vision des parents sur l'avenir de leur enfants.

L'objectif de toutes les questions de notre guide d'entretien est d'évaluer l'anxiété de ces parents ainsi, de savoir l'impact de cette pathologie sur leurs vies quotidiennes. Pour ce faire on ne s'est pas seulement contenté de notre guide d'entretien clinique semi-directif mais aussi l'inventaire d'anxiété de Beck.

Axe 1 : Les informations concernant les parents.

Axe 2 : Informations sur l'enfant et sa pathologie.

Axe 3 : Impact de la pathologie sur les parents.

Axe 4 : L'espoir des parents vis-à-vis leur enfant.

4 L'application de guide d'entretien :

L'entretien s'est déroulé dans des bonnes conditions, dans un climat calme dans l'association, la passation du guide était selon la disponibilité des parents, et pour l'équipe de travail, c'était généralement à leur arrivée, avant d'entamer leur travail. Nous avons posé nos questions d'une manière qui a permis aux parents d'être à l'aise et de leur permettre de nous répondre, dans la plupart du temps c'était les mamans qui parlaient, elles ont répondu spontanément aux questions, contrairement à la minorité des pères qui ont été résistants. Nous avons utilisé la prise de notes, complétées à la fin de chaque entrevue. La durée moyenne de l'entretien était de 30mn.

5 L'inventaire de l'anxiété de Beck :

5.1 Historique de l'inventaire de l'anxiété de Beck :

L'inventaire de l'anxiété de Beck a été développé en 1988 par le Dr Aaron Beck et certains de ses collègues. Certaines modifications ont été apportées à la notation et une version révisée a été publiée en 1993.

L'inventaire de l'anxiété de Beck a été développé comme un outil pour évaluer l'anxiété sans chevauchement avec les symptômes de la dépression. Avant cette échelle, les échelles d'anxiété incluaient fréquemment des symptômes qui pouvaient également être des symptômes de dépression. Cela les rendait peu fiables.

Il y a vingt et un articles dans l'inventaire de l'anxiété de Beck. Ces éléments représentent les symptômes physiques et psychologiques de l'anxiété. Bon nombre des éléments de la liste

se concentrent sur les symptômes physiologiques ou psychosomatiques plutôt que sur les symptômes cognitifs. (<https://fr.graphistik.com/what-is-beck-anxiety-inventory> consulté le 11/03/2023 à 14h)

5.2 Présentation de l'inventaire de l'anxiété de Beck :

L'inventaire d'anxiété de Beck est une liste de 21 symptômes d'anxiété développée auprès de grands échantillons cliniques. Les items correspondent aux symptômes principaux du Trouble Panique et de l'Anxiété Généralisée. La personne indique la fréquence du symptôme pendant les 7 derniers jours sur une échelle de 0 à 3.

L'inventaire d'anxiété de Beck se cote très facilement et aucun énoncé n'est inversé. Les points doivent être calculés de la manière suivante : « Pas du tout » = 0 point « Un peu » = 1 point « Modérément » = 2 points « Beaucoup » = 3 points Il suffit enfin d'additionner les scores obtenus pour chacun des 21 énoncés. Le résultat total peut donc varier de 0 à 63.

Les 21 symptômes de l'inventaire d'anxiété de Beck correspondent à différentes manifestations de l'anxiété. Il s'agit en l'occurrence de :

A. Sensations d'engourdissement ou de picotement

Des engourdissements ou des picotements peuvent être présents dans les extrémités telles que les mains, les pieds ou les jambes. Les picotements peuvent également être présents comme un symptôme général sans emplacement spécifique, comme le sentiment que toute votre peau a une sensation de picotement.

B. Bouffées de chaleur

Souvent, les personnes anxieuses ont une augmentation de la température. Cela peut vous faire sentir chaud alors que vous ne devriez pas avoir chaud. Par exemple, vous pouvez commencer à transpirer à cause d'une sensation d'avoir chaud à l'improviste dans une pièce bien climatisée.

C. Jambes molles, tremblements dans les Jambes

L'instabilité des jambes fait référence au sentiment que vos jambes ne vous soutiendront pas. Par exemple, vous pouvez penser que le fait de rester debout demande trop d'effort et que vous pouvez tomber à tout moment.

D. Incapacité de se détendre

Être incapable de se détendre est un symptôme clair de l'anxiété. Lorsque vous êtes incapable de vous détendre malgré tous vos efforts, votre anxiété peut jouer un rôle.

E. Crainte que le pire ne survienne

Lorsque l'anxiété bat son plein, vous pouvez souvent avoir l'impression que le pire est inévitable. Vos pensées sont dominées par la façon dont les choses pourraient mal tourner dans toutes les situations auxquelles vous êtes confronté. Ceci, bien sûr, peut aggraver les autres symptômes d'anxiété à leur tour.

F. Étourdissement ou vertige, désorientation

Certaines personnes se sentent étourdiées ou étourdiées lorsqu'elles sont anxieuses. Les étourdissements ou la sensation de tête légère peuvent survenir lorsque vous vous tenez debout ou que vous vous asseyez depuis une position allongée. Cela peut également se produire à l'improviste en étant déjà debout ou en marchant. C'est un sentiment que vous pourriez vous évanouir.

G. Battements cardiaque marqué

Lorsque l'anxiété bat son plein, la fréquence cardiaque augmente souvent. Vous sentirez votre cœur battre dans votre poitrine. Ou bien, vous pourriez ressentir les effets de votre rythme cardiaque de la même manière que vous vous sentez physiquement. Une fréquence cardiaque accrue peut également vous donner un essoufflement et peut provoquer d'autres symptômes tels que des étourdissements.

H. Mal assuré, manque d'assurance dans mes mouvements

Cet élément fait référence au sentiment que vous n'êtes tout simplement pas stable sur vos pieds ou assis. Vous pouvez vous sentir bancal ou faible, ou simplement ne pas vous tenir en position verticale.

I. Terrifié ou effrayé

Personnes anxieuses se sentent souvent terrifiées ou effrayées, parfois sans raison logiquement discernable. Vous pouvez également vous sentir terrifié ou effrayé par des choses qui semblent être des peurs logiques, mais à un tel point que vous êtes incapable de fonctionner.

J. Nervosité

Se sentir nerveux est un symptôme classique de l'anxiété. Vous pourriez vous sentir nerveux dans certaines situations, telles que les situations sociales. Vous pouvez également vous sentir nerveux pour d'autres raisons telles que le stress financier ou d'autres facteurs de stress courants. La nervosité peut également survenir sans raison discernable.

K. Sensation d'étouffement

Certaines personnes qui souffrent d'anxiété sévère ont le sentiment de s'étouffer. Il s'agit d'une restriction de la gorge, où la respiration peut devenir difficile.

L. Tremblement de mains

De nombreuses personnes qui souffrent d'anxiété remarquent que leurs mains tremblent lorsqu'elles sont nerveuses ou anxieuses. Les mains tremblantes sont des mains qui tremblent suffisamment pour qu'il soit difficile de tenir un stylo ou d'écrire un chiffre.

M. Tremblements, chancelant

Encore une fois, cela fait référence au sentiment que vous ne pouvez tout simplement pas vous tenir debout. Votre corps tout entier peut trembler ou avoir l'impression de vibrer. Vous pourriez être incapable de vous tenir debout pendant très longtemps.

O. Crainte de perdre le contrôle

Les personnes anxieuses ont souvent peur de perdre le contrôle. À cause des autres symptômes et aussi à cause de l'anxiété elle-même, les gens ont souvent peur de ne pas être capables de se contrôler, de contrôler leur comportement ou ce qui se passe autour d'eux.

P. Difficulté à respirer

La difficulté à respirer est un symptôme courant de l'anxiété. Les respirations peuvent être courtes et rapides.

Vous pouvez sentir votre poitrine ou votre gorge se serrer et avoir de la difficulté à inspirer profondément.

Q. Peur de mourir

Les personnes souffrant d'anxiété sévère ont souvent le sentiment d'avoir peur de mourir. Alors que la plupart des gens ont peur de mourir, la personne anxieuse réfléchit et concentre son attention sur cette peur.

R. Sensation de peur (effrayer)

La peur peut survenir à tout moment, pour n'importe quelle raison. Vous pourriez avoir peur de choses qui ne pourraient jamais arriver. Souvent, les personnes souffrant d'anxiété sévère ont peur même lorsque leur esprit conscient se dit qu'il n'y a aucune raison logique d'avoir peur, mais le sentiment ne se dissipera pas.

S. Indigestion ou malaise abdominal

L'indigestion est un autre symptôme de l'anxiété. L'anxiété peut augmenter l'acide dans l'estomac, provoquant une indigestion. Des symptômes graves et prolongés d'indigestion peuvent entraîner le développement d'ulcères d'estomac.

T. Sensation de défaillance ou d'évanouissements (Faible / étourdi)

Vous pouvez avoir l'impression que vous allez vous évanouir. En plus de vous sentir légèrement étourdi et instable, cet élément fait référence au sentiment que vous allez vous évanouir. Vous pouvez même remarquer l'obscurité de la vision alors que votre corps essaie de s'évanouir.

U. Rougissement du visage

Une augmentation de la température corporelle ou de la fréquence cardiaque peut souvent faire rougir votre visage. Si vous remarquez que votre visage devient rouge lorsque vous êtes anxieux ou nerveux, vous répondrez à cette question en conséquence.

V. Transpiration

Vous pouvez transpirer si vous êtes très anxieux, même si vous êtes dans une chambre froide. La transpiration peut être chaude ou froide, mais elle est inconfortable.

5.3 Mode de passation et cotation :

La notation de l'inventaire de Beck anxiété est assez simple à calculer. Pour chaque article de l'inventaire, le patient choisit la fréquence à laquelle il a été perturbé par l'article au cours de la semaine précédente.

La consigne dit : « voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en encerclant le chiffre approprié, à quel degré vous avez été affecté par chacun de ces symptômes au cours de la dernière semaine, aujourd'hui inclus ».

Les items sont basés sur une échelle de Likert en 4 points :

- « Pas du tout » = 0 point
- « Un peu » = 1 point
- « Modérément » = 2 points
- « Beaucoup » = 3 points

Le résultat total s'obtient par l'addition du score des items et peut donc varier de 0 à 63. En général on considère les valeurs suivantes :

- 0 à 7 : anxiété mineure
- 8-15 : anxiété légère
- 16-25 : anxiété modérée
- 26 à 63 : anxiété sévère

Une fois que le patient a répondu à tous les éléments de l'inventaire, le clinicien peut additionner le score du patient. Un score de 0 à 7 correspond à une anxiété minimale, un score de 8 à 15 à une anxiété légère, un score de 16 à 25 à une anxiété modérée et un score de 26 à 63 à une anxiété sévère. Encore une fois, il s'agit simplement d'une indication de la gravité des symptômes d'anxiété pour les 7 derniers jours. (<https://fr.graphistik.com/what-is-beck-anxiety-inventory/> consulté le 29/03/2023 à 14 h)

Conclusion :

Ce chapitre nous permis d'organiser notre recherche ,avec l'utilisation de différent technique (pré-enquête, méthode clinique, l'entretien clinique semi directif, guide d'entretien et l'inventaire d'anxiété de Beck à travers le respect de certaines règles pour arriver à répondre à l'objectif principal de cette recherche , et de vérifier nos hypothèses élaboré au départ.

Chapitre IV

Présentation et Analyse discussion de l'hypothèse

Partie théorique

Préambule :

Dans cette partie nous avons procédé à une analyse et interprétation des données et des résultats obtenus pendant notre recherche, comportant sur de l'entretien et l'analyse des résultats de l'échelle de Beck pour l'évaluation de l'anxiété, et en terminant par une discussion sur les résultats obtenus chez nos quatre cas.

I. Présentation et analyses des cas :**1 Présentation et analyse avec les parents d'enfant autiste nommé « Achour ».****1.1 L'analyse de l'entretien clinique :**

M^r « **K** » est un homme âgé de 50 ans, il travaille comme agent de sécurité, sa femme « **F** » âgée de 49 ans, travaille comme une femme de ménage dans une entreprise privée. Le couple vit toujours ensemble, ils ne présentent aucune maladie. Le couple a trois enfants ; un jeune de 21 ans, une fille de 18 ans et Achour âgé de 9 ans qui est autiste.

Durant l'entretien, les parents de Achour 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.

Les parents de Achour nous ont affirmés qu'ils ont remarqués plusieurs signes qui perturbent leur vie, le père nous a dit : « *Les premiers signes qu'on a observé chez notre fils étaient : la marche sur les pointes des pieds, un regard fuyant, une hyperactivité, il aime se cacher dans les coins sombres* », il a ajouté après un moment et a dit : « *il fait aussi le sourd, mais il peut se servir seul à boire et à manger sans rien demander* ». c'est ce qui les a conduit à consulter un orthophoniste qui les a orientés vers un pédopsychiatre à Alger (PR OUELD TALEB) exerçant à « l'hôpital de Drid Hocine de El Kouba Alger ». À l'issue des consultations, ils ont déclaré que notre fils souffre d'un trouble autistique. On a très essayé de le faire entrer à l'école, mais pour cela n'a duré que 02 ans puis on a pris connaissance de cette association qui nous a ouvert ses portes pendant 3 ans.

Concernant la réaction des parents face à ce trouble de leur fils étaient vraiment un événement traumatisant pour les parents le papa a déclaré : « *c'est vraiment dure à accepter* »

c'est un événement inattendu, cela a bouleversé ma vie ». D'un autre côté la Maman a rajouté : *« c'était un soulagement pour nous de confirmer de quoi souffre notre fils ce qui nous permettra de trouver une solution »*. Dans un autre passage elle nous a confirmée : *« qu'elle était vraiment inquiète à cause du manque des moyens et la prise en charge en Algérie »*.

La maman du petit Achour nous a assuré que sa grossesse s'était bien déroulée dans des conditions favorables, et qu'elle n'avait aucun problème émouvant ainsi que l'accouchement était passé normal.

Les parents disent la pathologie de leur fils affecte leurs vie quotidienne ,le papa nous a avoués que depuis le diagnostic de son fils il n'a pas cessé de penser à lui : *« depuis son diagnostic, tous nos pensées convergent vers notre fils constamment et on est tout le temps occupé au point de renoncé à plusieurs taches pour se consacrer uniquement pour lui , cela a influencé vraiment sur ma vie tout le temps anxieux »*.D'après les parents ont rencontrés énormément d'obstacles qui les empêche de vivre une vie normale; la maman déclare : *« le trouble de Achour 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 Achour présentent toujours une fatigue sur le niveau morale et un manque de sommeil, la maman nous a dit qu'elle a beaucoup de difficulté et à cela s'ajoute l'angoisse, et d'anxiété qui compagne leur vie. Le père dit aussi qu'il se sent toujours mal à l'aise et terrifié, et qu'il est incapable de supporter cette situation qui a absorbé toute son énergie, et avec tout cela, il se tient toujours debout pour subvenir aux besoins de son fils.

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

Par rapport au regard de l'entourage les parents disent : *« le regard de l'entourage augmente notre anxiété car ils ne comprennent pas l'autisme cela nous mets en dépression »*, et d'ajouter : *« on est devenus de plus en plus stressés puisque notre enfant n'est pas autonome et il a besoin constamment d'assistance »*. Les parents de Achour affirment que leur fils manque de concertation et de confiance en soi. Le père dit aussi il est profondément attristé par son fils car tout le monde détourne de lui et ne le tolère pas et le traite comme s'il était fou, même mes proches, et qu'il ne peut rien faire pour lui pour qu'il soit parfait .Cette situation

l'accompagne toujours et le tourmente, et il dit qu'il a peur pour son avenir après lui, et comment il supportera les pressions de la vie et évitera le mépris des gens pour lui.

Les parents évoquent la difficulté d'avoir un enfant autiste et le manque de soutien moral et financier. La maman déclare que seuls ses parents l'aide psychologique et moral.

Concernant l'avenir de leur enfant autiste, les parents espèrent une amélioration de son état dans le futur en déclarant : « *nous avons toujours l'espoir de voir notre fils aller mieux dans l'avenir* ».

Résumé de l'entretien :

D'après les paroles des parents de Achour lors de l'entretien on a remarqués que le handicap de Achour a rendu leur vie difficile et différent. Ce qu'elle le prouve c'est d'après ces dires : « depuis son diagnostic, tous nos pensées convergent vers notre fils constamment et on est tout le temps occupé au point de renoncé à plusieurs taches pour se consacrer uniquement pour lui, cela a influencé vraiment sur notre vie tout le temps anxieux ». D'après les deux parents la pathologie de leur enfant c'est la cause principale d'augmentation du niveau d'anxiété à leur vie quotidienne.

1.2 L'analyse d'inventaire d'anxiété des parents d'enfant nommé « Achour »

		Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup Derange	Modérément C'était très déplaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
1.	sensations d'engourdissement ou de picotement	✓			
2.	bouffées de chaleur	✓			
3.	« Jambes molles », tremblements dans les jambs		✓		
4.	incapacité de se détendre		✓		
5.	crainte que le pire ne survienne				✓
6.	étourdissement ou vertige, disorientation			✓	
7.	batttements cardiaques marqués	✓			
8.	mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements			✓	
9.	terrifié(e)			✓	

10.	Nervosité		✓		
11.	sensation d'étouffement		✓		
12.	tremblement de mains	✓			
13.	tremblements, chancelant(e)		✓		
14.	crainte de perdre le contrôle			✓	
15.	respiration difficile	✓			
16.	peur de mourir			✓	
17.	sensation de peur, « avoir la frousse »			✓	
18.	indigestion ou malaise abdominal		✓		
19.	sensation de défaillance ou d'évanouissement	✓			
20.	rougissement du visage			✓	
21.	transpiration (non associée à la chaleur)	✓			
23					

Les résultats du cas :

Après avoir obtenu des réponses à tous les items de l'inventaire d'anxiété par les parents au cours de la semaine précédente, c'est-à-dire les sept derniers jours, les parents ont eu un score de (23), ce que ces dernières présentent un degré d'anxiété modérer confirmé par ces réponses aux items suivants : item 6 « **étourdissement ou vertige, désorientation** » item8 « **instable, mal assuré** », item9 « **terrifié(e)** », item14 « **crainte de perdre le contrôle** », item16 « **peur de mourir** », item17 « **sensation de peur, « avoir la frousse** », item 20 « **rougissement du visage** ».

Pour la case de « **pas de tout** » le membre d'items est 07 items à réponse « pas de tout », comme indiqué dans le tableau et nous pouvons le prouver ci-dessous : item1 « **sensations d'engourdissement ou de picotement** », item2 « **bouffées de chaleur** », item7 « **batttements cardiaques marqués** », item12 « **tremblement de mains** » item15 « **respiration difficile** », item19 « **sensation de défaillance ou d'évanouissement** », item21 « **transpiration (non associée à la chaleur)** ».

Par rapport à la case de « **un peu (Cela ne m'a pas beaucoup dérangé)** » on a obtenu le score (06) à titre indicatif aux items suivants : item 03 « **tremblements dans les jambes** », item4 « **incapacité de se détendre** », item10 « **nervosité** », item11 « **sensation**

d'étouffement » item13 « **tremblements, chancelant(e)** » item18 « **indigestion ou malaise abdominal** ». Et dans la case « **beaucoup** » on a obtenu un score de (03).

Résumé du cas :

D'après les données de l'entretien et les résultats de l'inventaire d'anxiété de Beck ainsi que l'observation directe, on conclut que les parents de Achour souffrent d'une anxiété modérée à cause de la pathologie de leurs enfants ce qui s'explique que cette pathologie a beaucoup affectés sur le plan psychique.

2 Présentation et analyse avec la maman de l'enfant autiste nommé « Karim »

2.1 L'analyse de l'entretien clinique :

Mr "Y" est un homme âgé de 51 ans, niveau d'instruction 1^{er} année moyenne, il travaille comme agent de nettoyage. Mme "X" est une jeune femme âgée de 34 ans, niveau d'instruction 5^{eme} année primaire, c'est une femme au foyer. Les deux vivent toujours ensemble, ils ne présentent aucune maladie. Le couple a deux enfants, une fille âgée de 13 ans et un garçon Karim âgé de 10 ans qui est autiste.

L'entretien s'est déroulé en présence de la maman seule, sans le père qui était au travail la mère était compréhensive et calme, elle a répondu à toutes nos questions sans exception ni hésitation, et avec confiance ce qui nous a suscité chez nous du respect et de l'admiration envers cette femme.

Selon la mère sa grossesse s'était très bien déroulée sans complication, et qu'elle n'y avait pas vécu d'événement traumatisant. L'accouchement aussi s'était bien passé mais elle nous a parlé d'une discussion qu'elle avait eu avec sa mère lorsqu'elle avait appris qu'elle était enceinte, sa mère n'était pas contente et lui avait dit qu'un seul enfant lui suffisait. Elle avait répondu à sa mère qu'elle prenait la pilule et qu'elle n'avait pas prévu une autre grossesse cette réaction de sa mère l'avait bouleversée

Karim est un enfant âgé de 10 ans il souffre de l'autisme à l'âge de 4ans, et à cause de sa pathologie il n'est pas scolarisé. D'après la maman son enfant souffrait de l'autisme depuis cinq ans elle déclare: *«j'ai remarqué qu'il avait des gestes anormaux comme : un retard dans la marche, regard fixé sur un objet, il ne répond pas à son prénom ..»*, j'ai informé mon mari

mais il n'a rien voulu croire, il m'a dit que notre fils n'avait rien et qu'il est encore tôt pour savoir s'il souffrait de quoique ce soit alors je me suis dit que peut-être il avait raison mais quand Karim atteint l'âge de 3 ans et demi cela est devenu plus compliqué, alors j'ai pris la décision de consulter un pédiatre qu'il m'a alors dirigée vers un orthophoniste. L'orthophoniste m'a annoncé que mon fils a des symptômes similaires à ceux de l'autisme. Il m'a rassurée mais il m'a orientée vers un pédopsychiatre. Ce dernier a confirmé ce que m'avait dit l'orthophoniste Karim était autiste.

L'annonce de ce diagnostic était vraiment un événement traumatisant, la maman était dévastée, horrifiée et elle ne s'était pas retenue et a fondu en larme, elle a déclaré : « *on ne peut rien changer c'est notre destin c'est dure à accepter mais c'est mon fils est je ferai tout pour qu'il aille mieux* ». D'un l'autre côté, le papa était sous le choc, bouleversé et ne comprenait pas tout cela, mais avec le temps il a fini par accepter la situation.

La mère de Karim affirme que la pathologie de son fils affecte sa vie quotidienne, elle déclare : « *j'ai beaucoup de difficultés à gérer mon temps et accomplir mes obligations et à m'occuper de moi-même, mon fils prend tout mon temps* ». Elle rajoute aussi : « *son père est consentement fatigué et énervé et qu'il n'a pas de temps à consacrer à son fils alors je me retrouve seul à tout assumer* ». Donc la maman de Karim était obligée de supporter la charge à tous les égards ».

La maman de Karim présente une fatigue générale, des troubles de sommeil et des difficultés de concentration et manque d'appétit surtout la mère qu'elle était tout le temps déprimée et anxieuse. La maman affirme : « *l'autisme de mon fils est la cause principale d'augmenté le stress chez moi par conséquent son père est devenu très nerveux, angoissé et renfermé* ».

La relation de Karim avec sa sœur est plutôt bonne car il a beaucoup de contacts avec. Ils partagent beaucoup de choses ensemble et ils pensent l'un à l'autre. Karim est très attaché à sa sœur.

Par rapport au regard de l'entourage la maman confirme qu'il est dur et qu'ils sont très peinés surtout quand cela vient des personnes les plus proches, comme mon père et mon grand frère aîné n'acceptent plus mon fils chez eux. Souvent ils me demandent de ne plus venir leur rendre visite avec mon fils autiste, contrairement à mon petit frère qui l'aime, qui joue avec lui, prend soin de lui et le comble de tendresse. Quant à ma mère, elle a toujours plus d'attention et

de tendresse pour ma fille que pour Karim qui au pourtant, en a plus de besoin. En général mes deux parents et mon frère aîné ne veulent pas de lui et ne le tolèrent. « *En tout cas, tout que je vivrai, je ne laisserai jamais tomber mon fils et je ne laisserai personne le mépriser* ».

La maman déclare qu'elle ne reçoit de l'aide de personne, ni sa famille ni d'aucune autre partie elle dit : « *tout le monde m'a tourné le dos dans ces moments difficile* ». Déclare-t-elle : « *je ne peux compter que sur le soutien de mon petit frère qui est toujours à mes côtés* ».

D'après les déclarations de la mère sur l'avenir de son fils elle espère d'avoir une amélioration au future, d'après les efforts de l'association et leur guidance dit elle : « mon fils a beaucoup appris de cette association et même j'ai remarqué des changements bénéfiques par rapport auparavant c'est ce qui m'encourage à m'assurer que mon fils va mieux et s'améliorer dans les année prochaines ».

Résumé de l'entretien :

Après avoir récolté des informations concernant le cas de la maman, on a conclu qu'elle présente des signes d'anxiété. Notamment à sa perception de la pathologie de son fils qui a provoqué chez la maman l'anxiété et problème sur sa vie quotidien. Elle a dit : « ma vie à changer après la découverte de trouble de mon fils », affirme que c'est difficile de vivre avec un enfant présente une pathologie de l'autisme.

2.2 L'analyse d'inventaire d'anxiété de maman d'enfant nommé « Karim »

		Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé	Modérément C'était très déplaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
1.	sensations d'engourdissement ou de picotement		✓		
2.	bouffées de chaleur			✓	
3.	« Jambes molles », tremblements dans les jambes	✓			
4.	incapacité de se détendre	✓			
5.	sensations d'engourdissement ou de picotement		✓		
6.	étourdissement ou vertige, disorientation	✓			
7.	battements cardiaques marqués	✓			
8.	mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements		✓		

9.	terrifié(e)			✓	
10.	Nervosité			✓	
11.	sensation d'étouffement				✓
12.	tremblement de mains		✓		
13.	tremblements, chancelant(e)		✓		
14.	crainte de perdre le contrôle			✓	
15.	respiration difficile	✓			
16.	peur de mourir	✓			
17.	sensation de peur, « avoir la frousse »			✓	
18.	indigestion ou malaise abdominal	✓			
19.	sensation de défaillance ou d'évanouissement	✓			
20.	rougissement du visage	✓			
21.	transpiration (non associée à la chaleur)	✓			
18					

Les résultats du cas :

Après avoir obtenu des réponses à tous les items de l'inventaire par la maman au cours de la semaine précédente, c'est-à-dire les sept derniers jours, la maman a eu le score de (18), ce qui signifie une anxiété modérée, on peut le prouver dans : item 2 « **bouffées de chaleur** », item 9 « **terrifié** », item 10 « **nervosité** », item 14 « **crainte de perdre le contrôle** », item 17 « **sensation de peur** ».

Pour la case de « **pas de tout** » le nombre d'items est (10) items a réponse « pas de tout », comme indiqué dans le tableau et nous pouvons le prouver ci-dessous : item 3 « **jambes molles** », **tremblements dans les jambes** », item 4 « **incapacité de se détendre** », item 6 « **étourdissement ou vertige, désorientation** », item 7 « **batttements cardiaques marqués** », item 15 « **respiration difficile** », item 16 « **peur de mourir** », item 18 « **indigestion ou malaise abdominal** », item 19 « **sensation de défaillance ou d'évanouissement** », item 20 « **rougissement du visage** », item 21 « **transpiration (non associée à la chaleur)** ».

Par rapport à la case de « **un peu (Cela ne m'a pas beaucoup dérangé)** » on a obtenu le score de (05) à titre indicatif aux items suivantes : item 1 « **sensations**

d'engourdissement ou de picotement », item5 « **sensations d'engourdissement ou de picotement** », item8 « **mal assuré(e), manque d'assurance dans mesmouvements** », item12 « **tremblement de mains** », item13 « **tremblements, chancelant(e)** ».

Et dans la case « **beaucoup (je pouvais à peine le supporter)** » on a un seul item a réponse « **beaucoup** » avec un score de (3) qui est item11 « **sensation d'étouffement** ». Cela signifie que la maman est touchée par une anxiété modérée plutôt psychique par rapport à l'analyse de ce cas par l'inventaire de Beck.

Résumé du cas :

Le contenu de l'entretien ainsi que l'observation directe nous ont permis de confirmer son état d'anxiété. Notre cas a manifesté un certain nombre de troubles psychologiques dont manifestement de l'anxiété suite à l'atteinte de son fils d'autisme, en effet l'état de son fils lui développer une source manifeste et constante de stress et d'anxiété devant lesquels elle se trouve incapable de réagir dont telle ou telle situation.

3 Présentation et analyse avec les parents des enfants autistes nommés « Adel » et « Amine »

3.1 L'analyse de l'entretien clinique

M^r « **M** » est un homme âgé de 54 ans, niveau d'instruction 1^{er} année moyenne, il travaille comme commerçant, Mme « **S** » âgée de 49 ans, niveau d'instruction 4^{ème} année moyenne, c'est une femme au foyer . Ils ne présentent aucune maladie chronique. Le couple vivent toujours ensemble avec 4 enfants ; une fille de 21 ans, un garçon de 15 ans et deux jumeaux autiste âgés de 9ans.

Durant l'entretien les deux parents étaient calmes et attentifs à tout ce qui concerne le trouble de leurs enfants. Le papa était un peu stressé, fatigué et gêné.

Lors de nos échanges avec les parents des jumeaux âgés de 9 ans ,ces derniers nous ont affirmé qu'ils ont remarqué que les deux jumeaux différents par apports aux autres à l'âge de 18 mois ils ont déclaré : « *parmi les singes les plus remarquables l'absence du langage ,manque de sociabilités avec d'autres enfants* ».Le père déclare aussi que la première chose qu'il a fait après avoir constaté la particularité de ses enfants était de consulter un pédiatre qui nous a orientés vers pédopsychiatre .Après consultation ,le pédopsychiatre nous a confirmé que les deux jumeaux présentaient des singes de l'autisme à l'âge de 3 ans . D'après les déclarations

des parents les deux enfants ne sont pas scolarisés car ils ne veulent pas l'accepter à cause de leurs pathologies.

Concernant la grossesse, la maman assure que tout était parfait jusqu'à l'accouchement qui était par contre compliqué car elle n'avait pas de contraction, à 40 semaines, en plus d'une importante hypertension. *« Je suis restée deux jours dans cet état et le troisième jour j'ai accouché après un déclanchement »* déclare la maman. Elle rajoute : *« j'ai beaucoup souffert et la vie de mes bébés était en danger »*. La cause principale des complications de mon accouchement était liée à ma première grossesse , *« j'ai beaucoup souffert au niveau de la région utérine, ce qui a incité le médecin à me suggérer de ne plus avoir d'autres enfants ,sinon je serai exposé à de grandes risques »* affirme la maman .Cependant ,dieu en a voulu autrement ,car je suis tombée à nouveau enceinte et j'ai donné naissance à ces jumeaux qui m'ont rendu heureuse mais ce bonheur était de courte durée ,à cause de leur handicap ,ajoute la mère des jumeaux : *« souvent je culpabilise car si j'avais écouté mon médecin qui m'avait conseillé de ne pas avoir d'autres enfants ,je serais pas dans cette situation aujourd'hui et mes enfants n'auraient pas souffert autant”* .

La réaction face à ce diagnostic étaient un choc pour les parents d'après ce que le père a confirmé : *« c'est vraiment difficile d'accepter cela deux enfants à la fois ,nous avons eu des moments difficiles pour vivre avec eux »*.La maman, était calme mais pleurait en silence puis elle a répondu : *« lorsque le pédopsychiatre m'a annoncé que nos enfants étaient tous les deux autistes je n'ai pas arrêté de pleurer le fait de penser que nos enfants différents aux autres ça me fait très mal »*. Le papa rajoute : *« je ne dormais plus la nuit je n'ai pas cessé de ressasser tout ce que le pédopsychiatre nous avait dit »*. Les deux parents nous ont affirmés que leur vie s'est effrontée en un instant.

Selon les parents des jumeaux « Adel » et « Amine », la pathologie de leurs enfants a affecté leur vie quotidienne. La maman qui s'est retrouvée dans l'obligation de s'occuper de plusieurs tâches au même temps et elle sacrifier tout son temps à ses deux enfants malades elle s'exprime avec une détresse : *« mes enfants autistes me mettent souvent en colère, je ne supporte pas leurs comportements et je suis devenue très nerveuse »*. L'autisme des deux enfants oblige la mère à abrégé ses visites et ses loisirs elle dit : *« je ne reste jamais longtemps chez mes parents de peur que mes enfants fassent des bêtises »*. Les parents avouent qu'ils ont beaucoup de difficultés à expliquer à leurs enfants comment être autonome et qu'ils sont dépassés, car ils ont d'autres enfants dont il faut s'en occuper aussi et d'autres tâches à

accomplir. Le papa déclare : « *moi je stresse tout le temps et je me sens dépassé surtout par rapport mon âge je ne gère plus la situation alors je me réfugie dans la lecture pour évacuer la pression* ». Les deux parents affirment que c'est incapable de gérer tout et aussi affirment un manque de soutien financier et morale, la maman nous a dit : « *y a ma famille et ma belle-mère qui le garde et il y a mon frère aussi qui le prend généralement à l'association puisqu'il travail juste à côté, c'est vrais je reçois un soutien familial mais pour un soutien moral et financier je ne trouve aucun* », elle a précisé aussi que la directrice de l'association l'a beaucoup aider à faire face à son état et celui de leurs enfants autiste .

La relation des jumeaux avec leur sœur est bonne, elle est compréhensive avec eux même si elle perd patience et elle la frappe pour les contenir, mais elle leurs porte beaucoup d'amour et de tendresse. Par contre leur frère de 15 ans ne les supports pas, il se dispute toujours avec eux.

Par rapport au regard de l'entourage les parents déclarent : « *le regard des autres est toujours dur surtout lorsque cela vient des proches* ». La mère dit : « *lorsque les jumeaux sortent jouer avec d'autre enfants, ils s'éloignent d'eux et ne les acceptent pas comme camarade de jeu ou ami* ».

Quant à l'avenir des deux jumeaux, les parents sont inquiets. Ils ont peur que leur état s'aggrave de plus en plus mais ils gardent comme même un peu d'espoir qu'un jour cela va s'améliorer ».

Résumé de l'entretien :

D'après les dires des parents des jumeaux lors de l'entretien nous avons remarqué que les deux parents sont énormément affectés par la pathologie de leurs enfants. Ce qui a attiré notre attention c'est la souffrance de cette famille, la pauvreté et leur situation financière très démunis, ce qui rendre la prise en charge inadéquate pour ces enfants les parents affirment que c'est difficile de vivre avec deux enfants présentant une pathologie de l'autisme et qu'ils ont vraiment passé des moments terribles durant la confirmation de diagnostic des jumeaux.

3.2 L'analyse de l'inventaire d'anxiété des parents enfants nommés « Amine » et « Adel »

		Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup Derange	Modérément C'était très déplaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
1.	sensations d'engourdissement ou de picotement		✓		
2.	bouffées de chaleur	✓			
3.	« Jambes molles », tremblements dans les jambes			✓	
4.	incapacité de se détendre			✓	
5.	crainte que le pire ne survienne				✓
6.	étourdissement ou vertige, disorientation		✓		
7.	battements cardiaques marqués	✓			
8.	mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements				✓
9.	terrifié(e)				✓
10.	Nervosité				✓
11.	sensation d'étouffement				✓
12.	tremblement de mains		✓		
13.	tremblements, chancelant(e)		✓		
14.	crainte de perdre le contrôle				✓
15.	respiration difficile		✓		
16.	peur de mourir			✓	
17.	sensation de peur, « avoir la frousse »				✓
18.	indigestion ou malaise abdominal		✓		
19.	sensation de défaillance ou d'évanouissement	✓			
20.	rougissement du visage		✓		
21.	transpiration (non associée à la chaleur)	✓			
35					

Les résultats du cas :

Après avoir obtenu des réponses à tous les items de l'échelle de l'anxiété par les parents au cours de la semaine précédente, c'est-à-dire les sept derniers jours, les parents ont eu un score de (35), ce que ces derniers présentent un degré d'anxiété sévère confirmé par ces réponses aux items suivants : item 5 « **crainte que le pire ne survienne** » item8 « **instable, mal assuré** », item9 « **terrifié** », item10 « **nervosité** », item11 « **sensation d'étouffement** », item14 « **crainte de perdre le contrôle** », item17 « **sensation de peur** ».

Pour la case de « **pas de tout** » le nombre d'items est 4 items à réponse « **pas de tout** », comme indiqué dans le tableau et nous pouvons le prouver ci-dessous : item2 « **bouffées de chaleur** », item7 « **batttements cardiaques marqués** », item19 « **sensation de défaillance ou d'évanouissement** », item21 « **transpiration (non associée à la chaleur)** ».

Par rapport à la case de « **un peu** » on a obtenu le score de (07) à titre indicatif aux items suivantes : item1 « **sensations d'engourdissement ou de picotement** », item6 « **étourdissement ou vertige désorientation** », item12 « **tremblement de mains** », item13 « **tremblements, chancelant(e)** » item15 « **respiration difficile** », item18 « **indigestion ou malaise abdominal** », item20 « **rougissement du visage** ».

Et dans la case « **Modérément. C'était très déplaisant mais supportable** » on a trois items à réponse « **modéré** » avec un score de (6) qui sont : item3 « **jambes molles** », **tremblements dans les jambes** », item4 « **incapacité de se détendre** », item16 « **peur de mourir** ».

Résumé du cas :

D'après les données de l'entretien et les résultats de l'échelle d'anxiété de Beck ainsi que l'observation directe, on conclut que les parents de « Amine » et « Adel » souffrent d'une anxiété sévère à cause de la pathologie de leurs enfants ce qui s'explique par le fait que notre cas s'estime incapable de faire face à la situation dans laquelle il se trouve. Ce qu'elle le prouve c'est d'après ces dires : « je stresse tout le temps et je me sens dépassé surtout par rapport mon âge, je ne gère plus la situation alors je me réfugie dans la lecture pour évacuer la pression ». En effet l'état de leurs jumeaux représente pour eux une source de stress et d'anxiété qui a perturbé leur vie mais au fil du temps ils sont arrivés à s'adapter difficilement.

4 Présentation et analyse avec les Parents de l'enfant autiste nommé « Badredinne »

4.1 L'analyse de l'entretien clinique :

Mr « N » est un homme âgé de 54 ans, il travaille comme un entrepreneur. Mme « K » est une jeune femme âgée de 42 ans, elle travaille coutière, les deux ont le même niveau d'instruction, niveau terminale. Les deux vivent toujours ensemble, ils ne présentent aucune maladie. Le couple a trois enfants, une fille âgée de 16 ans et un garçon Badredinne âgé de 12 ans qui est autiste, et un garçon âgé de 9 ans.

Lors de l'entretien, les parents de Badredinne étaient calmes et interagissaient avec nous, ou ils nous ont répondu à toutes nos questions sans exception ni nervosité et avec politesse et compréhension, mais ils étaient un peu inquiets.

Les parents disent Badredinne a reçu son diagnostic à l'âge de 3 ans car il avait un retard de langage et aussi de la marche ainsi que à l'âge de 5 ans il souffre par des crises épilepsie le père déclare : *« j'ai remarqué des comportements bizarres comme s'il ne s'intéresse pas à nous mouvement et il fixe toujours son regard sur un objet, des intérêts restreints, des gestes répétitifs, »*. Dès qu'il a repéré les signes anormaux de son fils, il s'est rapproché lui et sa femme chez un orthophoniste dans l'espérance de trouver une explication ou une solution, ou l'orthophoniste les a ensuite orientés vers un pédopsychiatre qui a confirmé malheureusement l'autisme, était un moment le plus dur pour nous surtout pour moi, la maman dit : *« mon fils n'a jamais été pris en charge ni scolarisé car à présent n'a pas de langage que certain mots et moi en tant que sa mère il me sollicite que quand il a faim et pour ses besoins il ne partage rien avec nous tous les enfants normal, il a inscrit au sein de cette association pendant 4 ans et encore il est toujours présenté à espérance qui nous donne de l'aide »*.

Selon la maman la grossesse ce n'était pas bien j'avais des complications, l'accouchement s'était césarienne. Durant ma grossesse j'étais déprimée et nerveuse aussi anxieuse, j'avais peur de perdre mon fœtus. Quand je suis entrée dans le huitième mois, j'ai eu une hémorragie interne. Sur cette base, les médecins ont dû m'accoucher tôt car ils ne pouvaient pas arrêter l'hémorragie. Ils m'ont dit que si je restais dans cet état, tu perdrais ton fils ou tu mourrais parce que mon état était vraiment grave. Cependant, ils m'ont sauvé moi et mon fils, à noter que mon fils n'a pas pleuré à sa naissance, c'est ce qu'a dit le médecin.

L'annonce de ce diagnostic était vraiment un événement traumatisant. Selon les dires des parents presque tous les membres de la famille n'ont pas accepté d'avoir un enfant différent, ils n'arrivent pas à accepter la vérité, à cause de la mauvaise connaissance de ce trouble. Le père nous a dit : **« je suis vraiment choqué jusqu'à présent car je suis trop inquiet sur lui et sur son avenir... je dis toujours « quoi faire ! »**. La maman ajoute que c'est vraiment difficile, le jour où le pédopsychiatre lui a annoncé la maladie de son enfant elle s'est effondrée dit elle : **« le jour où il m'a annoncé que Badredinne est atteint d'autisme je me suis effondrée, je me suis dit qu'est-ce que je dois faire pour l'aider, depuis cette annonce beaucoup de choses ont changé dans ma vie surtout, mais par la suite j'ai fini par accepter à l'aide de bon dieu »**.

Ensuite il nous a annoncé que leur vie a vraiment changé ils sont toujours stressés, l'autisme de notre enfant a influencé sur notre vie, car il y'a des difficultés quotidiennes aussi que des inquiétudes qui provoquent souvent des conflits et des disputes incontrôlables. C'était trop dur d'accepter la nouvelle situation qui a bouleversé notre vie et peuvent se stresser pour l'avenir de notre enfant, ce qui a engendré des remaniements sur leur qualité de vie, cela veut dire que toutes les habitudes quotidiennes ont changé à cause de le handicap de Badredinne. Les parents disent : **« heureusement nous sommes ensemble l'un soutient l'autre et on partage tout quoique ce soit bon ou pire est toujours uni »**.

Les deux parents de Badredinne présentent une fatigue générale, La maman nous semble très affectée par l'autisme de son enfant ce qui a suscité en elle une dépression car elle était sous le choc. Le père était vraiment touché par l'autisme de son enfant qui a devenu très nerveux et perturbé dit-il : **« je m'énerve beaucoup et même je perds mon contrôle »**.

La relation de Badredinne avec ses frères est froide il n'arrive pas à partager aucun jeu avec ses frères, il reste toujours seul et s'isole. Il ne le calcule jamais c'est comme s'il n'existait pas.

Par rapport au regard de l'entourage nous n'avons reçu aucune aide de la famille ou de nos proches, que ce soit financièrement ou même moralement. Ils se sont éloignés de nous à cause du handicap de notre fils. Combien de fois nous ont-ils harcelés nous et notre fils ? la maman dit : **« Quant à ma famille, après la pathologie de mon fils, je ne vais plus chez eux qu'en cas de nécessité. J'ai donc évité d'y aller, et je ne m'intéresse plus à eux. Ce qui m'importe maintenant, c'est uniquement mon fils, et de lui assurer une vie heureuse et tranquille »**. **« Quant à mon mari, il est toujours avec moi et me soutient pour que je ne sente pas qu'il manque quelque chose dans nos vies »**. Le père ajoute **« Néanmoins, nous sommes**

reconnaissants à cette association qui a répondu à tous nos besoins et nous n'avons ressenti aucune carence ou inconvénient et a pris soin de notre fils ».

D'après les déclarations des parents sur l'avenir de leur fils ils : *« Nous espérons que notre fils progressera et s'améliorera plus qu'il ne l'était. Nous sommes satisfaits de ce que l'association a présenté à notre fils. Ils ont pris grand soin de lui, et nous avons une grande confiance en elle, et que cela améliorera notre fils et fera lui plus responsable et indépendant ».*

Résumé de l'entretien :

D'après les données que nous avons recueillies, à travers les questions posées avec les parents de Badredinne , nous avons pu observer que les parents ont acceptés le fait que leur fils est atteint d'autisme, aussi nous a constaté que cette famille à vécu beaucoup de changement dès l'annonce de l'autisme, qui vu dire que la maladie a tout bouleversée et elle a influencée sur leur vie surtout l'entourage familiale et même les proches.

4.2 L'analyse d'inventaire d'anxiété des parents d'enfant nommé « Badredinne »

		Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé	Modérément C'était très déplaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
1.	sensations d'engourdissement ou de picotement	✓			
2.	bouffées de chaleur		✓		
3.	« Jambes molles », tremblements dans les jambes			✓	
4.	incapacité de se détendre			✓	
5.	crainte que le pire ne survienne				✓
6.	étourdissement ou vertige, disorientation		✓		
7.	batttements cardiaques marqués	✓			
8.	mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements				✓
9.	terrifié(e)			✓	
10.	Nervosité			✓	
11.	sensation d'étouffement			✓	
12.	tremblement de mains		✓		

13.	tremblements, chancelant(e)		✓		
14.	 Crainte de perdre le contrôle			✓	
15.	 respiration difficile	✓			
16.	 peur de mourir	✓			
17.	 sensation de peur, « avoir la frousse »			✓	
18.	 indigestion ou malaise abdominal	✓			
19.	 sensation de défaillance ou d'évanouissement	✓			
20.	 rougissement du visage	✓			
21.	 transpiration (non associée à la chaleur)	✓			
24					

Les résultats du cas

Après avoir obtenu des réponses à tous les items de l'inventaire par les parents au cours de la semaine précédente, c'est-à-dire les sept derniers jours, les parents ont eu le score de (24), ce qui signifie une anxiété modéré, on peut le prouvé dans : item 3 « **jambes molles** », **tremblements dans les jambes** », item4 « **incapacité de se détendre** », item9 « **terrifié** », item10 « **nervosité** », item11 « **sensation d'étouffement** » item14 « **crainte de perdre le contrôle** », item17 « **sensation de peur** ».

Pour la case de « **pas de tout** » le membre d'items est 08 items a réponse « pas de tout », comme indiqué dans le tableau et nous pouvons le prouver ci-dessous : item1 « **sensations d'engourdissement ou de picotement** », item7 « **battements cardiaques marqués** », item15 « **respiration difficile** », item16 « **peur de mourir** », item18 « **indigestion ou malaise abdominal** », item19 « **sensation de défaillance ou d'évanouissement** », item20 « **rougissement du visage** », item21 « **transpiration (non associée à la chaleur)** ».

Par rapport à la case de « **n peu (Cela ne m'a pas beaucoup dérangé)** » on a obtenu le score (04) de à titre indicatif aux items suivantes : item2 « **bouffées de chaleur** », item6 « **étourdissement ou vertige désorientation** », item12 « **tremblement de mains** », item13 « **tremblements, chancelant(e)** ».

Et dans la case « **beaucoup (je pouvais à peine le supporter)** » on a deux items à réponse « **beaucoup** » avec un score de (6). Cela signifie que les parents sont touchés par une anxiété modérée quoi se soit physique ou psychique par rapport à l'analyse de ce cas par l'inventaire de Beck.

Résumé du cas :

Le contenu de l'entretien ainsi que l'observation directe nous ont permis de confirmer leur état d'anxiété, notre cas souffre d'une anxiété à cause de la pathologie de son fils les parents stress souvent, la maman déclarer «*je m'inquiète beaucoup* ». «*Quand je pense à son état et je me dis est ce qu'il pourra mener une amélioration au futur*», les parents à une perception négative de la pathologie de son fils ils affirment la perception de la pathologie de notre fils constitue une grande difficulté sur la vie et toujours nous présente la fatigue et l'anxiété.

Cas	Age	Score	Niveaux d'anxiétés
Cas n°01	49/50	25	Modéré
Cas n°02	34/51	18	Modéré
Cas n°03	49/54	35	Sévère
Cas n°04	42/54	24	Modéré

Tableau 01 : Tableau récapitulatif des résultats

II. Discussion des hypothèses :

Dans cette partie de notre quatrième chapitre, nous allons discuter nos hypothèses afin de répondre à la question de notre problématique. Pour vérifier cette hypothèse nous sommes étayés sur des résultats obtenus de l'entretien semi directif de recherche et d'inventaire d'anxiété de Beck, qui portées sur les quatre parents d'enfants autiste qu'on a trouvé au niveau l'association A.D.E.A Bejaia pour mesurer les degrés d'anxiété chez eux, dans le but d'infirmé ou confirmé l'hypothèse.

D'après l'analyse de l'entretien-semi directif de recherche du première cas, ont manifestés des symptômes de l'anxiété dont la tristesse, sentiment d'inquiétude, angoisse, la panique ,la chose qui a été confirmé lors de l'entretien ou notre cas a exprimé clairement son anxiété : « *on ne cesse pas de penser à lui* », « *notre vie est paniquer à cause de ce trouble* », ainsi , il y a un sentiment évident de crainte par rapport à la venir de « Achour ».Les résultats sur l'échelle de l'anxiété de Beck nous confirme l'état d'anxiété de ces parents, ils ont obtenu le score de 23, signifiant une anxiété modéré.

D'après les résultat que nous avons assemblé ,Deuxième cas a manifestée plusieurs symptômes de l'anxiété dont l'inquiétude, pleur facile, la fatigue , la nervosité ,angoisse la chose qui a été aussi confirmé lors de l'entretien ou notre cas a exprimé clairement son anxiété quand il s'est exprimé « *je me retrouve seul à tout assumer* », « *tout le monde m'a tourné le dos dans ces moment difficile* ».Les résultats sur l'inventaire d'anxiété de Beck nous confirme l'état d'anxiété de la maman , ou elle a obtenu le score de 18 , qui signifie une anxiété modéré.

D'après l'analyse de l'entretien-semi directif de recherche, le troisième cas à manifester plusieurs symptômes de l'anxiété dont la détresse, sentiment de culpabilité, tremblements des mains, la nervosité, la chose qui a été aussi confirmé lors de l'entretien ou notre cas a exprimé clairement son anxiété quand il s'est exprimé « *je me met toujours en colère* », « *je stresse tout le temps et je me sens dépassé* ». Les résultats sur l'échelle d'anxiété de Beck viennent confirmer l'état d'anxiété, ou il a obtenu le score de 35, qui signifie une anxiété sévère.

À partir des informations récoltées dans l'entretien semi directif, Le quatrième cas ont présentés des symptômes de l'anxiété dont l'inquiétude, étouffement, stresse, crainte, la chose qui a été confirmé lors de l'entretien et l'observation en effet ce cas a exprimé clairement son

état d'anxiété quand il a dit « *quand je m'énerve je ne me contrôle pas* », en plus d'un profond sentiment de déprime et de la peur et qu'ils sont très affectés par la pathologie de Badredinne. Les résultats sur l'échelle de l'anxiété de Beck nous confirmer parfaitement cet état d'anxiété en obtenant un score de 25 signifiant une anxiété modérée.

À partir de ces résultats que nous avons obtenus et les outils de la recherche, nous avons pu constater que l'arrivée d'un enfant atteint du spectre autistique, peut engendrer plusieurs changements au sein de la famille qui la face à un autre monde de vie différent de celui suivi déjà avant l'arrivée de son handicap. Selon les propos de nos cas interrogés, handicap de leurs enfants occupe tellement leur vie depuis son diagnostic qui les a affectés énormément et même parfois, il les empêche de vivre la joie. D'un autre côté, sa dépendance à ses parents leur impose de s'isoler du monde extérieur et s'enfermer sur eux-mêmes.

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

Par ailleurs, les résultats obtenus par notre étude de recherche sur les quatre parents, sur l'anxiété chez les parents des enfants autistes ne peuvent être généralisé sur tous les parents ayant un enfant autiste. Tous ces résultats, ces révélations, ces constats indiquent clairement que notre hypothèse sont confirmée.

Conclusion

L'autisme ou les troubles du spectre autistiques constituent un véritable problème de santé publique et sociologique. Il est très intéressant de réaliser des travaux de recherche sur les différentes causes (génétique et environnementaux) et conséquences de cette maladie afin de contribuer à modifier le regard de l'opinion publique sur ce handicap et de trouver d'éventuelles solutions thérapeutiques à cette maladie.

La présente étude apporte de précieuses informations sur les différentes sources d'anxiété vécues par les parents qui ont un enfant atteint d'autisme ainsi que sur les impacts de cette réalité sur divers aspects de leur vie.

Tout comme les recherches existantes, la présente étude a permis de démontrer que la prise en charge d'un enfant autiste est une responsabilité des plus complexe et est source de différentes difficultés liées aux comportements perturbateurs associés à ce syndrome

Notre recherche a permis de démontrer les impacts que peut générer la prise en charge d'un enfant atteint d'autisme. Ce que nous avons pu observer, par cette étude, c'est à quel point la prise en charge d'un enfant autiste peut être lourde, mais en particulier de faire le lien entre la diversité, l'intensité et la fréquence des symptômes de ces enfants, mesurer les impacts que cette réalité amène dans leur vie. Ainsi que le manque d'autonomie est une source de stress et d'anxiété pour les parents et pour permettre également de faire la lumière sur les principales difficultés qu'ils vivent au quotidien.

L'anxiété vécu par la majorité des participants est considérée comme élevé et modéré, car il est régulier et il exerce sur eux une pression constante. À ce sujet, la perception des participants en regard d'anxiété qu'ils estiment vivre quotidiennement et l'anxiété vécue, calculé à partir d'une échelle validée, concorde. On remarque que ceux dont le niveau d'anxiété était le plus élevé sont ceux dont les enfants présentent des troubles de comportement plus élevés et une plus grande diversité de symptômes liés à l'autisme.

En ce qui concerne les répercussions du syndrome de l'autisme sur la vie des parents, plusieurs éléments sont ressortis, notamment l'isolement social qu'ils vivent en raison des troubles de comportement de leur enfant et de leur manque d'habiletés sociales. Ceux-ci ont exprimé leur inconfort quant au regard des autres faces aux comportements de leur enfant. La majorité affirme avoir dû adapter et restreindre leurs activités pour ne pas être confronté aux troubles de comportements de leur enfant.

En effet, cette étude vise principalement à déterminer quelles sont les difficultés qu'engendre la prise en charge d'un enfant atteint d'autisme chez les familles, et quel et l'impact de l'anxiété chez eux, et de connaître la présence ou non d'anxiété et aussi connaître les stratégies adopter par ces parents pour faire face à le handicap de leurs enfants, et l'évaluer. Ainsi que les répercussions de cette réalité sur la santé biopsychosociale des parents et sur leur vie familiale, conjugale et professionnelle.

Enfin, cette recherche reste une bonne expérience à travers laquelle on a appris beaucoup de choses sur l'anxiété chez les parents ayant un enfant autiste, on a appris que chaque personne affronte différemment ces situations, forte de son histoire personnelle, de sa capacité de résilience. Même si on est arrivé à ces résultats pour réaliser nos objectifs notre recherche reste limités et ouvre des portes pour d'autre recherche en modifiant les variables. Ou autre recherche plus approfondis.

De plus, on espère que cette recherche permettra d'améliorer et de mieux adapter les interventions et les pratiques de soutien auprès de ces familles.

Chapitre II :

L'autisme

1. Amaria, B, Céline, D, Jacqueline, M. (2015). « **Education thérapeutique des parents d'enfant avec troubles du spectre autistique** ».Paris: Masson.
2. American Psychiatric Association (2000). « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition », Text Revision (DSM-IV-TR) (Arlington, VA: American Psychiatric Publishing)
3. American Psychiatric Association (2013). « **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition** », (DSM-5) (Washington, D.C: American Psychiatric Publishing).
4. Allik, H., Larsson, J., Smedje, H. (2006). « **Health-related quality of life in parents of school-age children with asperger syndrome or high-functioning autism. Health and Quality of Life Outcomes** », 4, 1-8.
5. Amy, M-D. (2009). « **Comment aider l'enfant autiste, Approche psychothérapique et éducative** », 2e éd, Paris, Masson.
6. Benson, P. R. (2006). « **The impact of symptom severity of depressed mood among parents of children with ASD : The mediating role of stress proliferation. Journal of Autism and Developmental Disorders** » : 36(5), 685-695.
7. Bertrand, J. (2008), « **Autisme, le gène introuvable de la science business** ».Paris: Seuil.
8. Bouvard,M,Cottraux,J.(1996), « **Pratique en psychothérapie ,protocoles et échelle d'évaluation en psychiatrie et en psychologie** »,paris, Ed, Mas
9. Cappe, E. Wolff, M., Bobet, R., Dionne, C. & Adrien, J.-L. (2010). « **Qualité de vie et ajustement des parents d'un enfant ayant un trouble envahissant du développement** ». Revue francophone de la déficience intellectuelle. 21, 125-133.
10. Cathrine, B. et al. «**Les personnes atteintes d'autisme, identification, compréhension, intervention** », Brussels, Belgaum, 2006
11. Carole, S, Cathrine R.P. « **Impact de l'autisme sur la vie des parent**», Santé mentale, Québec, vol.34, 2009, n°1.245.260
12. Carole,T, bruno, G. (2003). «**L'autisme** », Paris, Ed Nathn, VUEF
13. Chahraoui, Kh, Bénony, H. (2003). « **Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique** ». Paris : Dunod
14. Classification internationale des maladies de l'OMS (CIM 10)
15. Clet-bieth,E, Dujardin,P, Lefevre,M, Perisse,D. (2008). « **L'enfant autiste** ». France
16. Contejean, Y et Doyen, C. (2012). « **Regards périphériques sur l'autisme: Evaluer pour mieux accompagner (Lavoisier)** »

17. Fombonne, E. (2003). « **Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update** ». *J Autism Dev Disord* 33, 365–382.
18. Gray, K, M, Tonge, B. J. Brereton, A.V. (2006). « **Screening for autism in infants, children and adolescents. International review of research in mental retardation** » : 32, 197-227.
19. Graziani, P. (2003), « **Anxiété et troubles anxieux** ».Paris: Nathan
20. Guy, B. (2005). « **Manuel de psychopathologie** ».Paris: Dunod.
21. Haute Autorité de Santé (HAS), (2010). « **Autisme et autres troubles envahissants du développement** ».
22. Juhel, J, C. (2003). « **La personne autiste et le syndrome d’asperger** », Canada, Presses de l’université Laval.
23. **Julien, N, Langlois, D(2009). « livre blanc de l’autisme ». Avril**
24. KANNER, L. « **Autistic disturbances of affective contact. The Nervous Child** », (1943), traduction française. « **Les troubles autistiques du contact affectif, neuropsychiatrique de l’enfance** », Paris.1990
25. Lelord,G , Sauvage,D. (1990). « **L’autisme de l’enfant** ».Paris: Masson.
26. Lenoir,P, Malvy,J, et al.(2007). « **L’autisme et le trouble de développement psychologique** », 2e éd, Herstal, Masson.
27. Mahmoud oud-taleb. (10-2015). « **Manuel de la pédopsychiatrie** ». 2 éme édition
28. Pierre. F. « **L’autisme infantile** », Paris, Edition Point Delta, 2012
29. Philippe (2009). « **Autisme et parentalité** », paris : duno. Laplanche. Jet Pontalis (1967), « **vocabulaire de la psychanalyse** », paris, delta. 2. Senon J, (2012) ; « **trauma et résilience,paris** »,Dunod.
30. Radat, F. 1998 « **les états anxieuse** », ED Doin.
31. Rogé, B. (2003). « **Autisme, comprendre et agir** ». Paris :Dunod.
32. Sarron, C, M, et Vera,L. (2004), « **l’entretien en thérapie comportementale et cognitive** », paris, ED Dunod
33. Schopler, E. (1988), « **Stratégies éducatives de l’autisme** ». Editions Masson, Paris,
34. Schopler. E et al. (2007), « **Activités d’enseignement pour enfants autistes** », Herstal, Masson.
35. Tardif, C, et Gepner, B. (2003). « **L’autisme** », Paris, Ed Nathan, VUEF.

36. Wing, L, Potter, D. (2002). « **The epidemiology of autistic spectrum disorders: Is the prevalence rising ? Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews** », 8, 151-161.
37. Wolff, S. (2004). «**The history of autism. European Child & Adolescent Psychiatry** », 13, 201-208.
38. Yeargin-Allsopp, M, Rice, C, Karapurkar, T., Doernberg, N., Boyle, C., et Murphy, C. (2003). « **Prevalence of autism in a US metropolitan area** ». JAMA 289, 49–55.
39. Ziani-Bey, M. (2016). « **Autisme, c'est quoi? Réflexion** ».

Dictionnaire :

01. Sillamy, N. (2006). « **Dictionnaire de psychologie** ». Paris : Larousse Quevauvilliers, J,
02. Perlemuter, L., Perlemuter, G. (2009). « **Dictionnaire médical de l'infirmière** ». Paris : Masson

Site web :

01. (<https://www.neuraxpharm.com/fr/troubles/anxiete#> consulté le 20 /02/2023 à 10h.
02. <https://www.autismspeaks.ca/fr/> .consulté le 11/03/2023 à 15h .
03. <https://fr.graphistik.com/what-is-beck-anxiety-inventory/> .consulté le 29/03/2023 à 14h .

Annexe N°01 :

Guide d'entretien :

Ce guide d'entretien que nous avons effectué durant notre recherche se compose de quatre axes. Les deux premiers axes réservés à la collecte des données générales sur l'enfant et sa pathologie ainsi que leurs parents. Tandis que le troisième axe concernant l'impact de la pathologie sur les parents d'enfants autistes et la dernière question a pour objectif de savoir la vision des parents sur l'avenir de leurs enfants.

Axe I : Informations concernant les parents :

1. Quel âge avez-vous ?
2. Quel est votre niveau d'instruction ?
3. Quelle est votre situation familiale ?
4. Quelle est votre profession ?
5. Combien d'enfants avez-vous ?
6. Avez-vous une maladie chronique ? (c'est oui laquelle ?)
7. Avez-vous vécu des complications lors de votre accouchement ?

Axe II : Informations sur l'enfant et sa pathologie :

8. Il à quel âge votre enfant maintenant ?
9. A quel âge votre enfant, lorsque vous l'avez découvert qu'il est autiste ? Et qui a fait le diagnostic ?
10. Comment était votre réaction ?
11. Comment vivez-vous avec la pathologie de votre enfant ?
12. Votre enfant est scolarisé ou placé dans un centre spécialisé ?
13. Votre enfant s'adapte bien avec son environnement scolaire ?
14. A-t-il des bons résultats ou des améliorations ?

15. comment est le regarde de votre entourage envers votre enfant ?

16. A-t-il de bonnes relations avec ses frères ?

17. Ressentez-vous que votre enfant est différent des autres ?

Axe III : l'impact de la pathologie sur les parents :

18. Comment Avez-vous vécu l'annonce du diagnostic de votre enfant ?

19. Qu'est-ce que vos réactions envers les comportements de votre enfant ?

20. Comment vous percevez la pathologie de votre enfant ?

21. Est-ce qu'il vous inquiète ?

22. Avez-vous senti du changement dans votre famille après la naissance de votre enfant autiste ?

23. Êtes-vous nerveuse ? Ou nerveux ?

24. Sentez-vous du stress vis à vis du trouble de votre enfant ? Si c'est oui, comment vous le gérer ?

25. Quelle est l'impact de cette maladie sur votre vie quotidienne ?

26. Est-ce que vous trouvez des difficultés de concentration pendant votre travail ?

27. Sentez-vous quelques fois des sentiments de déprime ? C'est oui, pourquoi à votre avis ?

28. Avez-vous du soutien de votre famille

Axe IV: l'espoir des parents vis-à-vis leur enfant :

29. Est-ce que vous avez l'espoir que votre enfant autiste va s'améliorer ?

30. Comment voyez-vous le devenir de votre enfant ?

Partie pratique

Annexe N°02

Inventaire de Beck pour
l'anxiété

Nom : Prénom Date Résultat

Voici la liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez,

INVENTAIRE DE BECK POUR L'ANXIÉTÉ

Nom : _____ Date : _____ Résultat : _____

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en encerclant le chiffre approprié, à quel degré vous avez été affecté par chacun de ces symptômes *au cours de la dernière semaine*, aujourd'hui inclus.

Au cours des 7 derniers jours, j'ai été affecté(e) par ...	Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e)	Modérément C'était très déplaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
1. Sensations d'engourdissement ou de picotement	0	1	2	3
2. Bouffées de chaleur	0	1	2	3
3. «Jambes molles», tremblements dans les jambes	0	1	2	3
4. Incapacité de se détendre	0	1	2	3
5. Crainte que le pire ne survienne	0	1	2	3
6. Étourdissement ou vertige, désorientation	0	1	2	3
7. Battements cardiaques marqués ou rapides	0	1	2	3
8. Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	0	1	2	3
9. Terrifié(e)	0	1	2	3
10. Nervosité	0	1	2	3
11. Sensation d'étouffement	0	1	2	3
12. Tremblements des mains	0	1	2	3
13. Tremblements, chancelant(e)	0	1	2	3
14. Crainte de perdre le contrôle de soi	0	1	2	3
15. Respiration difficile	0	1	2	3
16. Peur de mourir	0	1	2	3
17. Sensation de peur, «avoir la frousse»	0	1	2	3
18. Indigestion ou malaise abdominal	0	1	2	3
19. Sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	2	3
20. Rougissement du visage	0	1	2	3
21. Transpiration (non associée à la chaleur)	0	1	2	3

Chapitre III :

Méthodologie

de recherche

Chapitre IV :
Présentation,
analyse et
discussion de
l'hypothèse

Conclusion générale

Liste bibliographique

Annexes

Cadre générale de la problématique