



Université Abderrahmane Mira –Bejaia

Faculté des sciences humaines et sociales

Département de psychologie et l'orthophonie

Mémoire de fin de cycle

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

Option : psychologie clinique

Thème

**L'anxiété et l'intelligence émotionnelle chez les parents ayant
un enfant autiste**

*Étude de (06) cas réalisé au sien de l'hôpital de psychiatrie de
Oued Ghir*

Élaboré par

-BOUNAMA Tassadit

-CHALLAL Lynda

Dirigé par

Dr. GUEZOU I Djedjiaga

Année universitaire 2023/2024

Remerciement

Ainsi s'achève notre parcours d'étude, nous tenons à remercier le bon Dieu de nous avoir accordé santé et volonté pour élaborer cette recherche.

Le résultat fin de cette recherche n'aurait jamais été possible sans l'aide de plusieurs personnes dont nous désirons exprimer nos profondes reconnaissances.

*Tout d'abord nous tenons à remercier notre aimable, noble promotrice **Mme GUEZOUI DJEDJIAGA** d'avoir accepté de nous encadrer, nous remercierons ainsi pour la qualité de conseils qui nous ont été chers et d'avoir partagé ses connaissances et son savoir-faire pour établir ce travail.*

Nos vifs remerciements également aux membres du jury pour l'intérêt qu'ils ont porté à notre mémoire en acceptant d'examiner notre travail.

*Nous tenons à remercier aussi tout personne de l'établissement « HOPITALIE PSYCHIATRIE DE OEUD –GHIR » surtout **M^r HAMED RAHIM & KHIRDINNE AMINE** pour leurs accueils bienveillants ainsi qu'aux les parents et leurs enfants d'voire contribuer à notre recherche.*

Nous exprimons également notre gratitude et sincères remerciements à nous enseignants et à tous personne qui ont contribués à la réalisation de cet humble travail.

Dédicaces

Dieu merci de m'avoir donné la force pour accomplir ce modeste travail que je dédie particulièrement :

À mes très chers **parents** en qui j'ai puisé tout le courage, la patience, la confiance, la volonté de faire ce modeste mémoire, je leurs serait éternellement reconnaissante.

À mes très chers frères et sœurs .

À toute ma famille et **mes proches de** prés et de Loing .

Mes frères et leurs femmes .

À ma sœur et son mari .

À Mes cher petites neveu et nièces que j'adore .

À toute ma famille et **mes proches de** prés et de Loing .

À mon binôme Lynda.

Aussi à toutes les personnes qui m'ont aidée de

Près ou de loin à la réalisation de ce travail.

TASSADIT

Dédicaces

Je dédie ce modeste mémoire :

À mes très chers parents en qui j'ai puisé tout le courage, la patience, la confiance, la volonté de faire ce modeste mémoire, je leurs serait éternellement reconnaissante.

À mes très chers frères et ma sœur: Yacine, Sofiane, et Sabrina.

À toute ma famille et mes proche de près et de Loing.

À ma belle-sœur : Lilia.

À mon cher petit neveu Isaac .

À tous mes amis : en particulier : Siham .

À mon binôme Tassadit .

Aussi à toutes les personnes qui m'ont aidée de

Près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Lynda

Tableau présente signification des tableaux et leurs pages

N° du tableau	Intitulé	Page
01	Différence entre peur est anxiété	17
02	Dimension de l'échelle de l'intelligence émotionnelle	50
03	Présents les défèrent coefficients de l'échelle avec leurs dimensions et avec les dimensions entre eux.	51
04	Les caractéristiques de la population d'étude	51
05	Résultat de l'échelle d'anxiété du 1^{er} cas	56
06	Résultat de l'échelle de l'intelligence émotionnelle 1^{er} cas	56
07	Résultat de l'échelle d'anxiété de 2^{ème} cas	57
08	Résultat de l'échelle de l'intelligence émotionnelle de 2^{ème} cas	58
09	Résultat de l'échelle d'anxiété de 3^{ème} cas	59
10	Résultat de l'échelle de l'intelligence émotionnelle de 3^{ème} cas	60
11	Résultat de l'échelle d'anxiété de 4^{ème} cas	61
12	Résultat de l'échelle de l'intelligence émotionnelle 4^{ème} cas	61
13	Résultat de l'échelle d'anxiété de 5^{ème} cas	63
14	Résultats de l'échelle de l'intelligence émotionnelle de 5^{ème} cas	64
15	Résultat d'échelle d'anxiété de la 6^{ème} cas	66
16	Résultat de l'échelle de l'intelligence émotionnelle de 6^{ème} cas	66
17	Les cas et résultats de l'échelle d'anxiété	68
18	Les cas et résultats de l'échelle de l'intelligence émotionnelle	68

Sommaire

Remerciement.

Dédicaces.

Liste des tableaux.

Introduction 1

Partie théorique

Chapitre I

Le cadre général de problématique

1. La problématique.....	5
2. les hypothèses :.....	8
3. L'objectif de la recherche.....	8
4. Le choix du thème.....	8
5. La définition opérationnelle des concepts clés.....	9
5.1. L'autisme.....	9
5.2. L'anxiété.....	9
5.3. Intelligence émotion.....	9
5.4. Parentalité.....	9

Chapitre II

Anxiété parentale

Préambule
1. Définition de l'anxiété.....	12
2. Les symptômes de l'anxiété.....	12
3. L'étiologie de l'anxiété.....	13
4. L'anxiété et l corps.....	13
5. Les types d'anxiété.....	14
6. L'anxiété : Du normal au pathologique.....	15
7. Calcul des couts de l'anxiété.....	15

8. Les niveaux d'anxiété.....	16
9. Différence entre déprime et anxiété	17
10. Différence entre anxiété et angoisse	17
11. Différence entre peurs et anxiété	18
12. Dépression	18
13. Diagnostic différentielle entre anxiété et dépression :	19
14. Développement et évolution.....	19
15. Diagnostic différentiel	20
16. Les modèles théoriques de l'anxiété.....	21
17. La prise en charge de l'anxiété	22
18. L'annonce de diagnostic d'autisme aux parents.....	24

Synthèse.....

Chapitre III

Intelligence émotionnelle

Préambule
1. Définition de l'émotion	26
2. Définition de l'intelligence.....	26
3. Définition de l'intelligence émotionnelle :	26
4. Origine de l'intelligence émotionnelle	27
5. Les différentes modèles de l'intelligence émotionnelle.....	27
6. Les facteurs de développement de l'intelligence émotionnelle	29
7. Les outils de mesure de l'intelligence émotionnelle :	30

Synthèse.....

Chapitre IV

Parentalité et autisme

I. Autisme	33
Préambule	
1. L'aperçu historique de l'autisme	33
2. La définition du trouble de spectre de l'autisme	33

3. Les types de l'autisme	35
4. Les signes de l'autisme	36
5. Les signes cliniques de l'autisme	37
6. L'étiologie de l'autisme	39
7. Les troubles associés à l'autisme	40
9. Diagnostic de l'autisme	41
10. Les prises en charge	43
Synthèse	

II .Parentalité et autisme 48

Préambule

1. L'annonce du diagnostic de l'autisme.....	48
2. Les pièges dans l'attitude des parents envers leur enfant autiste	50
3. Les répercussions de l'autisme sur la parentalité	51
4. Les conséquences de l'autisme sur la relation parent –enfant	52
5. La relation mère - enfant autiste et le ressenti parental.....	52
6. Le sentiment de compétence parentale selon les difficultés de l'enfant	53
7. Les compétences des parents d'enfants avec TSA.....	54
8. Les défis et les besoins des parents d'enfants ayant un TSA	55
9. Les nouvelles attitudes à l'égard des parents	56

Synthèse.....

Partie pratique

Chapitre V

La méthodologie de la recherche

Préambule	
1. La pré –enquête	62
2. La présentation de lieu de la recherche	62
3. La méthode utilisée	63
4. Les outils d'investigation	63
4. L'échelle d'appréciation de l'anxiété d'Hamilton	64

6	L'échelle d'appréciation de l'intelligence émotionnelle de Bar-on & Parker	65
7.	Le groupe d'étude.....	67
8.	Le déroulement de la pratique.....	68
Synthèse.....		

Chapitre VI

Analyse et Interprétation Des Résultats et Les Hypothèses

Préambule		
I.	Présentation des cas.....	71
1.	Présentation de 1 ^{er} cas (K/H).....	71
2.	Présentation de 2 ^{ème} cas (A/L)	74
3.	La présentation de 3 ^{ème} cas (I/N).....	75
4.	présentation de 4 ^{ème} cas (M/S)	77
5.	Présentation du cinquième cas (F/N)	79
6.	présentation du sixième cas (F/N) :.....	81
7.	Discutions et analyse des hypothèses.....	84

Conclusion

Bibliographique

Annexes.

Résumé.

Introduction

Introduction

L'enfant est confronté à un enchaînement de phases développementales, un multiple changement sur différents plans (physiologique, psychologique), Ce développement peut être entravé à n'importe quel moment par l'apparition d'un tableau clinique de signes anormaux à un âge précoce, ce qui retentisse sur la vie personnelle, familiale et sociale de l'enfant.

Lorsqu'un organisme se trouve à un stade de développement rapide comme la petite enfance, et qu'une maladie l'atteint, cette maladie qui survient va non seulement modifier la structure présente, mais elle peut aussi altérer le processus du développement ultérieur.

Le trouble du spectre de l'autisme TSA est un domaine de recherche à la fois récent et prospère, comparant à d'autres troubles, est l'un des troubles les plus mystérieux qui atteint l'enfant à un âge précoce entre 2 à 3 ans, en entravant toutes les phases développementales, puisque tous les secteurs de fonctions sensorielles, perceptives, cognitives, communicatives, émotionnelles et relationnelles sont altérés.

L'autisme est considéré au niveau international comme un trouble du neuro-développement. Ce dernier désigne : « l'ensemble des mécanismes qui vont guider la façon dont le cerveau se développe, orchestrant les fonctions cérébrales (fonction motrice, sensorielle, langagière, comportement) (*Dormoy . 2020, P.35*).

En donnant naissance à un enfant, les parents souhaitent ce qu'il y a de mieux pour lui, tant en ce qui a trait à ses ressources personnelles, qu'à son bien-être. Cela peut à la fois constituer une source de bonheur et de stress.

L'annonce du diagnostic est un moment difficile qui oblige 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 de leurs compétences parentales qu'influence sur leur intelligence émotionnelle des parents.

L'anxiété des parents autistique peut aussi influence sur leur intelligence émotionnelle qu'est la capacité de gérer l'émotion et utilisé intelligence pour s'adapté à la situation.

L'objectif de notre étude porte sur l'anxiété et l'intelligence émotionnelle chez les parents ayant un enfant autiste. Pour réaliser notre travail sur terrain, nous sommes basés sur la méthode clinique qui est descriptif en appuyons sur l'étude de cas pour décrire.

On a utilisé l'entretien semi-directif comme une technique d'investigation, ce travail compose de deux grandes parties complémentaires (théorique et pratique)

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

- ✓ Une partie théorique qui contient quatre chapitres :
 - ✓ Le premier chapitre : le cadre générale de problématique.
 - ✓ Le deuxième chapitre : l'anxiété parentale.
 - ✓ Le troisième chapitre : l'intelligence émotionnelle.
 - ✓ Le quatrième chapitre : autisme et parentalité
-
- ✓ Une partie pratique contient deux parties :
 - ✓ La méthodologie de la recherche.
 - ✓ Analyse des résultats et interprétation de la discussion hypothèses.
- On termine notre étude conclusion.
- Enfin le cinquième chapitre qui est réservé pour la présentation, l'analyse et l'interprétation des résultats.

Partie théorique

Chapitre I

Le cadre général de problématique

1. La problématique

La famille est une communauté d'individu réunis par des liens de parenté, un ensemble par le père, la mère et les enfants, car La famille joue un rôle essentiel dans le développement émotionnel, sociale et cognitif de l'enfant, c'est au sein de la famille que l'enfant apprend les valeurs, les normes et les comportements qui l'aideront à s'intégrer dans la société.

De plus, la famille offre un environnement sécurisant où l'enfant peut exprimer ses émotions, apprendre à résoudre des problèmes et développer des compétences sociales. Les interactions quotidiennes avec les membres de la famille aident également à renforcer le lien affectif et à favoriser un sentiment d'appartenance. En somme, la famille offre à l'enfant un soutien inestimable, favorisant son développement global et lui offrant une base solide pour naviguer dans le monde qui l'entoure.

Selon Delage (2013) la famille est considérée comme un «<< système >>» sur le modèle de ce que l'on observe en biologie comme un ensemble d'éléments hétérogènes, combinés entre eux et concourant à une même filiation, ses règles de communication et ses mécanismes régulateurs obéissent à des principes cybernétiques d'autocontrôle pour maintenir l'ensemble dans un état d'équilibre (**Delage, M.201.3 P.8**).

Être parent d'un bébé en pleine santé, et apprendre quelques années après sa naissance qu'il est autiste, est un véritable choc, en effet cet enfant n'est pas lui un être différent (**Tétreault et al. 2002**).

Un grand niveau d'anxiété et de stress que les parents vivent notamment les parents ayant un enfant avec handicap, peu importe ce handicap que ce soit trisomique, handicap moteur, ou encore l'autisme présente un bouleversement et un choc pour les deux parents.

L'autisme est connu comme pathologie d'origine génétique, neurologique ou biochimique qui constitue un handicap multifactoriel, ses conséquences ont pu se prolonger sur les différents aspects de la vie familiale.

Le fait d'avoir un enfant autiste peut avoir un effet dévastateur sur la santé mentale et physique des parents. En particulier est la mère étendue qu'elle est la plus impliquée dans l'entretien et l'éducation des enfants en plus des autres tâches ménagères.

Au Canada 99% des parents gardent leur enfant à la maison si bien que toute famille doit adapter sa vie quotidienne à ses déficits (**Tétreault et K. Etcheson.2002**).

Du ministère de la santé en Algérie, en compte pas moins de 80,000 enfants autistes dont l'évolution de la maladie est d'un cas sur 150 naissances âgées entre 17 mois jusqu'à 17 ans.

Ce rapprochement et ces interactions avec cet enfant particulier vont voir des conséquences manifestes sur le plan psychologique en particulier l'intelligence émotionnelle et l'anxiété chez les parents.

L'anxiété se manifeste par des signes psychiques qui sont les sentiments négatifs et par des signes et comportementaux comme les douleurs, les maux de tête...etc

L'anxiété a été décrite comme un état émotionnel qui possède la qualité subjective expérimentée de la peur ou d'une émotion très proche. Elle est désagréable, négative, dirigée

vers le futur, parfois exagérée par rapport à la menace, et inclut des symptômes corporels subjectifs et manifestes (**Graziani.2003**)

Avoir un enfant autiste est une situation qui menace ou bien qui peut provoquer un malaise et une anxiété pour tout l'ensemble de la famille, mais surtout les parents. En effet, l'autisme reste une pathologie la plus pénible et difficile qui touche l'enfant d'une façon très précoce, il dure en générale toute la vie. Atteint la fonction la plus précieuse des relations humaine, l'empathie entraînant un fossé dans la communication et les échanges et rendant difficiles les processus d'attachement affectif (**P.Lenoire, J.Malvy, et cool. 2007**).

Un diagnostic de l'autisme peut être lourd pour ses parents qui vient accompagner avec beaucoup de questionnement concernant tout d'abord comment comprendre un enfant différent et s'inquiéter pour son avenir. Ses parents vont vivre un haut niveau de choc qui leur oblige à rentrer dans une phase de deuil ou ils ont perdu une image d'un enfant idéale et faire face à une rivalité qui est totalement différente à leur expectation

La famille des enfants autistique est confrontée à de nombreuses crises, et ces crises ne surviennent pas seulement à la naissance de l'enfant, mais se renouvellent et surviennent à plusieurs moments et étapes de sa vie. Ces familles traversent un certain nombre d'étapes, de qu'un schéma émotionnel spécifique domine chacune des étapes, ces étapes varient d'un sentiment de choc et de doute sur le diagnostic à un sentiment de lecture à mesure que l'enfant autiste grandit, ce qui entraîne de nombreuses pressions auxquelles l'enfant est exposé, (**Al-khamisi (2011)**). Cela signifie que la découverte et le diagnostic d'un enfant autiste après une situation et un événement stressants conduisent à un changement dans les rôles et les attentes familiales, et les réactions efficaces qui l'accompagnent face à la perte par les parents de leurs espoirs et de leurs ambitions liées à la naissance de l'enfant (**Al-Qadi .2010**). L'exposition répétée à ces situations stressantes, représentées par des stimuli internes et externes auxquels les parents sont exposés de manière continue et à un degré de gravité qui dépasse leurs ressources, leur capacité à se métré d'accord, entraîne des effets négatifs dans leur vie qui peut cela les rend incapables de prendre des décisions et d'interagir avec les autres (**Hadeel. 2011**). Cela affecte également les relations entre les membres de la famille. (**Habile. 2011**). Dans son étude (**Événements (2005)**) sur les enfants ayant des besoins spéciaux il a indiqué le taux de divorce et de séparation parmi les familles avec enfants ayant des besoins spéciaux était élevé par rapport aux familles avec enfants normaux. (راف الله بوشعرية، فتحي الدايج، 2017، ص 4-3).

Et Selon (**Divan, Vajaratkar, Desai, Lievers et Patel. 2012**), la présentation précédente, il ressort clairement l'impact grave de la présence d'un enfant autiste dans la famille et les pressions psychologiques qui en résultent et qui pèsent lourdement sur les parents de l'enfant autiste. Ce qui affecte le climat familial et les relations mutuelles entre ses membres. C'est pourquoi la présente étude tente d'identifier les pressions psychologiques entre les pères et les mères d'enfant autisme et sa relation avec l'harmonie familiale.

C'est pour cela Les parents émotionnellement intelligents créent un environnement sûr et favorable pour leurs enfants afin de créer une vie familiale saine.

L'intelligence et la capacité à apprendre à partir de l'expérience, à résoudre des problèmes et s'adapter à de nouvelles situations (**David.M .2004. P.431**). L'intelligence et un

concept construit selon un point de vue social. Une culture juge <<intelligence>> tout ce qui contribue au succès dans cette culture (**Sternberge et kaufman. 1998**). Dans les régions rurales du Kenya, l'intelligence peut être le don de connaître les herbes qui traitent des maladies particulières. Dans les cultures asiatiques, cela peut concerner des aptitudes sociales. Dans les pays occidentaux, l'intelligence est définie par l'aptitude à effectuer des tâches sur le plan cognitif (**David. M. 2004. p. 422**).

Le concept de << l'intelligence émotionnelle >> a été introduit dans littérature psychologique en 1900 (Salovey et Mayer), afin de comprendre les différences individuelles dans les phénomènes affectifs. En effet, bien qu'une importante avancée dans le domaine de la recherche sur les émotions ait permis de faire progresser notre compréhension des différences individuelles à la fin des années 1980, les études étaient menées selon des méthodes et dans les buts différents, et les résultats étaient dispersés.

Par exemple, alors que la psychologie cognitive et la psychologie sociale s'appliquaient à identifier et à décrire les différences individuelles liées à des phénomènes tels que la perception, l'encodage, le traitement et la régulation des affects, les psychologues cliniciens examinaient les compétences émotionnelles et cherchaient à savoir si on pouvait les développer (**Sander. D et Scherer.k. 2009. P. 375**).

Dans le courant des années 1990, du à l'air du temps et au best-seller << Émotionnel Intelligence>> de Daniel Goldman (**1995**), ce modèle qui devait encourager le développement théorique et empirique dans la recherche sur les émotions est devenu un concept populaire, qui montre que l'intelligence émotionnelle est le meilleur prédicteur de la réussite de la vie professionnelles et personnelle est le meilleur prédicteur de la réussite de la vie professionnelles et personnelle grâce à l'apprentissage de certaine aptitude (**Sander. Det Schere.k. 2009. P. 375**). D'après Daniel Goleman, l'intelligence émotionnelle est un bien meilleur prédicteur des performances et de la réussite future que le QI.

Les résultats des études de **Tasrit et Jambol (1977) (et dartre)** ont montré que les tuteurs d'entreprise handicapés ont recours à l'évitement dans les situations de confrontations qu'ils éprouvent également un sentiment de perte et de manque d'harmonie et qu'ils se comprennent moins et ont moins de soutien pour les relations familiales y compris la présentation personnelle et la référence carrer (**1997**) dans son étude menée auprès de (42) familles 'enfants handicapés mentaux à partir de (51) ans a indiqué que les relations conjugales sont conscientes de l'existence du modèle surtout lorsque les revenus de la famille sont limités. Et de nombreuses études indiquent que les personnes handicapées qui travaillent ont besoin de plus de temps, de soins, de garde, de formation et de couts que les autres, et à cet égard, coloria (**1974**) indique que les parents d'enfants handicapés sont confronté à grandes difficultés financières due à la nécessité d'outils spéciaux et de soins médicaux, ainsi que de programmes spéciaux (ص 118، 2014، نادية بوشلاق، سميرة بوزفاق، نادية بوشلاق).

Cette présentation d'étude a pour objectif, de décrire et de comprendre l'impact d'un enfant autiste sur la parestions du trouble d'anxiété sur les parents et évalué le degré de cet anxiété chez eux et pour aussi l'intelligence émotionnelle chez eux.

De ce fait, on a envisagé de rivaliser cette recherche qui s'intitule « l'intelligence émotionnelle et l'anxiété chez les parents ayant un enfant autiste », en posant la question suivante :

1. Quelle est l'influence de l'intelligence émotionnelle sur l'anxiété chez les parents ayant un enfant autiste ?
2. Quelles sont les facteurs qui déterminent la nature de l'influence d'intelligence émotionnelle sur l'anxiété chez les parents ayant un enfant autiste ?

2. Les hypothèses :

Pour répondre à ses questions ont proposé les hypothèses suivantes :

1. Existence d'influence positive importante entre l'intelligence émotionnelle et l'anxiété chez les parents ayant un enfant autiste
2. Existence des facteurs interne et externes qui détermine la nature de l'impact entre l'intelligence émotionnelle et l'anxiété.

3. L'objectif de la recherche

L'étude actuelle vise à atteindre les objectifs suivants :

- Acquérir des connaissances sur l'anxiété en générale et surtout chez les parents ayant un enfant autiste.
- Mesurer le niveau de l'anxiété chez les parents à l'aide de l'échelle de l'anxiété de Hamilton.
- L'influence de l'intelligence émotionnelle et déterminé la nature des facteurs qui détermine l'impact de l'intelligence émotionnelle sur l'anxiété chez les parents ayant un enfant autiste.
- L'impact du trouble de l'enfant sur le vécu psychique et la vie quotidienne des parents.
- Avoir plus de connaissance sur l'autisme, puisque l'autisme diffère d'un enfant à l'autre.

4. Le choix du thème

- ✓ L'intérêt de notre étude est d'inciter les autres à s'intéresser au phénomène de l'autisme dans notre société et bien s'occuper de ces enfants ainsi que les conséquences que ce trouble peut avoir sur la vie des parents.
- ✓ Aide les parents ayant un enfant autiste à comprendre les facteurs d'anxiété et leur impact sur intelligence émotionnelle chez eux.

5. La définition opérationnelle des concepts clés

5.1. L'autisme

Définition

Le trouble du spectre de l'autisme (TAS) est défini par des déficits sur le plan de communication et des interactions sociales, et par des comportements, intérêts de la et activités restreints. Les premiers symptômes se manifestent généralement lors de la petite enfance et réduisent significativement le fonctionnement adaptatif (**Derge**).

L'opérationnelle du concept

Autisme est un trouble de développement qui touche l'enfant sur le plan sociale, communication, langage, stéréotypé, comportement répétitivité.

5.2. L'anxiété

Définition

Est état d'esprit tourné vers l'avenir dans lequel on n'est pas prêt ou préparé à fin fac aux événements négatif à venir (**Lavrentporet .2019. P.5**).

L'opérationnalisation du concept

État de peur ou angoisse vers évènements négative ou bien l'avenir. Selon d'échelle d'Hamilton.

5.3. Intelligence émotion

Définition

Selon Mélanie et Nicole Royer, l'intelligence émotionnelle est celle du cœur. Elle permet d'identifier et gérer ses émotions pour les utiliser positivement. Pour voir développer son intelligence émotionnelle, c'est maîtrisé ses pulsions et pouvoir différer la satisfaction de ses désirs, maintenir un équilibre émotionnel, être empathique et entretenir des relations harmonieuses avec les autres, savoir se motiver et faire preuve de persévérance malgré les difficultés à affronter (**Houssonloge. D .2012. P.12**).

Opérationnelle de concept clé

Capacité de gérer, percevoir, comprendre maîtrises, et exprimer une émotion Selon échelle de Bra-on et Parker.

5.4. Parentalité

Un parent va être à l'écoute des besoins de ses enfants et est en mesure d'y répondre ; il les aide à s'adapter à la société et à bien y vivre ; il crée des conditions familiales favorables à leur épanouissement ; et il créé capable d'établir une bonne relation avec eux (**Claudin, P, et all. 2008. P. 30**).

L'opérationnelle du concept

L'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent

Chapitre II

Anxiété parentale

Préambule

L'anxiété est ressentie comme une crainte dont la cause est difficile à préciser sauf si c'est été provoqué par un choc ce sentiment s'accompagne de symptômes physique est émotionnel et touche tous les aspects de notre vie.

Il est naturel de ressentir une certaine occasion mais les troubles anxieux constituent une maladie psychiatrique fréquente qui s'exprime sous diverses formes.

1. Définition de l'anxiété

Il n'y a pas de définition universellement acceptée de l'anxiété, elle a été définie comme un état émotionnel qui possède la qualité subjective expérimentée de la peur ou d'une émotion très proche. Elle est désagréable, négative, dirigée vers le futur, parfois exagérée par rapport à la menace, et inclut des symptômes corporels subjectifs et manifestes et parmi ses définitions on trouve :

-CIM-10 : Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement.

- DSM-5 : Diagnostique et statistique des troubles mentaux.] De fuite et d'évitement n'est pas efficace pour résoudre la transaction stressante. L'anxiété se confond ici avec le concept de stress et prend tout son sens dans les confrontations stressantes.

Selon Gray (1982 ; Gray et McNaughton. 1996) définit l'anxiété comme un état du système nerveux conceptuel ou central caractérisé par une activité du système comportemental inhibiteur (BIS). Il attribue l'anxiété pathologique à l'hyperactivité du système inhibiteur de l'action présente quand le coping de fruit et d'évitement n'est pas efficace pour résoudre la transaction stressante. L'anxiété se confond ici avec le concept de stress et prend tout son sens dans la confrontation stressante (**Graziani. 2003. p.12. 13**).

Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (telles que le travail ou les performances scolaire.) (**DSM-5. p.261**).

Une période d'au moins six mois caractérisé par la présence d'une tension, d'une inquiétude, et d'une appréhension marquée, concernant des événements et des problèmes de la vie quotidienne (**CIM-10. p.89**).

Chaque trouble à des symptômes et parmi ses symptômes de l'anxiété Ilya :

2. Les symptômes de l'anxiété

Il se peut que vous ne sachiez pas que vous souffrez d'anxiété ou d'un trouble. Car l'anxiété se manifeste par un nombre assez important de symptômes. Chaque personne fait l'expérience d'une constellation de ces symptômes, et cette constellation est légèrement différent d'une personne à l'autre. Votre constellation personnelle détermine le type de trouble d'anxiété que vous pourriez avoir. Pour le moment, sachez que certains signes d'anxiété apparaissant sous la forme de pensées ou de croyances.

D'autres signes indicateurs d'anxiété se manifestent par des sensations corporelles. D'autres symptômes encore apparaissent sous la forme de comportement anxieux.

Chez certaines personnes on observe les trois types de symptômes, tandis que chez d'autres elle ne se manifeste que d'une ou de deux façons.

L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes ont été présents la plupart du temps durant les six derniers mois) :

1- Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout.

2- Fatigabilité.

3-Difficultés de concentration ou trous de mémoire.

4-Irritabilité.

5- Tension musculaire.

6- Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant) **(Selon le DSM-5)**.

Et chaque trouble possède des causes qui déterminent l'étiologie de ce trouble

3. L'étiologie de l'anxiété

Les trois principales causes de l'anxiété sont :

- ❖ **Les gènes** : il s'agit de votre patrimoine héréditaire.
- ❖ **L'éducation parentale** : c'est la manière dont vous avez été élevé par vos parents.
- ❖ **Traumatisme** : nous parlons ici des événements contrariants de vie quotidienne.

Les études montrent que lorsque des personnes vivent un traumatisme non anticipé, seule une minorité finit par contacter une anxiété grave. C'est parce que l'anxiété provient habituellement d'une combinaison de causes peut-être les gènes et le traumatisme ou le traumatisme et l'éducation parentale. Parfois les trois se liguent pour causer l'anxiété. Dans le même temps, un seul facteur, s'il est suffisamment puissant, pourrait être la source unique du problème tout entier.

Par exemple, Sophie arrive à grandir dans une zone de guerre de gangs de drogue sans contracter de symptômes terriblement affligeants. Une nuit, les balles sifflent en faisant éclater la vitre de sa chambre, et l'une d'elles perce son abdomen. Elle fait preuve d'une résistance surprenante au cours de sa convalescence. Pour traverser avec succès un tel épisode, elle doit sans doute avoir des gènes solidement résistants à l'anxiété, et peut être aussi des parents qui sont vraiment bons. Pourtant, lorsqu'à 16ans elle est violée, elle contracte un grave problème d'anxiété. Elle a enduré un traumatisme de trop **(Charles , h, Laura .I, Martine .a. 2009. p .60)**.

4. L'anxiété et le corps

Quasiment toutes les personnes qui souffrent d'une forme grave d'anxiété font l'expérience de ses effets physiques. Ces sensations ne se produisent pas simplement dans votre

tête, elles sont aussi réelles que ce livre que vous tenez dans les mains. Les réponses à l'anxiété varient considérablement d'une personne à l'autre. Elles peuvent prendre la forme :

- ❖ De l'accélération du rythme cardiaque.
- ❖ D'une poussée d'hypertension.
- ❖ De vertiges.
- ❖ De fatigue.
- ❖ De troubles gastro-intestinaux.
- ❖ De douleurs et de maux généralisés.
- ❖ De tension musculaire ou de spasmes musculaires.
- ❖ De transpiration (**Charles, h, Laura.l, Martine.a.2009. p .14**).

Et parmi les types de troubles de l'anxiété on trouve :

5. Les types d'anxiété

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

5.1. Anxiété état

Anxiété état se définit comme un état émotionnel transitoire qui fluctue situation d'anxiété à une autre (**El Sevier Masson. P.2012. p.17**).

« Est une émotion transitoire caractérisée par un arousal physiologique et la perception de sentiments d'appréhension, de crainte et de tension » (**Graziani. P.2003. p.12**).

C'est un ensemble de cognitions et d'affects momentanés, consécutifs à une situation perçue comme menaçante : sentiment d'appréhension, perception d'un danger imminent, associés à l'activation de divers systèmes psychophysiologiques (système nerveux autonome et système sympathique), (**Bouchon -Schweitzer, M et Qui tard, B. P.2001. p.283**).

5.2. Anxiété trait

Anxiété trait par contre est une disposition plus stable. Les travaux de Spielberger montrent l'influence du niveau de l'anxiété-trait sur l'intensité de l'anxiété-état, une anxiété-trait élevée prédispose à des réactions plus intenses d'anxiété-état (**Elsevier Masson, P.2012. p.17**).

« Est une prédisposition à répondre sur un mode anxieux et, plus précisément la tendance à répondre par la peur à des stimuli stressants » (**Graziani, P.2003.p.2012**)

C'est une dimension de la personnalité qui se réfère à des différences interindividuelles stables dans la propension à l'anxiété, c'est-à-dire à des différences dans la tendance à percevoir les situations aversives comme dangereuses ou menaçantes et à y répondre

par une élévation de l'intensité des réactions d'anxiété-état (**Buchons-Schweitzer, M. P.2001.p.284**).

6. L'anxiété : Du normal au pathologique

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

Les réponses anxieuses s'expriment sur différents registres physiologique, psychologique, émotionnels et comportementaux. L'anxiété physiologique permet de détecter un danger et de préparer les comportements de défense. L'anxiété physique, cognitive et émotionnelle met en jeu différentes fonctions d'évaluation, de perception, de traitement de l'information et de mémorisation. L'anxiété est donc un facteur d'adaptation permettant de faire face aux situations de danger et d'urgence. Elle est nécessaire face à l'agression, aux performances et aux épreuves. Elle paraît indispensable à l'action, l'apprentissage, la prise de décision et la performance. À partir d'un certain degré, l'anxiété devient pathologique dans le sens où elle devient pénible et envahissent et, au contraire, inhibe et entrave le sujet dans son adaptation face au monde environnant (**Servant. 2012. p.4**).

L'anxiété normale ou pathologique est un ensemble de réactions émotionnelles qui se traduisent habituellement par des symptômes subjectifs somatiques ou psychiques par des modifications comportementales et par des signes physiologiques objectifs. Le « malaise anxieux » se caractérise par divers troubles : attitudes, pensées centrées sur des thèmes désagréable (échec, mort, peur, etc.), attente et sentiments de menaces diffuse ou de danger, souffrance comportementale (troubles psychomoteurs : pleurs, sursaut, etc.) troubles de l'humeur : irritabilité, plaintes, etc.) Et enfin, souffrance somatique (trouble neurovégétatives, trouble du sommeil, etc.) (**Buchons-Schweitzer, M. 2002. p.186-187**).

7. Calcul des couts de l'anxiété

L'anxiété coute cher. Pour celui qui en souffre, elle a un cout émotionnel, physique et financier. Mais cela. Ne s'arrête pas là. L'anxiété impose également un fardeau financier à tous. Le stress, les soucis et l'anxiété dérangent les relations, le travail et la vie de famille.

Il est évident que si vous avez un problème d'anxiété, vous faites face ou cout des sentiments d'angoisse et d'anxiété.

Aves de l'anxiété, on se sent horriblement mal. Pas besoin de lire un livre pour savoir ça. Mais saviez-vous que l'anxiété que l'on ne soigne pas se paie elle aussi, et ce, de diverses manières, ces couts comprennent :

- ❖ **Un prix physique** : une tension artérielle plus élevée, des maux de tête dus à la tension et des symptômes gastro-intestinaux peuvent vous affecter. En fait, des recherches récentes ont montré que certains types de troubles anxieux chroniques modifient les structures du cerveau.

- ❖ **Un prix à payer par vos enfants :** Les parents anxieux ont plus souvent que d'autres des enfants anxieux. C'est partiellement héréditaire, mais aussi dû au fait que les enfants apprennent en observant.
- ❖ **L'obésité :** l'anxiété et le stress augmentent la production de cortisol, l'hormone de stress. Celle-ci entraîne le stockage de graisses dans la région abdominale, ce qui augmente le risque de maladie cardiaque et d'attaque d'apoplexie. Le stress induit également que l'on mange davantage.
- ❖ **Davantage de visites chez le médecin :** car ceux qui souffrent d'anxiété ont souvent des symptômes physiques inquiétants. En outre, ils se font souvent beaucoup de souci au sujet de leur santé.
- ❖ **Des problèmes de couple :** Les personnes qui souffrent d'anxiété sont souvent irritables, Parfois, elles se retirent sur le plan émotionnel, ou adoptent l'attitude inverse et se cramponnent à leur partenaire.
- ❖ **L'absentéisme :** Elles sont plus souvent absentes au travail que d'autres personnes, à cause de leurs efforts pour dompter temporairement leur angoisse.

Les couts supportés par la société

L'anxiété a un cout élevé en France et dans le monde. Même les pays qui dépensent peu dans le domaine de la santé mentale subissent des couts substantiels relatifs aux troubles anxieux. Ces couts comprennent :

- ❖ Une baisse de productivité.
- ❖ Des frais médicaux.
- ❖ Des médicaments (Charles, h, Laura.l, Martine.a. 2009. p .11).

8. Les niveaux d'anxiété

8.1. Faible

Agitation, irritabilité, augmentation du nombre de question, focalisation sur l'environnement.

8.2. Modéré

Inattention, expression de crainte, perception, floues, insomnie.

8.3. Sévère

Sentiment de lassitude- discours rapide, tremblement, faible contacte des yeux, patient préoccupé par sa situation présente, nausée et hyperventilation.

8.4. La panique

Incapacité de se concentré ou à communiquer, activité motrice augmentée, vomissements tachypnée (P ,L , Swearingen. 1999. P. 454).

9. Différence entre déprime et anxiété

- ❖ Toutes deux, nous l'avons dit, sont des déviations inhérentes au profil psychologique de l'individu ; elles ont trait au regard qu'il a sur son existence : sur lui-même sur les autres, sur les événements. Cette image doit normalement être harmonieuse.
- ❖ Dans le cas de la dépression, l'individu, dans une sorte d'autodépréciation, attribue à la situation ou personnes de son entourage une taille normale, mais il se voit, lui, insuffisant à assurer l'harmonisation avec ce milieu extérieur.
- ❖ Le dépressif doute avant tout de l'intérêt et de l'utilité de sa propre existence, qui lui paraît donc sans intérêt.
- ❖ Dans le cas de l'anxiété, le trouble est dirigé vers l'extérieur de l'individu, qui voit les événements ou les autres plus importants qu'ils ne sont en réalité, et se croit donc incapable de vivre en harmonie avec ces personnes ou ces situations.
- ❖ L'anxiété est un trouble comportemental parfois contagieux : l'anxieux est un hyper vigilant qui ne voit que le côté négatif des choses.
- ❖ Si l'anxiété est un sentiment dirigé contre l'extérieur, la dépression est un sentiment avant tout dirigé contre l'individu lui-même.
- ❖ Dans le premier cas il voit les événements extérieurs trop importants pour lui, dans le second cas la discordance vient de ce qu'il se voit trop petit pour assumer les événements extérieurs.
- ❖ Il existe des états mixtes dits « axio-dépressifs » dans lesquels la discordance est encore plus importante, puisqu'elle relève des deux mécanismes.
- ❖ Bien sûr, une certaine hypersensibilité au stress ambiant ne fait qu'aggraver les choses.

10. Différence entre anxiété et angoisse

- ❖ Tout d'abord, il y a anxiété et anxiété : il convient de différencier le niveau.
- ❖ Une anxiété liée à l'attente d'un événement prévu (rencontre professionnelle, permis de conduire, etc.) est considérée comme normale, puisque de courte durée, justifiée par l'actualité et cessant une fois l'événement passé.
- ❖ Elle devient par contre malade lorsqu'elle se prolonge et prend l'aspect d'une « peur sans objet apparent légitime », peur de tout et de rien, de la vie, des événements qui pourraient survenir, etc. elle retentit alors sur la vie physique, psychique et relationnelle.
- ❖ Elle présente alors les caractères suivants : prédominance des troubles le soir, état d'inhibition levé par l'action, état d'esprit mis sur le compte des événements extérieurs, statu ancien et faisant partie du profil caractériel.
- ❖ L'anxiété peut s'extérioriser sous forme aiguë, c'est l'attaque d'angoisse.
- ❖ C'est un sentiment de panique incontrôlable associé à des signes physiques : yeux exorbités, tremblements, sueurs, pouls accéléré, vertiges, etc.

- ❖ Quoiqu'il en soit, cet état permanent de « qui-vive injustifié » use les nerfs et entraîne un véritable malaise interne (Jean-Loup. 2014. p.4 -6).

11. Différence entre peurs et anxiété

Tableau N ° 01 : Différence entre peur et anxiété (Graziani.p. 2003. P.14).

Peurs	Anxiété
Focalisation spécifique sur le danger lien clair entre le danger et la peur.	Source de danger floue.
Habituellement épisodique.	La différence incertaine entre l'anxiété et la menace.
Tension circonscrite.	prolongée
Danger identifié.	nervosité, tension envahissante.
Provoquée par des signaux de danger.	Parfois sans objet.
Ce qui l'atténue est détectable.	Causes imprécises.
Les limites du danger sont circonscrites.	Persistante.
Danger imminent.	Ce qui l'atténue est parfois incertain.
Caractère d'urgence.	Le danger n'a pas de limites bien définies.
Sensations physiques de l'urgence.	Le danger est rarement imminent.
Caractère rationnel.	Vigilance élevée.
	Sensations corporelles de la vigilance.
	Caractère incertain, confus.

12. Dépression

Ensemble des troubles de l'humeur se traduisent par détresse, la perte d'intérêt, d'énergie et d'entrain, pouvant survenir à la suite d'un événement de vie stressant, lorsque le sujet ne dispose pas (ou croit ne pas disposer) des ressources nécessaires. Ce symptôme comprend des affects négatifs (découragement, tristesse, soucis, craintes, hostilité) des cognitions particulières (indignité, dévalorisation de soi, culpabilité, sentiment d'échec), des troubles comportementaux (retrait, fuite, isolement, fatigabilité) et somatique. (Fatigue, faiblesse, appétit, sommeil) (Bruchon-Schweitzer, M. Quintard, B.2001. P.285).

13. Diagnostic différentielle entre anxiété et dépression :

Le diagnostic différentiel entre anxiété et dépression peut être difficile en raison des nombreux symptômes communs. Néanmoins, certains symptômes permettent l'orientation vers l'un ou l'autre des diagnostics

Symptômes en faveur d'un trouble anxieux Insomnie d'endormissement

- ❖ Hyper vigilance
- ❖ Tension
- ❖ Panique
- ❖ Perception d'un danger
- ❖ Évitement phobique
- ❖ Doute et incertitudes
- ❖ Insécurité

Symptômes en faveur d'un trouble dépressif :

- ❖ Désintérêt affectif, anémone
- ❖ Perte de l'estime de soi
- ❖ Auto-accusation
- ❖ Ralentissement psychomoteur
- ❖ Tristesse
- ❖ Perception d'une perte
- ❖ Réveils nocturnes
- ❖ Réveils précoces (servant, d. 2012. P.100).

14. Développement et évolution

Plus les symptômes de l'anxiété généralisée n'apparaissent tôt dans la vie, plus la comorbidité et l'altération du fonctionnement risquent d'être importante. La survenue d'une affection somatique chronique peut être un sujet d'inquiétude chez les sujets âgés. Chez les personnes âgées fragilisées, les inquiétudes à propos de la santé et particulièrement la crainte de tomber peuvent limiter les activités. Chez celles présentant une altération cognitive précoce ; les inquiétudes qui pourraient apparaître comme exagérées à l'égard, par exemple, de la localisation précise des choses peuvent être en fait justifiées par l'existence de troubles cognitifs (DSM-5. P .224).

15. Diagnostic différentiel

15.1. Trouble anxieux dû à une autre affection médicale :

Le diagnostic de trouble anxieux associé à une autre affection médicale doit être porté si l'anxiété et les inquiétudes du sujet sont jugées être, d'après les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires, la conséquence physiologique directe d'une autre affection médicale spécifique (p ex phéochromocytome, hyperthyroïdie).

15.2. Trouble anxieux induit par une substance un médicament

Un trouble anxieux induit par une substance un médicament se distingue de l'anxiété généralisée par le fait qu'une substance un médicament (p. ex. substance donnant lieu à abus, exposition à un toxique) est jugée être étiologiquement liée à l'anxiété. Par exemple, une anxiété sévère qui survient uniquement dans le contexte d'une consommation importante de café sera diagnostiquée en tant que trouble anxieux induit par la caféine.

15.3. Anxiété sociale

Les sujets ayant une anxiété sociale ont souvent une anxiété anticipatoire focalisée sur les situations sociales à venir dans lesquelles ils doivent réaliser une performance ou être évalué par les autres, alors que les sujets avec une anxiété généralisée s'inquiètent de toute façon, qu'ils soient ou non évalué

15.4. Trouble obsessionnel compulsif

Plusieurs caractéristiques distinguent les inquiétudes excessives de l'anxiété généralisée des idées obsédantes du trouble obsessionnel compulsif. Dans l'anxiété généralisée, les inquiétudes portent sur des problèmes qui peuvent survenir qui est anormal. Dans le trouble obsessionnel compulsif, les obsessions sont des idées inappropriées qui prennent la forme de pensées, pulsions ou images intrusives et indésirables.

15.5. Trouble stress post-traumatique et troubles de l'adaptation

L'anxiété est toujours présente dans le trouble stress post-traumatique. Le diagnostic d'anxiété généralisée ne peut pas être porté si l'anxiété et les inquiétudes sont mieux expliquées par les symptômes d'un trouble stress post-traumatique. L'anxiété peut également exister dans le trouble de l'adaptation mais cette catégorie résiduelle ne peut être utilisée que lorsque les critères d'aucun autre trouble (dont l'anxiété généralisée) ne sont remplis. De plus, dans les troubles de l'adaptation, l'anxiété survient en réaction à un événement stressant dans les 3 mois suivant le début de l'événement et ne persiste pas plus de 6 mois après la fin de l'événement stressant ou de ses conséquences.

15.6. Troubles dépressifs, bipolaires et psychotiques

L'anxiété l'inquiétude généralisée est une caractéristique fréquemment associée aux troubles dépressifs, bipolaires ou psychotiques et ne doit pas être diagnostiquée séparément si l'inquiétude excessive survient uniquement durant l'évolution de ces troubles (**DSM-5. p .226**).

16. Les modèles théoriques de l'anxiété

16.1. Théorie cognitive –comportementale

L'anxiété est considérée comme secondaire à l'inhibition autre le vécu subjectif désagréable, elle comprend une véritable hyperactivité psychique a favorisé la recherche de plan d'action.

Les perceptions anxiogènes étant favorises concourent à l'appréciation exclusive d'un danger imminent ou incontrôlable.

L'apporte cognitiviste passe comme hypothèse relative conditionnement le fait que pour des raisons problèmes d'origine cognitive ? Les différents symptômes somatiques ressentis par le patient font l'objet d'une interprétation catastrophique cette interprétation pathologique et source d'une anxiété (Naoun Roman.2007.P .777).

16.2. Théorie comportementale

D'après les comportementalistes l'anxiété une réponse émotionnelle apprise entre tenue, déclenchée fac à certains stimuli environnementaux accaparants, une capacité anxiogène .Ce conditionnement va diffuser les situations comparables, mais de moins en moins précises généraliser les craintes et multipliant, les expériences douloureuses. Pour les comporte mentalités le symptôme névrotique est un comportement appris et mal adapté, l'anxiété entraîne souvent un gêne important de la concentration et rend difficile et éprouvante toute activité mental prolongée.

Les théories comportementales et cognitives issues de ces modèles théoriques ont donné lieu à de nombreux protocoles thérapeutiques contrôlés dont les résultats sont patents dans le cadre du traitement des troubles anxieux (Q, Debrag, B, Grager, et at .2010.P.162).

16.3. La théorie psychanalytique

Freud élaborer successivement deux théories de l'angoisse :

La première (1895) théorie de l'angoisse voit s'occuper actuelles, provoquées par des problèmes que le patients rencontraient dans leur vie (sexuelle) de tous les jours, aux psychonévroses de transfert dont le déterminisme était imputé à des conflits sexuels d'origine infantile.

Dans la théorie de l'angoisse (1926) Freud renverse sa conception concernant la production ses symptômes anxieux, en situant l'angoisse à la base du mécanisme de refoulement et non comme une conséquence de celui –ci (Currat et Despland. 2004. P.24).

16.4. La théorie biologique

L'anxiété selon cette théorie désigne le dérèglement du système d'adaptation métabolique et respiratoire avec hypersensibilité à des modifications de co2et du PH sanguins (conséquence de hyperventilation) et un dysfonctionnement noradrénergique avec hypersensibilité aux stimuli.

Les structures anatomique en jeu dans l'anxiété concerneraient esse, le système limbique essentiellement le diencéphale, le système limbique et septohippocampique avec l'amygdale.

L'utilisation des médicaments dans l'anxiété repose aussi des hypothèses biologique, et sur les expérimentations d'autre système représentés par le jeu des monoamines cérébrale, notamment de la sérotonine et de la noradrénaline. À cela, on peut a jouter la théorie périphérique des émotions, c'est – à dire une excitabilité nerveuse périphérique accuse, notamment du système nerveux sympathique. Des théories génétiques sont également à évoquer (Naour, R.2007.P .777).

17.La prise en charge de l'anxiété

17.1. La prise en charge non médicamenteuse

Trois méthodes peuvent être proposées

➤ *La relaxation*

Elle s'acquiert par la pratique régulière et l'utilisation adéquate d'une les nombreux musculaires progressive. L e but est d'apprendre au sujet à déclencher volontairement une réponse physiologique spécifique qui neutralise les effets indésirables de l'anxiété :

Le training autogène, caractérise par :

- Une détente musculaire
- Une dilatation des vaisseaux sanguine des extrémités des membres
- Une détente abdominale
- Une fraîcheur ressentie au niveau de fond (Palazola .2007. P.61).
- *La relaxation musculaire progressive :*

Il est indiqué par le sujet ayant des difficultés à s'abandonner passivement à la technique précédent progressivement le sujet apprend à obtenir une détente des muscles en ayant de moins en moins à la phrase initiale de contraction.

● *Les autres méthodes :*

Telle que la relaxation psychologique, la relaxation psycho dynamique, hypnose, ils sont très complexes, sont peu utilisées, et ils sont orienté vers d'autres buts (palazola . 2007. P .68)

Les techniques cognitives

Se sont développées à partir de la constatations simple que la manière dont l'individu perçoit le facteur anxiogène détermine en grande partie sa réaction .La réaction de modèle psychologique de l'anxiété , ne survient seulement si le sujet à évaluer la situation comme angoissante , cette évaluation se fait en deux temps ;une évaluation primaire ; et une évaluation secondaire , cette évaluation est sous la dépendance de nombreux facteurs liés aussi bien à l'individu qu'a la situation , ainsi il existe de nombreux stratégies avisée cognitive destinées à modifier tous les processus cognitifs inadaptes avisée qui peuvent se manifester aux divers stades de l'évaluation et donc , conduit à la réponse anxieuse , et dans le déroulement du processus thérapeutique .

Un certain nombre de caractéristiques ont en commun : le sujet prend conscience ses pensées automatiques de ses interprétations, ensuite il apprend à faire la différence entre celles reposant sur des bases objectives, subjectives. L'étape suivante consiste pour à adopter et à pratiquer des réponses comportementales et cognitives nouvelles pour les facteurs anxiogènes (Palazola . 2007.P. 69-70).

Le changement des comportements

Les principales stratégies utilisées associent un programme de gestion du temps et un entraînement à l'affirmation de soi, la méthode d'entraînement à l'affirmation de soi la plus utilisée se fait sous forme de jeux de rôle, en confrontant le sujet aux situations problématiques, la procédure est la suivante :

- Une situation donnée est jouée par le patient il le ferait dans la vie réel.
- La scène terminée est commentée par le praticien
- La scène est rejouée en tenant compte des remarques formulées, les séquences scène jouée – commentaires est reprise autant de fois que nécessaire (Palazola. 2007. P.70).

17.2. La prise en charge médicamenteuse

- **Les benzodiazépines** : sont un groupe de médicaments fréquemment utilisés dans le traitement des troubles anxieux ces médicaments jouent en quelque sorte un rôle facilitateur pour l'action d'inhibition, leur effet indésirable principal est somnolence (palazola. 2007. p. 71).
- **Lhydroxyzine (Atarax)** : Indiqué dans le traitement de l'anxiété utilisés en prémédication sédatrice (anesthésie, examens para clinique, anxiogène), il est également prescrit en allergologie dans le traitement des rhinites spasmodique, de l'urticaire ou de la conjonctivite (Palazola . 2007. P. 73).
- **La buspirone (buspar)**: indiqué dans le traitement de l'anxiété généralisée, elle ne provoque pas d'accoutumance, et le traitement peut être interrompu sans provoquer de symptômes de sevrage, ces médicaments sont généralement bien tolérés.
- **Létifoxine (stresam)** : indiqué dans les manifestations somatiques de l'anxiété, principalement pour tout ce qui concerne la sphère cardiovasculaire, elle n'entraîne pas de dépendance, ni d'effet rebond (palazola. 2007. p. 73).
- **Les carbamates (Equanil)** : ils sont à la fois anxiolytiques, sédatifs et myorelaxants.
- **Les antidépresseurs tricycliques** : certains sont efficaces dans les traitements des attaques de panique, ont besoin généralement de deux ou trois semaines pour faire leur effet, malheureusement, il comprend de nombreux effets secondaires (palazola. 2007. p. 74).
- **Les bêtabloquants** : sont utilisés pour réduire certains symptômes physiques de l'anxiété comme les tachycardies, transpirations et les tremblements et pour contrôler l'anxiété dans les situations de stress social, elles réduisent la tension artérielle et ralentissent les pulsations cardiaques.

- **Les autres médicaments** : tel que les antipsychiatriques ou les autres neuroleptiques sédatifs (à faible dose) sont utilisés dans le traitement de l'anxiété sévère (**palazola .2007. p. 74**).

Le niveau de stress des parents d'enfants avec TSA apparait supérieur à celui observé chez des parents d'enfants du même âge atteints d'autres handicaps.

Ce stress tient d'une part à la lourdeur des soins quotidiens requis par les enfants qui, à long terme, entraîne de la fatigue, de l'irritabilité, voire de la dépression. S'ajoutent également les contraintes imposées par les programmes d'intervention, notamment ceux effectués intensivement au domicile familial mais aussi ceux effectués sur divers sites et requérant de nombreux déplacements.

De plus, la relation parents-enfant peut-elle même devenir source de stress, l'interaction au quotidien devenant plus structurée et systématique, qu'il s'agisse du bain, des temps de repas ou des loisirs. Le stress des parents peut en outre être communication avec l'enfant, dont ils ne parviennent pas toujours à décoder correctement les besoins. Plus encore, les troubles du comportement tels que l'agressivité ou les épisodes d'automutilation augmentent gravement le stress des familles, d'autant qu'ils les marginalisent socialement (**Amaria, Céline, & Jacqueline. 2015**).

18.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.

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 (**Amaria, Céline, & Jacqueline. 2015**).

Synthèse

À travers ce chapitre, on peut dire que l'anxiété est une partie intégrante dans notre vie, est un mélange d'inquiétude et de malaise que tout le monde ressent de temps en temps. Elle affecte aussi bien le côté psychique et de côté somatique, est surtout si la cause de ce trouble chez les parents est l'enfant qui souffrent de l'autisme.

Le traitement peut être à la fois médicamenteux et non médicamenteux <<psychothérapie>>.

Chapitre III

Intelligence émotionnelle

Préambule

La vie de l'être humain est jalonnée d'un ensemble des émotions qui sont présentés dans toutes les activités de l'homme, en particulier dans son fonctionnement psychologique (la perception, la mémoire, et l'intelligence) de fait que l'intelligence regroupant des dimensions cognitive et affective pour expérimenter la vie des individus. En effet, C'est uniquement au niveau de l'interaction entre les émotions et les cognitions que doit se situer le concept d'intelligence émotionnelle. Dans ce chapitre, nous avons essayé de présenter les différentes conceptions de l'intelligence émotionnelle, qui est composée de deux notions « émotions » et « l'intelligence ». Nous avons commencé d'abord par l'intelligence après, les émotions, puis à la fin l'intelligence émotionnelle.

1. Définition de l'émotion

Selon **Golman** définie comme l'émotion composée hétéroclite, étant à la fois un sentiment et les posées, les états psychologiques et biologique particuliers, aussi que la gamme de tendance à l'action qu'il suscite (**Golman. 1997. p. 357**).

2. Définition de l'intelligence

Selon **J. Piaget**, l'intelligence ce n'est pas ce que l'on sait mais ce que l'on fait lorsque l'on ne sait pas (**J. Piaget .1980**).

3. Définition de l'intelligence émotionnelle :

Selon Goleman :

Il définit l'intelligence émotionnelle comme l'ensemble des aptitudes, autres que le QI, qui est nécessaires à la réussite dans la vie.

- « l'intelligence émotionnel désigne notre capacité à reconnaître notre propre sentiment et ceux des autres, à nous motiver nous-mêmes et à bien gérer nos émotions en nous-mêmes et dans nos relations avec autrui. » (**Goleman. 1999. p. 175**).

Selon Mayer et Salovey :

L'intelligence émotionnelle est une forme d'intelligence sociale qui comprend une capacité à analyser ses propres émotions et celle d'autrui, à les discriminer, à utiliser l'information émotionnelle dans ses pensées et ses actes (**Bernaud, J. 2000. p.20**).

Selon Salovey (1990) :

« L'intelligence « émotionnelle comprend l'habileté à percevoir précisément, évaluer et exprimer les émotions ; l'habileté à accéder et/ou ressentir les sensations quand elles facilitent la pensée ; l'habileté à comprendre les émotions et la connaissance émotionnelle ; et l'habileté pour favoriser le développement émotionnel et intellectuel » (**Stys, Y, Brown. Shelley. 2004. p. 20**).

Selon Bar-on :

Définit l'intelligence émotionnelle comme une capacité générale, ou nécessaire à l'adaptation émotionnelle et sociale. Pour cet auteur, l'intelligence émotionnelle est plus qu'un ensemble d'habileté mental permettant d percevoir, assimiler, comprendre et réguler les émotions.

D'après ces définitions sur l'intelligence émotionnelle, on peut dire que c'est un ensemble d'aptitude et de compétence qui comprend une capacité à analyser, évaluer, exprimer, identifier et gérer ces propres émotions et celles des autres.

4. Origine de l'intelligence émotionnelle

Il me semble que le terme d'intelligence émotionnelle été employé pour la première fois en 1966 par Leuner dans le domaine de la psychiatrie mais sans avoir été réellement défini (**Koutsou, I. 2008. P 21**) Thprndike en 1920 introduit le terme de l'intelligence sociale et le défini comme étant la capacité d'identifier ses propres états interne, motivations et comportement (ainsi que ceux des autres), et à interagir avec autrui de manière optimale sur base de ces informations.

En 1939, Thurstone remet en cause la thèse de Spearman et décrit l'intelligence comme une construction comprenant sept éléments fondamentaux, dont la dimension spatiale (**Bernaud, J. 2000. P.33**).

La période **1990-1993** porte un grand intérêt aux aspects émotionnels des individus. C'est à cette époque que Mayer et Salovey développent une théorie formelle de l'intelligence émotionnelle et présentent quelque année plus tard le premier outil de mesure de celle-ci (Multifactor Emotional Intelligence Scale).

C'est principalement l'ouvrage de vulgarisation publié par le psychologuejournaliste **Daniel Goleman en 1995**, intitulé Emotional Intelligence, qui déclencha un vaste engouement pour cette notion auprès du grand public. Il s'ensuivit de nombreux développements et opérationnalisations « sauvages » qui ont souvent contribué à rendre le concept suspect aux yeux des scientifiques. Les ouvrages de Goleman best-sellers traduit dans de nombreuses langues, témoignent d'une vision très extensive e l'intelligence émotionnelle (**Lautrey, J, Richard. François, J. 2005. P.99**) .

On conclut en disant que l'intelligence émotionnelle constitue l'un des paramètres importants de la performance et du bien-être et que dans certain cas, les qualités émotionnelles expliquent mieux ces paramètres que les compétences cognitives.

5. Les déférentes modèles de l'intelligence émotionnelle

5.1. Le modèle de Mayer et salovey

Salovy, Mayer et leurs collègues, après avoir proposé une première ébauche de leur modèle en **1990**, ont progressivement affiné leur conception de l'intelligence émotionnelle et abouti à une définition restrictive de l'intelligence émotionnelle. Pour ces auteurs, « le terme d'intelligence

émotionnelle fait référence aux processus impliqués dans la reconnaissance, l'usage, la compréhension et la gestion de ses propres états émotionnels et de ceux d'autrui, pour résoudre les problèmes et réguler son comportement »

Ils définissent ainsi l'intelligence émotionnelle comme un ensemble d'habiletés ou de capacités mentales :

- La capacité à percevoir précisément, à reconnaître et à exprimer avec justesse les émotions ;
- La capacité à utiliser les émotions dans le cadre des activités cognitives
- La capacité à comprendre les émotions et à en avoir une connaissance approfondie ;
- La capacité à réguler non propres émotions ainsi que celles des autres pour promouvoir une croissance émotionnelle et intellectuelle (*Stys , Y, Brown. L. 2004. p. 21*).

Selon ces auteurs, l'intelligence émotionnelle comprend deux dimensions :

- **La dimension expérientielle** : la capacité à percevoir et utiliser les émotions ainsi qu'à réagir sans nécessairement les comprendre
- **La dimension stratégique** : capacité à comprendre et gérer les émotions sans nécessairement les percevoir ou les éprouver.

5.2. Le modèle de Bar-on :

En 1977, **Bar-on** publie un inventaire qui mesure l'ensemble des dimensions de son modèle, « l'inventaire de quotient émotionnel ». Selon lui, elle se situe au croisement de compétences et d'habiletés émotionnelle et sociale qui favorisent un comportement intelligent. Son modèle identifie cinq grands domaines de compétences, chacun couvrant des habiletés spécifiques qui contribuent au succès :

- Compétences intrapersonnelles (considération pour soi, conscience de ses propres émotions, affirmation de soi)
- Compétences interpersonnel (empathie, responsabilité social et relations interpersonnelles)
- Adaptabilité (résolution de problème, flexibilité et test de la réalité)
- La gestion du stress (tolérance au stress et contrôle de l'impulsivité)
- Humeur générale (optimisme et joie de vivre) (*Stys, Y, Brown. L. 2004. p .23*).

5.3. Le modèle de Goleman :

Psychologue et journaliste scientifique pour NEW YORK TIMES, c'est principalement l'ouvrage de « vulgarisation » publié par **Goleman** en 1995, intitulé Emotional Intelligence, Son modèle basé sur un ensemble de compétences émotionnelle et sociales, elle couvre vingt-cinq compétence émotionnelles regroupées dans les cinq facettes qui sont :

- La conscience de soi
- La maîtrise de soi
- La motivation - L'empathie
- Les aptitudes sociales (**Goleman , D. 1999. p. 368**).

L'ensemble de ces modèles visent à expliquer et à montrer l'importance de ce concept chez les individus et à savoir comprendre les différentes composantes qui entre

En jeu dans la reconnaissance et la maîtrise de ses propres émotions et celle des autres. De fait que ces modèles s'intéressent aux capacités et trait de personnalité des individus, par conséquent ils prennent en compte tous les aspects qui caractérisent les individus, ils abordent tous, la question de la capacité à percevoir et à comprendre ces propres émotions.

6. Les facteurs de développement de l'intelligence émotionnelle

Différents facteurs interviennent dans le développement des compétences émotionnelles chez l'enfant. Ces facteurs peuvent être de types intrinsèque ou extrinsèque. Les facteurs intrinsèques sont ceux liés à l'individu, tels que le tempérament, le genre, et les développements moteur et cognitif. Les facteurs extrinsèques sont ceux liés à l'environnement physique et social et font référence au contexte social, familial et culturel de l'enfant. Ces différents facteurs ont pour conséquence de faire apparaître une certaine variabilité chez les enfants dans leurs compétences émotionnelles (**Stassart, C. 2013.p.70**).

6.1. Le facteur intrinsèque

Le tempérament, caractérisé par une variation inter-individuelle de réactivité et de comportement, relativement stable dans le temps, constitue une base importante du développement émotionnel. De cette manière, le tempérament peut influencer le développement des compétences émotionnelles de l'enfant. Un autre facteur également impliqué dans le processus émotionnel concerne le genre. Les hommes et les femmes semblent être différents dans leurs compétences émotionnelles. Des caractéristiques physiologiques (les hormones) ou sociales (l'éducation et les prescrits culturels) peuvent expliquer ces différences. En 2002, Tamres, Janicky et Helgeson, ont observé que les hommes et les femmes diffèrent dans leur manière de réguler les émotions. Les femmes utilisent davantage de stratégies de coping, qu'elles soient centrées sur les émotions ou sur le problème, que les hommes

En 2007, Mikolajczak, Roy, Luminet, Fillée, et Timary, ont montré que les hommes et les femmes ne diffèrent pas au score global d'échelle d'intelligence émotionnelle, mais bien sur les différentes dimensions de celle-ci. Les femmes ont des scores plus élevés à la dimension émotionnelle, et les hommes ont des scores plus élevés à la dimension de l'autocontrôle.

Le développement des capacités cognitives facilite également les expériences émotionnelles et la capacité d'y réagir. En effet, grâce au développement cognitif, l'enfant affine sa compréhension des émotions. Petit à petit, il utilise des stratégies

Cognitives plus ciblées et plus efficaces pour faire face aux émotions. De plus, le développement cognitif va permettre à l'enfant d'élargir son répertoire de souvenirs d'événements émotionnels et de développer ses connaissances et de comparer toute situation nouvelle à une situation en mémoire et de s'ajuster mieux à la situation émotionnelle vécue. Le développement du langage va également permettre à l'enfant d'augmenter et de complexifier son vocabulaire sur les émotions, et ainsi tenir un discours plus diversifié avec son entourage, nourrissant ainsi ses connaissances en matière émotionnelle (**Stassart, C. 2013.p.71-72**).

6.2. Facteurs extrinsèques

La famille offre un espace important où l'enfant peut faire l'expérience de situations émotionnelles. Les parents sont donc une voie par laquelle l'enfant apprend les causes et les conséquences des émotions, leur expression et leur régulation.

En 1998, **Eisenberg, Cumberland et Spinrad** ont décrit trois catégories de comportements parentaux influençant la socialisation émotionnelle des enfants : Les réactions des parents par rapport à l'expression libre des émotions constituent un facteur important dans le développement émotionnel de l'enfant, l'expression des émotions qu'elles soient positives ou négatives, fait partie de la vie quotidienne de l'enfant. Ces expressions peuvent se manifester à travers des mimiques faciales, des comportements verbaux ou non verbaux. Les réactions des parents face à ces expressions vont indiquer à l'enfant le caractère adapté ou non de celles-ci. Autrement dit, la manière dont les parents expriment leurs émotions est un facteur à prendre en considération. En effet, les parents sont perçus comme des modèles que l'enfant va imiter. De plus, l'expression émotionnelle parentale lui fournit des informations qui l'aideront à interpréter et à comprendre les réactions émotionnelles d'autrui. D'une manière générale, les meilleures compétences émotionnelles chez l'enfant sont associées à davantage d'expressivité émotionnelle familiale.

En 2002, **Halberstadt et Eaton**, ont observé que l'expressivité maternelle est reliée positivement à une meilleure capacité de l'enfant à mettre des mots sur les émotions, à les comprendre, à identifier les situations les suscitant et à développer de l'empathie. Tandis que le manque d'expressivité au sein du milieu familial serait plutôt lié à des difficultés d'expression et d'identification des émotions de l'enfant à l'âge adulte.

Un dernier facteur extrinsèque concerne l'effet de la culture. Tout être humain s'inscrit dans un contexte culturel. Même si l'expérience émotionnelle est universelle, la manière de l'exprimer ou encore de la réguler est fonction de la culture dans laquelle on vit. Le développement des compétences émotionnelles est donc influencé par la culture dans laquelle l'enfant grandit (**Stassart,C. 2013. p.73-74**).

7. Les outils de mesure de l'intelligence émotionnelle :

Les différents modèles de l'intelligence émotionnelle ont des bases conceptuelles variées et donc des outils de mesure différentes. Parmi ces modèles, certains nous semblent plus intéressants conceptuellement tandis que d'autres ont développé un instrument de mesure plus valide. Le test le plus connu est le MSCEIT

7.1. Le test de MSCEIT :

Son nom est tiré de ses pères fondateurs. Le MSCEIT pour (Mayer-SaloveyCaruso Émotionnelle Intelligence Test) a été créé à la manière des précédents tests de l'intelligence (QI) par (Mayer, Salovey et Caruso en 2002). Ce test comporte huit niveaux de difficulté différents questionnant le sujet sur les quatre Piliers imaginés par Salovey et Mayer afin de déterminer comment sont gérées les émotions. Différents scénarios sont ainsi soumis et le sondé doit quantifier sa vision de la résolution des Problèmes, perceptions et réflexions personnelles par rapport aux thématiques abordées. Cent quarante questions sont posées et doivent être résolues en trente à quarante-cinq.

7.2. Le TEIQue de Petrides et Furnham :

Mesure de l'intelligence émotionnelle perçue comme un trait de personnalité ce test élaboré par Petrides et Furnham évalue notamment ce qu'on appelle communément en psychologie les propriétés psychométriques. Cette technique s'efforce en outre de mesurer les différents éléments qui compose la personnalité (empathie, les émotions aux sens larges, la gestion du relationnel...). La psychométrie est donc une science qui cherche à mesurer l'esprit. Ce test se présente sous forme d'un questionnaire de cent cinquante-trois items réparti en quatre facteurs spécifiques : le bien-être, le contrôle de soi, le sens émotionnel et la sociabilité en quinze sous échelles (telles que : optimisme et l'estime de soi pour le facteur bien-être, la maîtrise de l'impulsivité et régulation émotionnelle pour le contrôle de soi...). Les tests de personnalité, comme dans tous tests d'auto-évaluation sont des méthodes approximatives d'évaluation dans la mesure où les sondés peuvent orienter et tronquer les réponses en essayant de trouver ce que l'on recherche chez eux et donner les réponses les plus satisfaisantes possibles. Mais ces tests peuvent être dans le cas de l'IE, une des évaluations à coupler à d'autres pour être exploité en tant qu'outil. Les sujets répondent aux différents items du « TEIQue » à l'aide d'une échelle de Likert à sept niveaux. Le « TEIQue » fournit un score pour les quinze sous échelles, les quatre facteurs Principaux et un score total d'intelligence émotionnelle (Bodarwé, K .2008. p.16).

Synthèse

Dans ce chapitre, on peut dire que l'intelligence émotionnelle est le meilleur prédicateur dans la réussite de la vie personnelle professionnelle, ainsi l'intelligence émotionnelle est très importante pour le développement affectif de l'adulte, pour pouvoir gérer ces émotions et comprendre celles des autres pour pouvoir communiquer et être en relation avec eux, elle améliore aussi le fonctionnement cognitif de parents. De plus que l'intelligence émotionnelle n'est pas d'origine génétique à la portée de tous, elle s'acquiert à force d'éducation et de travaille sur soi.

Chapitre IV

Parentalité et autisme

I. Autisme

Préambule

Les troubles du spectre d'autisme résultent d'anomalies du neuro-développement. Ils apparaissent précocement au cours de la petite enfance et persistent à l'âge adulte. Ils se manifestent par des altérations dans la capacité à établir des interactions sociales et à communiquer, ainsi que par des anomalies comportementales, en particulier une réticence au changement et une tendance à la répétition de comportement ou de discours. Les personnes concernées semblent souvent isolées dans leur monde intérieure et présentent des réactions sensorielles (auditives, visuelles, cutanées....) particulières. Malgré la diversité des troubles et les capacités d'insertion sociale très variables de ces personnes. en Algérie, l'autisme est considéré comme une maladie méconnue et un véritable problème de santé publique.

I.L 'autisme

1.L'aperçu historique de l'autisme

Le terme d'autisme, utilisé pour la première fois en 1911 par le psychiatre Eugène BLEULER, qualifiant le repli sur eux-mêmes des patients schizophrènes. c'est seulement en 1933 que des cas d'enfants atteints de caractéristiques proches de l'autisme ont été décrits par POTTER. Il parle alors de schizophrène infantile (**Goute.2013.P.26**).

Le choix du terme « autisme » ne vient pas de Kenner, mais d'autres le renomment des XIX^e Siècle. ils ont tenté de définir certaines maladies infantiles dans une perspective psychopathologique. Kraepelin introduit le terme démence précoce. En 1899, pour décrire les premiers signes des psychoses dégénératives, il a même qualifié le bouleversement biologique de puberté de cause essentielle. (**Beaulne.2012.P.44**).

En 1943, le pédopsychiatre Américain Kenner publie onze cas d'enfants regroupés par un caractère commun et spécifique qui ont fait la différence avec le retard mental : trouble du contact social, isolement, intolérance aux changements, repli sur soi et stéréotypés. Dans un premier temps, il remarque que ces enfants, qui paraissent intelligents malgré le trouble de langage, n'ont pas de pathologies associées, ni de dysmorphies faciales, le suivi de ces enfants montera toutefois l'apparition des troubles épileptiques. C'est à partir du terme autisme déjà introduit par Bleuler que Kenner va reprendre l'expression pour désigner une entité pathologique l'autisme infantile précoce. (**Le noir .2007.P.4**).

2.Ladéfinition du trouble de spectre de l'autisme

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

Selon le dictionnaire de psychologie :

« l'autisme est un repliement excessif sur soi, entraînant un détachement de la réalité et une intensification de vie imaginative, cette attitude se retrouve à un prononcé chez les schizophrénies » (**Sillamy.2003.P.31**).

Selon le DSM-5

Le TAS est un trouble d'origine neurobiologique caractérisé par un développement normal ou déficient de l'interaction sociale et de la communication ainsi qu'un répertoire considérablement restreint d'activités et d'intérêts aussi des troubles du langage, comportements répétitifs et activités stéréotypées.

La dernière version du **DSM-5** décrit trois niveaux :

-Le niveau 1 : soit le niveau 1 léger, comme étant celui d'un enfant autiste nécessitant de l'aide. L'enfant doit avoir besoin d'aide, même si celle-ci est minimale, pour communiquer socialement avec autres sans qu'une difficulté soit observable.

-Le niveau 2 : présentant un TSA a besoin d'une aide importante. Sur le plan des compétences de communication verbale et non verbale, des difficultés sociales sont apparentes malgré l'aide apportée.

-Le niveau 3 : les enfants ayant un TSA de niveau 3 nécessitent une aide très importante.

Ils présentent des déficits sévères sur le plan de compétences de communication verbale et non verbale. Rares sont ceux qui développent un langage fonctionnel. *(Poirler, Leroux-Boudreault.2020.P.43-51).*

Selon la CIM-10

Un 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. *(Besche-Richar.2018 .P.2)*

Selon L'OMS

L'autisme est un trouble envahissant du développement (TED), caractérisé par un développement normal ou déficient, manifeste avant l'âge de trois ans, avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants : interaction sociale réciproque, communication, comportement au caractère restreint et répétitif. *(Migot.2019.P.8)*

Le terme autisme est connu depuis des dizaines d'années, actuellement on retrouve plusieurs définitions approchantes.

L'autisme selon neurosciences

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est reconnu comme un syndrome neuro-développemental, ce qui légitime de facto une approche neuropsychologique en référence aux données neuropsychologiques et neuroradiologiques qui montrent une fragilité dans le développement cérébral post-natal avec une construction qualifiée d'atypique de certains circuits neuronaux. *(Bizet, et al.2018.p.1)*

L'autisme selon la psychanalyse

KENNER a décrit les mères d'enfant autistique comme froides, distantes dans la relation et les soins donnés à l'enfant.

BETTELHEIM est allé jusqu'à affirmer que les parents rejetaient affectivement leur enfant qui en retour développait l'état autistique par mesure de défense contre l'hostilité de ses parents. *(Hamel, 1997.P.5)*

L'autisme selon l'approche cognitive

Les recherches cognitives sont tournées vers ce qu'on appelle les cognition sociales, BARON-COHEN a avancé l'hypothèse que l'incapacité d'attribuer à autrui des états mentaux, des croyances, des pensées, serait un trouble caractéristique de l'autisme, les enfants autistes éprouvaient des difficultés spécifiques à comprendre certains gestes exprimant des « sentiments ». Suite à la perturbation de la cognition, la communication des autistes est perturbée à trois niveaux, la réception des informations, leur traitement et la réponse de l'individu. *(Hamel, 1997.P.5)*

3. Les types de l'autisme

C'est un trouble envahissant du développement se présentant sous différentes formes :

3.1.1. L'autisme infantile

Dans sa forme typique, l'autisme infantile précoce associe plusieurs difficultés. C'est d'abord un déficit de communication, le langage peut être absent ou, s'il existe, se limite à quelques mots. Quand il se développe davantage, il reste modifié, à la fois dans sa structure et dans sa fonction. La voix est mécanique sans nuances. Le sujet de la phrase est longtemps absent. Même quand la syntaxe devient normale, le langage garde un caractère concret, avec peu de métaphores, des substantifs manifestes ou des verbes pris dans leur sens premier.

Le locuteur autiste manifeste souvent son incompréhension devant des hyponymies et des jeux de mots. Englués par fois dans la phase répétitive, reprises de l'entourage ou empruntées et des dessins animés ou des clips publicitaires télévisés, répondant souvent en écho, il peut produire des néologismes ou des déformations, qui donnent à sa parole les caractères d'un idiome personnel, parfois difficile à comprendre. La communication verbale est généralement perturbée. L'enfant, qui a pu inquiéter ses parents dès sa naissance en ne réagissant pas lorsqu'on s'approchait de lui, tarde à désigner un objet pour attirer l'attention d'un tiers. Il exprime peu ou à contretemps ses émotions.

A ces difficultés de communication s'ajoutent des troubles de la socialisation. L'enfant s'isole, ne prend pas l'initiative d'une demande, ne répond pas aux sollicitations, semble redouter le contact physique ou le simple contact vocal, fuit l'échange visuel. Ne cherchant pas spontanément de réconfort lorsqu'il est dans une situation personnelle de détresse, il paraît indifférent à l'expression par un autre d'une malaise quelconque, il interagit socialement, comme s'il peinait à comprendre ce que son interlocuteur attend de lui et à se représenter les pensées et les sentiments d'autrui. Il est plus à l'aise avec les choses qu'avec les gens. *(Hochmann, J. 2009.P.26).*

3.2. L'autisme atypique

L'autisme atypique est une forme particulière envahissante 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 hypothèses là de trois ans ou bien l'un des troubles caractéristique 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).*

3.3. Le syndrome de Rett

Trouble décrit principalement chez les filles. Il se caractérise par une première période de développement apparemment normale ou presque normale, suivie d'une perte partielle ou totale du langage et de la motricité fonctionnelle des mains associées à une cassure du développement de la boîte crânienne. Le début de ce type de trouble se suit entre 7 et 24 mois. Les signes les plus caractéristiques sont la perte de la motricité des mains, l'apparition de mouvement stéréotypés de torsion des mains, et l'hyperventilation. *(Bertrand, J. 2008.P.34).*

3.4. Le syndrome d'Asperger

Trouble de développement dans lequel se retrouvent des anomalies qualitatives des interactions sociale 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. *(Roge,B.2003.P.28).*

3.5. Les Autres troubles dis intégratifs de l'enfance

Un trouble qui se caractérise par un développement normale avant le survenue du trouble. En quelques mois une perte se manifeste, une perte des performances acquises ultérieurement dans plusieurs domaines du développement, accompagné d'une perte globale de l'intérêt vis – à-vis de l'environnement de conduites motrices stéréotypes, une altération de **3.6.Chez les nourrissons et les jeunes enfants**

type autistique de l'interaction sociale et de la communication.

3.6. Hyperactivité associée à un retard mental et des mouvements stéréotypés

Un trouble qui touche les enfants avec quotient intellectuel inférieur à 34, associé à une hyperactivité important, une perturbation majeure de l'attention et des comportements stéréotypés. Les médicaments stimulants sont inefficace. Il s'accompagne souvent des retards du développement différents, spécifique ou globaux aux. Ses causes sont inconnues. *(CIM-10,2015).*

4. Les signes de l'autisme

- ✓ Il ne réagit pas à son prénom.
- ✓ Il n'établit pas ou peu le contacte oculaire
- ✓ Il donne la vague impression d'être différent, étrange ou bizarre, même s'il ne présente pas de graves troubles de comportement
- ✓ Il n'esquisse pas ou peu de sourires sociaux et ne manifeste aucune autre exposition de plaisir
- ✓ Il prend peu d'initiative sociale
- ✓ Il n'émet pas rires communicatifs, de petits cris, de gazouillis, ou n'imité pas les expressions faciles

- ✓ Il réagit comme un enfant plus jeune sur le plan émotionnel (de façon très intense)
- ✓ Il a des résultats scolaires variables avec des lacunes spécifiques dans les domaines de la communication de langage et la synthèse, (par exemple la compréhension de lecteur)

4.4. Chez les adolescents

- ✓ Il ses amis et est de plus en plus isolé sur le plan sociale
- ✓ Il se perd dans les détails et les faits
- ✓ Il fait preuve de passivité et d'une lenteur croissante
- ✓ Il obtient des résultats scolaires variables avec lacunes spécifiques pour les matières qui demandent un travail indépendant et des compétences spécifiques (*Vermeulen ,P.Degrleck, S. P.49-50-51*).

5. Les signes cliniques de l'autisme

Les signes cliniques correspondent à une perturbation des fonction en cours de développement ,les données concernant le développement cérébral ont montré que dans l'autisme il existait des anomalies de l'organisation cérébrale .Les caractéristiques observées permettraient de situer la perturbation du développement cellulaire dans les trente semaines de gestation .Les signes de l'autisme pouvant être distingué de la symptomatologie psychotique telle qu'elle apparait dans psychose de l'enfant qui, dans les classification validées au niveau international recouvre la notion de schizophrénie de l'enfant.

L'autisme touche donc précocement toutes les fonctions d'adaptation et il se caractérise par un ensemble de signe clinique présent dans les trois domaines essentiels que sont l'interaction sociale, la communication, et les intérêts et comportement (ROGE, **B.2003.P. 22**).

5.1 .Des anomalies qualitatives de l'interaction sociale

Les anomalies touchent particulièrement les comportements non verbaux utilisés classiquement pour entrer en contact avec les autre .Les signaux non verbaux qui permettent de régler l'interaction sont absents ou ne sont pas utilisés correctement .L'utilisation du regard transfixion (le regard semble traverser l'interlocuteur),ou le regard est périphérique (la personne regarde de coté) ,et le regard n'est pas coordonné avec les autres signaux sociaux .Le mimiques sociales sont appauvries ou exagérées et peuvent sembler peu adaptées au contexte :par exemple ,l'enfant rit sans que l'on comprenne pourquoi ou alors il sourit en regardant un rayon lumineux et ne sourit pas quand on lui parle ou lorsque l'on cherche à attirer son attention .Les stimulations physiques permettent souvent d'activer l'engagement sociale et cela peut être trompeur(*ROGE,B. ,2003 ,P.23*).

5.2.Des anomalies de la communication

Il existe un retard d'acquisition du langage, certaines personnes autistes n'atteignent jamais le niveau de l'expression verbale (50%).Dans tous les cas, l'enfant n'utilise pas spontanément d'autre modes de communication (gestes, mimiques) qui lui permettraient de compenser le problème de langage .le langage n'est pas bien compris, surtout lorsqu'il est plus abstrait . Lorsque il est apparait, il . Lorsque un langage apparait il se développe en g générale tardivement ,et comporte des anomalies de ce fait ,les anomalies du langage sont :

- *L'écholalie*

Est un « reformatage » des productions orales faites par les adultes. L'enfant essaie d'accommoder, d'adapter le langage qu'on lui adresse, l'imitation verbale ou vocale est souvent appelé écholalie, considérée comme un refus de *dialogue* (*Carmen J-F-P. 2013.P.161*).

- **Écholalie immédiate**

L'enfant répète en écho ce que l'adulte dit, il peut par exemple une question qui lui est posée au lieu d'y répondre. L'adulte demande : « tu veux boire ? » au lieu de fournir une réponse. Cette absence d'inversion des pronoms et la confusion entre le « je » et « tu » montre que la fonction d'outil de communication qu'a le langage n'est pas comprise.

- **Écholalie différée**

Des mots ou phrase qui ont capté l'attention de l'enfant dans une situation donnée vont être répétés dans un autre contexte où ils n'ont plus de sens.

Par exemple, l'enfant répète inlassablement une phrase entendue aux informations télévisées : « demain il fera beau ». -utilisation idiosyncrasique du langage :

L'enfant utilise des mots ou expressions qui lui sont propres. (*Roge, B. 2003.P.23*).

À côté de ces troubles qui constituent les critères principaux de diagnostic, d'autres anomalies peuvent être relevées. Dans l'examen clinique aux critères de diagnostic de l'autisme sont fréquemment évoqués.

5.3. Des problèmes moteurs

Des signes tels que l'hypertonie ou l'hypotonie des anomalies discrètes sur le plan postural, et des problèmes de coordinations peuvent déjà être décelés précocement. Les troubles se situent dans le domaine de la motricité globale comme dans celui de la motricité fine et les perturbations touchent à la fois la motricité instrumentale qui permet l'adaptation à l'environnement et la motricité de relation qui participe à la communication par les gestes et les postures. (*Roge, B. 2003.P. 25*).

5.5. Les troubles de l'alimentation

Certains enfants porteurs d'autisme présentent des troubles de l'alimentation. Ils peuvent être expliqués différemment ; la texture particulière à déplait à l'enfant, l'enfant est incapable de manger de nourriture solide, l'enfant accepte de ne pas manger qu'un seul aliment, ou seulement les aliments provenant de la même marque. Certains refusent les aliments inconnus, ou de certaines textures, voire même couleurs. Les plats proposant des aliments mélangés sont quelquefois refusés, de par la différence de texture qu'ils procurent en bouche. Ces comportements anormaux sont parfois associés à des vomissements.

L'autisme entraîne parfois une hyper-sélectivité alimentaire. Ils peuvent refuser de manger certains aliments selon leur goût, leur odeur, leur forme, leur couleur ou leur texture. L'environnement et les habitudes jouent également un rôle dans le comportement alimentaire des personnes autistes. Certains enfants vont par exemple vouloir manger toujours dans la même assiette, d'autres mangent seulement des soupes de couleurs rouges, d'autres vont accepter de manger à la maison. Mais pas dans les endroits publics (*Deborah. 2011*).

Les signes de l'autisme peuvent varier selon les formes d'autisme (syndrome d'asperger, autisme atypique, syndrome de Rett..) et donc se manifester de façon différente selon les enfants, Aussi, chaque enfant se développe à son propre rythme.

Nous insistons sur le fait que si certains de ces signes sont présents, ce n'est pas encore un indice d'autisme, cela doit susciter un soupçon, une alerte, sans plus.

Nous nous trouvons donc face à une incertitude au sujet d'un enfant (ou d'un adulte) pour lequel on aurait remarqué un comportement anormal, déroutant parfois, qui pourrait faire penser à l'autisme.

6.1 l'étiologie de l'autisme

Les facteurs de biologique

Le Dr Bernard Rimland est le premier à avoir introduit l'hypothèse de l'origine organique. Il entreprend en 1974 une recherche avec la participation de 20 chercheurs venus du monde entier, partant de l'idée ; que l'autisme n'est pas unique, c'est un syndrome dont les causes sont multiples. Dans son étude il s'est intéressé à l'aspect anatomique, électro physiologique et biochimique des symptômes autistique, il fut le premier à avoir introduit dans son étude cinq critères précis de diagnostic : l'âge d'apparition précoce des symptômes cliniques, une inaptitude profonde à communiquer avec autrui, un retard du langage, comportements ritualisés, motricité perturbée et stéréotypés. (Rutter, M. Schopler, E. 1991. P.20).

Les facteurs génétiques

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

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

Les facteurs biochimiques

On a remarqué que les personnes atteintes du syndrome autistique présentent des perturbations au niveau des neurotransmetteurs. En effet, la sérotonine, la dopamine, la noradrénaline et les bêta endorphines se retrouvent généralement à un taux anormalement élevé dans le sang des individus autistes. En 1979, un zoologue américain du nom de Panse remarque une similitude entre certain comportement de l'autisme et les personnes qui consomment de l'opium. Il met également en cause les bêta endorphines, qu'il retrouve en excès dans les urines de personnes autistes, et propose pour contrer ce phénomène un régime sans caséine et gluten. Son hypothèse est simple: l'excès de bêta endorphine cérébrale viendrait d'une mauvaise assimilation de certains aliments, notamment les céréales (gluten) et les produits laitiers. (Amar.T, 2004, P103,104). **Les facteurs neurologiques**

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

Les facteurs cognitifs

Il semblerait que les personnes atteintes d'autisme aient un déficit au niveau des fonctions exécutives, de la cohérence centrale ainsi que de la théorie de l'esprit. Selon le pédopsychiatre Andrew Meltezooff de l'université de Washington, il existe un défaut central chez la personne avec autisme; leur incapacité à se représenter ce que les autres pensent.

On estime que vers l'âge de 4 ans les enfants d'une manière générale, réalisent que les autres personnes ont leurs propres désirs, et pensent autrement qu'eux. Ce qui leur permet de réagir aux différentes situations sociales qu'ils traversent. Par contre les enfants autistes pensent que tout le monde pense comme eux. Ils ne savent pas que leurs parents, leurs frères et sœur, camarades.... Pensent et voient les choses autrement qu'eux. (Rogé , B .2004. P.40).

7. Les troubles associés à l'autisme

Comme tous autres troubles, l'autisme peut avoir des comorbidités qui demandent une observation et une écoute très attentive de l'individu par les spécialistes et surtout l'entourage. Les troubles associés à l'autisme les plus fréquents:

7.1. Les troubles des troubles du sommeil

L'existence des troubles du sommeil avant deux ans serait prédictive de trouble du sommeil postérieur : nous trouvons des troubles de l'endormissement, des parasomnies (cauchemars), des réveils fréquents, une durée de sommeil écourté, le bruxisme, les jambes sans repos et ex (Yvon , D.2014).

7.2. Les troubles psychiatriques

Chez l'enfant sont très fréquents (environ de 70%) : les troubles anxieux, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), le déficit de l'attention avec hyper activités (TDAH) et les troubles de l'humeur, or que chez l'adulte, les troubles associés à l'autisme les plus marqués sont : le syndrome dépressif, les (Tocs), les troubles anxieux, la prise de l'alcool, les troubles de la personnalité et le spectre schizophrénique (Yvon , D. 2014).

7.3. La déficience intellectuelle

La déficience intellectuelle est souvent associée au trouble autistique, estimée autour de 70%, ce qui complique l'épanouissement de l'enfant dont l'intensité conduit à la définition du retard mental léger, moyen ou sévère. Il faut prendre en compte les 30% restant, qui peuvent être de haut niveau, ceux qui ont le syndrome d'Asperger.(Yvon , D. 2014).

7.4. L'épilepsie

Selon l'étude de KANNER sur les onze enfants autistiques 26% à 45% sont touchés par des crises avérées d'épilepsie, cette prévalence vraie en fonction de l'association à un retard mental qui est estimée à 21%, contre 8% en l'absence de déficience mentale (Yvon , D. 2014).

7.5. Les troubles sensoriels

Au-delà du diagnostic différentiel, il est indispensable de rechercher un déficit de la vision et de l'audition entravant le développement de l'enfant, la communication, l'apprentissage ainsi que sa qualité de vie (YVON D., 2014).

7.6. Les pathologies génétiques

- **Le syndrome de l'X fragile**

Qui est retrouvé environ à 4% qui touchent en majorité les garçons, il est dû à une mutation d'un gène sur le chromosome X .

- **Le syndrome de RETT**

Qui survient essentiellement chez les filles ; une régression des acquisitions entre 12 et 36 mois ainsi qu'un ralentissement de la croissance du périmètre crânien. (Yvon , D. 2014).

- **La sclérose tubéreuse de BOURNEVILLE**

Elle est diagnostiquée chez 0,4 à 3% des sujets autistes, elle fait partie des maladies nommée <<phacomatoses>>. (Yvon , D. 2014).

8. Il existe d'autres troubles comme

- **Les troubles alimentaires**

Gloria LAXER écrit en 2001: << Qu'en ce qui concerne les enfants souffrant de troubles de développement, nous avons qu'environ 40% d'entre eux présentent des troubles sévères de nutrition, toutefois notre pratique aussi bien dans les établissements que dans le cas de bilans demandés par les familles, nous a montré que plus de 60% des personnes autistes présentent de tels troubles à des degrés divers.>> **(Dupe,E .20011 .P.38).**

Les troubles de conduites alimentaires sont diverses et multiformes, elles apparaissent précocement dès les premières semaines de vie progressivement le refus alimentaire est sélectif, il peut porter sur la consistance de la nourriture ou sur les couleurs des aliments. Ce qui est étonnant la courbe pondérale des enfants autistes n'accuse pas systématiquement de retard staturo-pondérale. **(Ould taleb, M.2015.P.26).**

- **Le syndrome de Gille de la tourette**

Peut se produire par des mouvements involontaires allant des simples Tics à une torsion brusque de tout le corps cette incoordination motrice s'accompagne de trouble de la parole (écholalie, coprolalie) ainsi que le trouble du comportement. Une publication récente, offre d'intéressantes perspectives, elle propose un locus en quelques gènes candidats et surtout un rapprochement avec l'autisme, car un locus de susceptibilité pour cette maladie se trouvait au même site et parce que l'association autisme-GTS semble plus fréquent. **(Gilgenkratz, S. 2001 .P.809).**

9. Diagnostic de l'autisme

Le diagnostic de l'autisme repose sur un ensemble de signes comportementaux et sur l'histoire du développement. Dans une première approche, le clinicien va donc recueillir les informations, le plus souvent à partir d'un entretien avec la famille et à partir de l'observation de l'enfant mais la confirmation du diagnostic est obtenue par des échelles standardisées qui permettent d'apprécier la nature et l'intensité des troubles et de déterminer avec précision à quelle catégorie diagnostique appartient l'enfant porteur d'un trouble du spectre autistique. **(CHOSSY.J.F .2003. P .37).**

Établir un diagnostic de l'autisme est une tâche complexe qui exige temps et compétence de la part de nombreux professionnels. Parent et professionnels ne doivent pas oublier qu'il est nécessaire d'avoir la même compréhension du handicap, sinon leurs efforts n'aboutiront pas. Avoir vu en consultation une demi-douzaine ou une douzaine de cas ne permet pas de faire plus facilement le diagnostic, car tous les cas peuvent être très différents les uns des autres. **(Ritvo, E .Laxer, G. 1983,P. 32).**

Il est rare de nous jours de découvrir un autisme dans sa forme complété (retrait autistique , recherche d'immuabilité , stéréotypies , absence de langage) , telle que kanner l'avait décrite. Les progrès de la recherche clinique ont en effet conduit a repérer certains signes précoces , durant les deux premières années de vie , susceptible d'orienter le diagnostic . la précocité du diagnostic permet en effet de mettre en place rapidement une prise en charge thérapeutique qui influencera la qualité de l'évolution .

On peut en effet l'légitimement penser que plus des modes relationnels autistiques auront fonctionné longtemps , plus il sera difficile d'en inversé le cours ultérieurement le retard à l'établissement du diagnostic est généralement attribué a une sensibilisation insuffisante des praticiens aux symptômes très précoces de l'autisme et au fait que les examens de routine effectués durant les premières années de la vie évaluent a peu près uniquement le développement moteur , intellectuel et perceptif (qui peut apparaitre normal dans l'autisme) mais n'apprécient pas les signes les plus fins ; notamment ceux du registre de la communication

La question du diagnostic précoce de l'autisme infantile renvoie à certains débats sur les origines de l'autisme : s'agit-il d'une affection innée qu'il importerait de détecter le plus tôt possible afin d'espérer mieux la soigner, ou s'agit-il d'un processus évolutif dit "attisant" dont il faudrait identifier les premiers signes afin d'en infléchir l'évolution vers l'autisme?

Quoi qu'il en soit, certains signes observables chez le nourrisson doivent attirer l'attention. Mais il convient de rester prudent ! tous ces signes n'auront de véritable signification que dans la relation interactive de l'enfant avec son entourage . un signe isolé n'a aucune valeur s'il n'est associé à aucun autre , s'il est observé en dehors de tout contexte ou encore s'il s'inscrit dans un contexte immédiat particulier évident (événement personnel ou familial notamment , comme par exemple une séparation prolongée avec le milieu habituel , quelle qu'en soit la cause) qui fera davantage évoquer un problème réactionnel , qui par définition , ne dure pas contrairement aux signes autistiques .

Il faut par ailleurs souligner que ces signes d'alerte peuvent tout à fait passer inaperçus , surtout s'ils sont discrets et qu'il s'agit d'un premier enfant ; les parents n'ayant pas de points de repères par rapport à une fratrie . (**Mazet , P .Coll .2001. P. 15**).

Aujourd'hui le diagnostic d'autisme est établi entre l'âge de 2 à 3 ans , même si des signes très précoces peuvent déjà être décelés par des praticiens avertis au tour de 13-15 mois , voire plus tôt encore , selon fréquence et intensité .

9.1. Le diagnostic différentiel

9.1.1. Avant l'âge de 3 ans

La surdité est discutée devant le retard de langage et l'absence apparente de réactions à certaines stimulations auditives (notamment à la voix). Néanmoins, les enfants sourds ont en général une appétence pour la communication non verbale. En fait surdité et autisme ne peuvent être confondus; en revanche ils peuvent être associés. Il en est de même avec la société qui peut aussi poser des difficultés de diagnostic, notamment chez les plus jeunes.

Les troubles du langage : dysphasiques et autistes ont en commun le retard de langage, les troubles de parole (expression) et pour certains d'entre eux des troubles de la compréhension des sons et du langage oral. De plus certains enfants dysphasiques peuvent développer aussi des problèmes de la relation sociale. Il y a donc des cas limitant de diagnostic complexe. Mais le plus souvent les enfants dysphasiques diff rent clairement des enfants autistiques en ce qu'ils ont une capacité à communiquer par les gestes et les expressions.

Le retard mental : autisme et retard mental ne sont pas exclusifs l'un de l'autre.

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

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

Le tableau clinique s'améliore rapidement si une prise en charge spécialisée intervient précocement. Lorsqu'il s'agit de carences affectives graves et durables, en revanche, il peut y avoir une parenté sémiologique avec l'autisme. Les anomalies grossières des conditions de vie sont alors facilement identifiées si les antécédents sont connus. Mais parfois l'anamnèse est insuffisante (enfants plus grands dont le passé est mal précisé, cumul de facteurs, adoption

tardive etc...). En principe le domaine de la << sociabilité>> est plus susceptible d'être préservé, ou amélioré par les soins, s'il ne s'agit pas à l'origine d'un autisme. (**CHOSSY.J.F.2003. P.100**).

9.1.2. Après l'âge de 3 ans

Outre les pathologies mentionnées ci-dessus, la question est aussi celle d'autres troubles du développement :

Certaines dysphasies : (formes sévères de retard de développement du langage), surtout s'il s'agit des variétés sémantiques pragmatiques et ou si elles sont associées à des troubles cognitifs et du comportement, représentent l'interface des troubles spécifique du développement du langage avec les troubles globaux du développement.

Le syndrome de Landau-Kleffner est une entité neuro-pédiatrique caractérisée par une perte du langage et l'apparition de signes comitiaux vers l'âge de 3 ans.

Le retard mental et l'autisme, comme on l'a vu, ne sont pas toujours exclusifs l'un de l'autre. Schématiquement, l'autisme est le plus souvent associé à un retard mental de degré variable. d'autre part, le retard mental (plus fréquent) peut être associé à quelques signes communs avec l'autisme, surtout dans ses formes modérées ou sévères (stéréotypies , automutilations ; agitation) . Sinon, on parle de retard simple, homogène, lorsqu'il n'y a pas d'altérations spécifiques supplémentaires de la communication, ou de troubles graves du comportement. (**LBID. P. 101**) .

10. Les prises en charge de l'autisme

10.1. Les prises en charge psychothérapeutiques

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

La psychothérapie Individuelle

Notamment pour des personnes d'assez de bon niveaux et ayant des moyens de communication à disposition, pourra être un soutien utile pour évoquer et élaborer leur peurs, leurs angoisses, et la souffrance d'être différent, pour comprendre les situations sociales si déroutante pour elle, et les aider à gérer le stress que cet ensemble de difficultés génère au quotidien. (**Gepner, et Tardif .2003. p.109**).

Les thérapies familiales systémiques

Pourront-elles aussi être une modalité envisagée, pour que la personne autiste soit vue et reçue avec ses proches dans un espace prévu, pour parler des interactions familiales et du système dans lequel les échanges s'opèrent, par l'analyse des communications et des rôles des uns et des autres au sein de la familiale, elles peuvent être utiles pour la fratrie, dans ses liens et modes d'échanges avec leurs parents et leur frères ou sœurs (**Gepner , et Tardif.2003,p.109**).

Les thérapies cognitivo-comportementale (TCC)

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

La thérapie d'échange et de développement

La thérapie d'échange et de développement est une forme nouvelle de la psychothérapie destinée aux enfants présentant un trouble autistique. Son initiateur est le professeur Lelord. Elle repose sur les bases de la neurophysiologie du développement. L'autisme dans la phase préparatoire l'enfant est soumis à un examen psychologique des observations des comportements, un bilan neurophysiologique rigoureux. La thérapie a pour objet l'épanouissement de l'enfant. Elle a également pour objet de développer des fonctions déficientes. Cette approche est spécifique organisée principalement autour de soi psycho éducative individuelle réalisé au cours de plusieurs séances hebdomadaires de 30 minute chacune pendant lesquelles l'enfant est sollicité et accompagné dans différents jeux en fonction de ses intérêts et de ses capacités. Les séances s'organisent autour de trois principes généraux dont la simplification de l'environnement spatial et des stimulations, l'échange si l'imitation et en fine, la réalisation de séquences motrice fonctionnelles. (**le noir, malv ,bodier, rethor.2003**).

A l'issu de cette phase des objectifs, adaptés à chaque enfant en fonction de ses capacités et de ses intérêts sont fixés. la démarche de la thérapie d'échange et de développement, recherche chez l'enfant, un centre d'intérêt par la mise de jeu, en relation avec le niveau de développement de l'enfant et l'échange au niveau de la motricité, du regarde, de la voix et de l'imitation. (**lelord, sauvage. 1991**).

Les prises en charges éducatives

La prise en charge éducative est un ensemble de méthodes et de stratégies d'enseignement adaptées aux enfants et adolescents autistes afin de leur permettre un accès au savoir. en effet , le but recherché par cette approche n'est pas d'enseigner un programme scolaire au sens habituel du terme , même si certains autistes peuvent le suivre en partie ou en tonalité , mais le but est bien plus de leurs donner des outils pour mener une vie aussi indépendante que possible , pouvoir s'occuper seul de façon constructive , et participer a la vie de leur entourage avec des moyens de communication et d'intégration socialement adaptés .

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

Le programme de Schopler (TEACCH)

La division TEACCH, traitement et éducation des enfants avec autistes avec autisme et autre handicaps de la communication, créée aux États-Unis, est une méthode éducative spécifique, en partant de l'observation et de l'étude, du fonctionnement cognitif de l'enfant autiste, il s'agit en réalité d'un programme qui vise à insérer l'enfant autiste, dans son environnement naturelle en favorisant le développement de son autonomie, afin de concrétiser l'objectif. Le programme

s'appuie sur trois grands principes, le programme met l'accent sur les stades d'où on s'intéresse au diagnostic, l'entraînement des parents et sur l'aide psychopédagogique, à l'âge scolaire, on se penche sur les problèmes d'apprentissage et les troubles du comportement à l'adolescence, et l'âge adulte on tend vers une grande autonomie avec une formation professionnelle. Dans ce programme, les parents jouent un grand rôle dans la prise en charge de leur enfant. Les parents sont, orientés par les professionnelles, de leur côté ils s'impliquent dans le programme éducatif de l'enfant, le projet éducatif individuel repose sur une véritable collaboration, et une reconnaissance mutuelle, sa mise en œuvre repose sur deux principes :

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

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

10.2.2. L'ABA (Applied Behavioral Analysis)

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

10.3. La prise en charge médicamenteuse

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

- **Les neuroleptiques :** utilisés pour les adultes et enfants porteurs d'autisme, les effets recherchés portent sur l'agressivité, l'agitation, les crises de colère, les stéréotypies, etc. Une prise de poids et un effet sédatif sont souvent rapportés.
- **Les antidépresseurs "IRS" :** proposés pour traiter les stéréotypies et rituels gênants, les antidépresseurs peuvent aussi être prescrits pour le traitement de la dépression chez la personne porteuse d'autisme.
- **Les stimulants :** ce traitement peut être efficace en cas d'instabilité psychomotrice ou de troubles attentionnels importants. L'efficacité semble plus importante chez les enfants présentant des formes particulières d'autisme (syndrome d'Asperger ou TED non spécifié). **(Sanchez . 2011).**

10.4. L'intervention précoce

L'intervention précoce va de pair un diagnostic précoce, ainsi, lorsque l'enfant atteint d'autisme est dépisté jeune (autour de 2ans), une intervention précoce peut être proposée, son fondement théorique repose sur le fait qu' entre 2 et 5ans, les phénomènes de plasticité cérébrale et de compensation adaptative sont des leviers importante pour la récupération de certaines fonctions défailantes.

Cette intervention s'appuie sur une approche développementale et comportementale incluant un travail systématique sur les compétences sociales, cognitive et psychométriques, et elle vise l'acquisition de compétences nouvelles et une rééducation des comportements gênants, parasitant les échanges. **(Gepner , et Tardif. 2003).**

Différentes études longitudinales effectuées auprès d'enfants ayant été pris en charge précocement et de manière suffisamment intensive, rapportent de tels changements en deux ans de pris en charge. Mais pour que cette intervention soit suivit d'effets positifs sur le développement de l'enfant, il faut qu'elle comprenne certaines caractéristiques indispensables : La précocité de l'intervention (si possible avant 4ans), l'intensité de l'aide (stimulations quotidiennes), l'implication des parents autour d'une équipe de partenaires avec une variété d'activités et d'environnements (pour favoriser la généralisation et prolonger les effets des stimulations dans les différents lieux de vie de l'enfant), l'individualisation des activités et des projets spécifiques à chaque enfant en fonction de son développement et son environnement, la prise en compte des données biomédicales et développementale pour ajuster les interventions éducatives et rééducatives.**(Gepner , et Tardif. 2003).**

Le but de cette intervention précoce est de marquer le temps d'éveil de la journée et de l'enfant autiste par des activités stimulante au niveau des interactions sociales et communicatives , notamment en travaillant sur le regard , l'imitation , pour cela on suscite <<l'apprentissage incident>> réalisé dans l'environnement naturel , qui fournit un cadre de travail favorable a la fois pour permettre la généralisation des acquis et le développement de l'initiative adopté de l'enfant en réaction a son milieu familial . parmi ces technique d'enseignement, la stratégie des <<routines>> permet d'enseigner des compétences reliées naturellement les unes aux autres . exemple : apprendre a descendre du bus et se rendre dans un lieu habituel . une autre stratégie consiste a travailler sur les<< comportements pivots>> c'est des comportements qui ont des effets larges et de portée étendue dans divers secteurs du développement de l'enfant . par ces stratégies, l'objectif est d'enseigner de façon naturelle la motivation a initier des actions et a réagir de façon appropriée aux nombreux stimuli sociaux et environnementaux, et a faciliter l'autorégulation du comportement de la personne . donc l'intervention précoce ne peut être envisagée que si l'entourage familial et professionnel est prêt a s'engager conjointement dans ce type de sollicitations à la fois régulières, répétées et soutenues, nécessitant beaucoup d'investissements. **(Gepner , et Tardif .2003) .**

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

Synthèse

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

II. Parentalité et autisme

Préambule

Les parents sont les premiers à confronter le handicap de leur enfant, ce qui nécessite une réorganisation familiale et développement de nouvelles stratégies pour faire face, l'autisme est un trouble lourd qui a des répercussions sur la famille, particulièrement sur les parents, dans ce qui suit nous allons présenter la relation d'un enfant autiste avec son parents et environnement.

1. L'annonce du diagnostic de l'autisme

Le diagnostic doit être annoncé par un médecin, qui est soit le médecin référent de l'enfant pour ces troubles (médecin généraliste pédiatre, pédopsychiatre, neurologue) soit le médecin le médecin responsable et coordinateur de la procédure diagnostic. - Le moment où le diagnostic est annoncé dépend de plusieurs facteurs : Quand le diagnostic est connu avec certitude par le médecin. Il est donc prudent d'attendre les résultats de l'évaluation pluridisciplinaire. Si le médecin a un doute sur le diagnostic, il utilisera plutôt la notion de « trouble du développement dont la nature est à préciser », non pas pour le cacher, mais pour attendre d'être sûr de ce diagnostic avant de l'annoncer .

Il est recommandé de ne pas annoncer le diagnostic d'autisme avant l'âge de 2 ans, car les symptômes peuvent encore se modifier et ce diagnostic se révéler faux.

Il est recommandé d'annoncer le diagnostic dans un délai qui ne devrait pas dépasser un mois après la procédure d'évaluation pluridisciplinaire. Il est important que le diagnostic soit annoncé dans de bonnes conditions en présence des deux parents (*Ouss-Ryngert.. 2010. PP. 35-36*).

1.1. La réaction des parents au trouble autistique

Quant à la naissance d'un enfant qui présente un handicap, la famille doit réajuster, Ses habitudes et ses préoccupations de vie, afin de s'accommoder au trouble. C'est un événement bouleversant et déstabilisant de la famille.

Les mères sont préoccupées par le développement cognitif de leur enfant, son manque d'autonomie et sa dépendance, les problèmes de comportement de leur enfant (autostimulations, accès de colère, comportement agressifs) accompagnés des difficultés d'intégration sociales.

En effet, plusieurs études mettent en évidence, le besoin des parents à des informations qui concernent l'autisme à partir de l'annonce du diagnostic, ils consultent soit le médecin généraliste soit le pédiatre, qui ne peuvent apporter beaucoup d'explications, parce qu'ils connaissent peu les troubles envahissants du développement afin d'apaiser leur inquiétude. Par ailleurs, quelques parents instruits font des recherches sur internet, dont ils expriment souvent leurs difficultés à juger la pertinence des informations disponibles, et à s'orienter dans les multitudes d'informations disponibles.

En outre, d'autres parents essaient d'intégrer des associations de parents afin de pallier le sentiment de manque d'information, et certains d'entre eux sont mieux renseignés sur la prise en charge opérante. Cependant, on souligne que la plupart des parents expriment leur volonté d'échanger leur expérience avec d'autres parents qui partagent le même problème, pour mieux faire une représentation de l'autisme. Rares sont les parents qui ne sont pas curieux d'avoir des informations, ce qui signifie le sentiment de désarroi face à leur situation d'éducation spécifique.

D'après **Golay et a .Assal (1993)**, le processus d'acceptation d'une maladie ou d'un trouble peut être très long et comporte quatre étapes principales qui ne sont pas linéaires, ni chronologiques : le choc initial, le stade de déni, le stade de désespoir ou de dépression, et le stade d'acceptation. Nous pensons que ce modèle peut être appliqué aux parents d'un enfant ayant un trouble autistique.

1.1.1. Le choc initial

Les parents sont généralement alertés par l'absence ou le retard du langage, les problèmes de communication, l'évitement du regard, le manque d'interaction sociale, le retard du développement psychomoteur, l'hypersensibilité à certains bruits, les jeux itératifs, les stéréotypies des comportements. Malgré la présence de ses signes, l'annonce du diagnostic par le médecin, représente un traumatisme bouleversant pour les parents, détecter le trouble et connaître le diagnostic est un moment difficile, mais des fois les parents sont soulagés quand ils comprennent de quoi l'enfant souffre, enfin les parents peuvent s'étayer sur des personnes qualifiées pour les aider. Néanmoins, même si certains parents demandent une réponse rapide par rapport au diagnostic, il est indispensable de respecter le rythme et l'abond de chacun

1.1.2. Le déni de la réalité ou le refus

Est particulièrement invoqué par le psychanalyste Sigmund Freud, c'est un mécanisme de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante Il est utilisé pour nier le diagnostic dans le but de diminuer l'angoisse, à titre

D'exemple après la première consultation, les parents aillent chercher un autre diagnostic chez un autre médecin, Ce qui peut retarder l'intervention des professionnels.

1.1.3. Le désespoir et dépression

Est en étroite relation avec l'isolement des parents, le sentiment de culpabilité, avec l'évocation de leur situation d'échec face à un enfant différent.

Ce sentiment est renforcé par les tâches quotidiennes lourdes, fatigantes moralement et physiquement.

1.1.4. L'acceptations

À la fin les parents acceptent le trouble et admettent de vivre avec. Pour en arriver là et faire face au trouble de son enfant, il est nécessaire de faire un travail de deuil d'un enfant idéal, imaginaire, porteur des désirs parentaux. Dans ce cas il est important que les soignants proposent une prise en charge, pour aider les parents dans la manière de penser leur enfant, son passé et son avenir. Il ne faut pas négliger non plus les croyances et les représentations personnelles du trouble, qui déterminent les réactions des parents, et peuvent influencer sur la réussite ou l'échec de la prise en charge.

Nous insistons sur un point qui nous semble important : le deuil ou le processus d'acceptation n'est jamais achevé chez la population rencontrée, dans la pratique. On a aussi remarqué que dans notre société, les parents utilisent des stratégies centrées sur leur croyances religieuses, plus ils s'appuient sur la foi, plus ils arrivent à comprendre et à accepter la situation, en se déculpabilisant : le handicap devient une question de destin.

Donc plusieurs parents trouvent aide et support dans leurs croyances religieuses. Une particularité est à souligner, les mères utilisent beaucoup plus des stratégies dirigées vers l'émotion, les mères instruites utilisent aussi la recherche des solutions à travers les lectures et les demandes d'information. Les pères se focalisent plus sur la résolution du problème (Sahraoui, Amrane. 2015. PP .23-25).

2. Les pièges dans l'attitude des parents envers leur enfant autiste

C'est toujours un choc pour la famille d'apprendre que son enfant est handicapé, même si les parents ont supposé que quelque chose n'allait pas bien, ils n'envisagent jamais la réalité totale d'un handicap.

Il n'existe pas de langage parfait pour annonce le diagnostic, ce moment est toujours une épreuve très dure.

Le choc est non pas seulement éprouvé par les parents, mais en retour il est ressentie et vécu par l'enfant.

Le handicap signifie pour les parents, une astreinte morale et psychologique qui va durer toute la vie. Il existe trois pièges dans l'attitude des parents, envers leur enfant autiste:

2.1. La déception

Le premier est celui de la déception d'avoir appris qu'ils ont un enfant handicapé et qu'il ne sera jamais comme les autres. Cela ne s'accepte pas facilement, savoir qu'ils devront prévoir la vie de l'enfant, qu'ils seront durant toute leur vie responsable de cet enfant.

2.2. La surprotection

Les parents d'enfants handicapés ont presque toujours tendance à protéger l'enfant, même dans des circonstances normales : ils ont peur que l'enfant se fasse mal, qu'il souffre, qu'on lui fasse du mal. Mais, apprendre à souffrir, à découvrir le monde à son déterminant est un fait parfaitement normal ; c'est ainsi que tout enfant fait son entourage de la vie. Surprotéger l'enfant signifie le sur-handicaper. C'est le mettre en situation de danger :

Le fait d'interdire ou de ne pas laisser faire, provoque inmanquablement une réaction chez l'enfant : il cherchera à faire ce qu'on lui interdit, quand ses parents ne seront pas là ou bien, il fera des choses excessivement dangereuses parce qu'il n'aura pas découvert, progressivement, le monde qui l'entoure. L'action du parent doit être à la fois, non envahissante et permissive, tout en prévoyant ce qui peut être dangereux (*Ritvo , Laxer . 1983. P.57*).

3. Les répercussions de l'autisme sur la parentalité

Les signes et manifestations comportementales d'un TED sont visibles dès la petite enfance et l'enfance. Le parent est donc confronté, au quotidien, dès les premières années de vie de son enfant, à de nombreux comportements atypiques et difficultés d'adaptation nettement plus sévères que pour d'autres pathologies neuro-développementales et face auxquels il se sent démuni.

Cette situation inconnue requiert la mise en place de stratégies d'adaptation tant au niveau de la gestion des comportements de l'enfant que du vécu affectif du parent. S'ajoutent défis relatifs, par exemple, à la gestion du temps (soins quotidiens, traitements), aux contraintes financières ou aux difficultés de conjuguer vie professionnelle et présence d'un enfant ayant un TED dans la famille. Les chercheurs s'entendent pour dire que le niveau de stress ou de détresse psychologique vécu par le parent d'un enfant ayant un TED est élevé, voire même plus élevé que pour des enfants présentant d'autres problèmes développementaux.

Le stress causé par la présence d'un enfant ayant un TED s'inscrit dans un processus interactionnel où il affectera le parent qui, à son tour, influencera le fonctionnement de son enfant. Incidemment, l'état de stress peut influencer négativement les pratiques parentales tant auprès des enfants tout venants que des enfants présentant un TED. Kuhn et Carter (2006) ont par ailleurs rapporté une association négative entre le stress et la perception qu'a le parent de sa compétence parentale chez des parents d'enfants ayant un TED (*Stipancic et al. 2014. P.20*).

D'après le diagnostic de malade d'enfant les parents peuvent être leurs réactions positives comme l'acceptation ou négatives comme le choc initial, le déni de la réalité ou le refus, le désespoir ou de dépression, qui se manifestent plusieurs conséquences parents-enfant que nous allons mentionner ci-dessous.

4. Les conséquences de l'autisme sur la relation parent –enfant

Compte tenu des liens qui relient les parents à leurs enfants, de leur interdépendance, (comme d'ailleurs, dans tout rapport parent-enfant), l'issue de ce bouleversement originel engagera, pour une grande part, l'évolution et le devenir de l'enfant handicapé. En effet, l'état de dépendance où se trouve l'enfant handicapé par rapport à ses parents n'a rien à voir avec celui d'un enfant ordinaire, qui dès son plus jeune âge va revendiquer sans cesse son autonomie, comme le révèle le : « je veux faire tout seul ». Cette évidente dépendance, source de fragilité est effrayante pour le parent et la responsabilité qui en découle ne peut qu'engendrer la culpabilité. Car il comprend bien que de sa capacité intrinsèque à faire face dépendra la mise en place des capacités propres à son enfant, relative, bien entendu, à son handicap (*Épagnou. 2007.P. 43-50*)

Sur le terrain, nous avons remarqué que les enfants ont une bonne relation avec leurs parents, ils sont surtout attachés à celui qui consacre plus du temps pour eux, le moment de la sortie, les enfants ont hâte de revoir leurs parents, des fois même ils pelures et piquent des crises, lorsque un parent tarde à chercher son enfant.

5. La relation mère - enfant autiste et le ressenti parental

La théorie de l'attachement élaborée par **Bowlby (1969)** autour des relations parents enfants dès la petite enfance. Ce concept suppose à la fois un mode de fonctionnement individuel, de l'enfant ou du parent, tout en caractérisant le mode relationnel entre ces deux personnes. Les comportements d'exploration de l'enfant et de centration du parent sur des activités indépendamment de l'enfant sont considérés comme étant antithétiques des comportements de recherche et de maintien de la proximité entre les partenaires) .

L'enfant utilise son répertoire de comportements pro-sociaux (sourires, pleurs, suivi du regard, rapprochement physique, etc.) et la mère maintient la proximité par un ensemble de comportements sociaux et de soins (tenir l'enfant dans ses bras, sollicitations verbales, etc.). Il ne s'agit pas de maintenir une proximité extrême entre les deux partenaires, mais chacun s'assure qu'une certaine distance ne soit pas dépassée tout en recherchant la possibilité d'explorer et de jouer pour l'enfant, et de faire des activités n'incluant pas l'enfant pour la mère.

Le concept d'attachement peut donc être considéré comme un processus interactif entre deux personnes. Il implique une réciprocité et une rétroaction des comportements de l'enfant et de la mère. Les deux types de comportements sont nécessaires pour le bon développement de l'enfant et la mise en place d'une relation d'attachement primaire stable et sécurisante qui constitue la base des modèles internes opérants.

L'incidence tout au long de la vie de cette étape a fait l'objet de nombreuses études concluant à la continuité vraisemblable de l'impact de ces premières relations tout au long de la vie.

Par ailleurs, plusieurs études menées dans les deux dernières décennies concernant les figures d'attachement montrent qu'il est plus question d'une personne suffisamment en contact avec l'enfant pour que ce dernier puisse tenter d'établir une relation d'attachement effective plutôt qu'uniquement la mère comme il est supposé dans la conception initiale de l'attachement.

Pour les enfants présentant un TSA, la sensibilité parentale dépendrait de la qualité de l'attachement de l'enfant qui serait directement associée à la sévérité des troubles autistiques notamment en termes de capacités d'expression des besoins et des ressentis.

Concluent que les enfants autistes, indépendamment de leur niveau intellectuel ou langagier, présentent un attachement moins Secure que les enfants présentant un trouble langagier, un retard mental ou poursuivant un développement non-troublé.

D'après les auteurs, le sentiment de compétence parentale est plus élevé pour les parents d'enfants autistes sans déficience intellectuelle, y compris en comparaison avec les parents d'enfants typiques. A l'inverse pour les enfants autistes déficitaires, ils se perçoivent comme étant moins compétents que les autres.

Du point de vue des besoins au quotidien, les parents d'enfants autistes non déficitaires présentent un niveau de difficulté de gestion comparable à celui des parents d'enfants typiques.

Les TSA ayant des répercussions sociales et comportementales dont les premiers signes sont perceptibles dès la toute petite enfance, les parents perçoivent progressivement que les comportements de leur enfant ne semblent pas correspondre aux attitudes des autres enfants de leur entourage.

Dès 12 mois d'âge et plus généralement autour de la deuxième année de vie, les parents repèrent des particularités tels qu'un manque ou un excès de réactivité aux stimulations environnementales, un retard de développement langagier ou une mise en défaut des habilités sociales au travers des interactions, de la recherche de contact physique ou visuel. Le repérage des particularités de leur enfant suscite une période d'inquiétude et d'incompréhension, ainsi qu'une remise en cause de leurs aptitudes parentales, parfois renforcée par l'impression de subir des commentaires de l'entourage familial qui pointent un comportement parental trop permissif ou trop protecteur (Gael . 2017.PP.33-35).

6. Le sentiment de compétence parentale selon les difficultés de l'enfant

Le sentiment de compétence parentale (SCP) semble différer selon les difficultés de l'enfant. Gross et ses collègues (1994) ont réalisé une étude longitudinale auprès de deux cohortes de 126 mères d'enfants âgés de moins de deux ans. Selon cette étude, le SCP est lié négativement à la perception de la mère du tempérament de son enfant : plus celle-ci perçoit le tempérament de son enfant comme difficile, plus elle a un faible SCP.

Dans leur recension des écrits, Jones et Prinz (2005) affirment que les parents d'enfants présentant des problèmes de comportements peuvent avoir une certaine difficulté à maintenir un sentiment de confiance élevé par rapport à leur efficacité en tant que parents.

L'étude **Sanders et Wooley (2005)** montre que les mères d'enfants ayant des problèmes de comportement ont un SCP plus faible que les mères d'enfants sans ce type de difficulté.

Des études réalisées auprès de parents d'enfants ayant un TDAH ou un TSA, révèlent que ces parents ont un SCP plus faible que les parents d'enfants tout-venant. Les parents d'enfants ayant des difficultés semblent donc avoir un SCP plus faible que les parents d'enfants tout-venant (**Lefebvre, 2021. PP. 8-9**).

7. Les compétences des parents d'enfants avec TSA

Les parents d'enfants ayant un TSA sont particulièrement à risque d'avoir un faible SCP, comme le révèle des études les comparant à des parents d'enfants tout-venant, une étude auprès de mères ayant un enfant avec TSA et un enfant tout-venant et ont évalué les cognitions de celles-ci par rapport à leurs enfants (p. ex., sentiment de culpabilité, sentiment de contrôle). Cette étude auprès de 17 familles montre que les mères rapportent un SCP plus faible pour leur enfant ayant un TSA que pour leur enfant tout-venant. Ainsi, le SCP semble différer selon l'enfant et selon la présence ou non d'un diagnostic de TSA.

Les parents d'enfants ayant un TSA rencontrent plusieurs défis et obstacles pouvant expliquer leur faible SCP. Le TSA est un trouble neuro-développemental qui se caractérise par un déficit sur le plan de la communication et des interactions sociales, mais aussi par des comportements, des activités et des champs d'intérêt qui sont à la fois répétitifs et restreints (**APA, 2013**).

Le quotidien des parents d'enfants ayant un TSA peut être particulièrement difficile en raison des symptômes liés au TSA. En effet, les enfants ayant un TSA 11 présentent souvent des troubles du sommeil, des troubles liés à l'alimentation (p.ex., une sélectivité alimentaire), des troubles du comportement (p.ex., violence, automutilation), des comportements pouvant affecter leur sécurité (p.ex., inconscience du danger, fugues), une rigidité comportementale (p.ex., routine inflexible) et des rituels .

Conséquemment, ces caractéristiques particulières de l'enfant ayant un TSA peuvent complexifier le quotidien des parents et ainsi augmenter leur stress. Le lien d'attachement entre le parent et l'enfant ayant un TSA peut également être affecté. Une étude auprès de 49 dyades parent-enfant, montre que les enfants ayant un TSA ont un moins bon lien d'attachement que les enfants ayant d'autres troubles (p.ex., syndrome de Down, paralysie cérébrale). Les auteurs suggèrent comme piste d'explication que les difficultés sur le plan de la communication et des interactions sociales des enfants ayant un TSA pourraient affecter la qualité du lien d'attachement avec le parent .

Les parents d'enfants ayant un TSA rapportent également des difficultés liées aux sorties en public. **RYAN (2010)** a réalisé une étude qualitative auprès de 46 parents d'enfants âgés de 3 à 53 ans ayant un TSA. Les parents expliquent que les réactions et les comportements de leur enfant ayant un TSA sont souvent imprévisibles et peuvent mener à des crises, notamment en raison de leur sensibilité à certains stimuli. Ces parents rapportent aussi redouter les sorties en public en raison du jugement des autres.

En effet, il arrive fréquemment que leurs habiletés parentales soient remises en doute en raison des comportements de l'enfant, principalement parce qu'il n'existe aucun signe apparent indiquant la présence d'un TSA chez ce dernier. Les parents d'enfants ayant un TSA peuvent aussi vivre de la frustration et un sentiment d'échec lorsqu'ils utilisent des pratiques parentales habituellement efficaces avec des enfants tout-venant (Fields, 2006). En effet, ces pratiques s'avèrent généralement inefficaces auprès de ces enfants qui présentent souvent une certaine rigidité et des problèmes de comportement. Ainsi, les parents d'enfants ayant un TSA vivent plusieurs défis et obstacles pouvant affecter leur SCP au quotidien (**Lefebvre, 2021.PP. 9-11**).

8. Les défis et les besoins des parents d'enfants ayant un TSA

Vivre avec un enfant porteur de trouble du spectre autistique est un défi auxquelles les parents ne sont pas préparés. Les difficultés sociale, communicationnelle peuvent remettre question la capacité du parent à calmer, rassurer et de transmettre de manière synchrone, accordée et intuitive, ce dont l'enfant a besoin (**Dormuy. 2018. P.2**).

Le TSA suscite des changements et des remaniements familiaux qui peuvent affecter la qualité de vie de la personne ayant un TSA, de sa fratrie et de ses parents. Plusieurs auteurs rapportent notamment que les parents d'enfants ayant un TSA vivent davantage de stress que les parents d'enfants au développement typique ou présentant d'autres problèmes développementaux.

Selon **BOYD (2002)**, les trois plus grands stress vécus par ces parents sont : la permanence du trouble, la faible acceptation des comportements atypiques de l'enfant par l'entourage et le très faible niveau de soutien reçu. L'ensemble des caractéristiques de l'enfant représente un défi quotidien puisqu'elles sont des sources de stress pour la famille, et ce, durant tout le cycle de l'évolution familiale .

Le premier axe des critères diagnostiques du TSA touche la communication et les interactions sociales (APA . 2013). De fait, les principales préoccupations des parents sont souvent liées aux compétences communicatives et sociales de leur enfant. Sachant que le domaine du langage et de la communication joue un rôle important dans le sentiment de compétence du parent, le niveau de stress souvent déjà présent chez le parent peut être amplifié par la crainte de ne pas pouvoir décoder correctement les besoins exprimés par son enfant ou de ne pas être bien compris par lui.

À cela s'ajoutent des difficultés relationnelles qui provoquent un stress supplémentaire chez les parents. Selon Lemay (2004), un des moteurs de la compétence parentale est le plaisir que le parent ressent au fil des expérimentations faites par l'enfant. Dans la mesure où l'enfant ayant un TSA peut éprouver des difficultés à établir des relations sociales appropriées avec autrui (AP ., 2013), le parent peut être grandement affecté émotionnellement.

L'enfant avec TSA réclame plus d'attention, présente des comportements déroutants et a besoin de sollicitations qui contraignent les parents à donner énormément sans être immédiatement gratifiés. En analysant la qualité de vie des parents et en recensant leurs besoins,

les auteurs du troisième plan autisme (2013) ont amorcé l'amélioration du soutien aux familles, en appuyant sur la nécessité de reconnaître la place des parents dans la prise en charge et en leur apportant des conseils, des formations aux compétences parentales et des solutions de répit (**Dormoy, 2018. P.2**).

Nous pouvons dire que les besoins des parents d'enfants autistes sont nombreux. Le parent peut avoir besoin de conseils éducatifs sur la façon de se comporter avec un enfant qui a certainement des besoins spécifiques, être conseillé lors de prises de décisions. Il peut souhaiter obtenir plus d'informations sur les compétences de son enfant, avoir besoin d'informations sur les services et interventions spécialisés, ainsi qu'avoir des explications simplifiées de la part des professionnels. Il a besoin d'avoir accès à des interventions adaptées au fonctionnement de son enfant.

Les parents d'enfants autistes ont également besoin d'être écouté, encouragé, de se sentir valorisé dans son rôle de parent et de mettre en œuvre ses compétences parentales.

9. Les nouvelles attitudes à l'égard des parents

Les connaissances actuelles de l'autisme permettent de réajuster ces conceptions et d'adopter d'autres perspectives de travail avec les familles. La reconnaissance de la participation de facteurs biologiques conduit à une approche différente de la famille. Les parents ne sont plus perçus comme responsables des troubles mais ils sont restaurés dans leur fonction parentale. Le besoin pour l'enfant du soutien émotionnel de sa famille et son besoin de la stimulation apportée dans le cadre de la famille est reconnu et intégré à la démarche de soutien. La légitimité des demandes des parents qui sont usagers de services devrait donc être acceptée. Les parents connaissent bien leur enfant et les professionnels ont tout à gagner à collaborer avec eux pour identifier les besoins des enfants, définir les objectifs et mettre en place les soutiens nécessaires à l'épanouissement de l'enfant.

De cette nouvelle perception de la famille découle la reconnaissance de la nécessaire implication des parents.

Les parents sont en effet les premiers concernés par l'éducation de leur enfant et l'on sait que leur implication « éclairée » entraîne chez l'enfant l'augmentation des comportements appropriés, la diminution des troubles du comportement, la généralisation des bénéfices tirés des différentes interventions, le maintien des progrès dans le temps, la réduction des placements institutionnels injustifiés. L'implication des parents est souhaitable au niveau du diagnostic, de l'évaluation et de la mise en place des services. Elle est aussi importante pour le suivi des actions mises en œuvre.

À un niveau plus général l'implication des familles est essentielle pour faire progresser des besoins des personnes atteintes d'autisme et aider au développement de réponses adaptées de la part de la communauté sociale (**Rogé, 2003. P. 36**).

Il existe plusieurs conséquences dans la relation entre parents – enfants autiste, La relation mère ; Le sentiment de compétence parentale selon les difficultés de l'enfant, Les compétences

des parents d'enfants avec TSA , Les défis et les besoins des parents d'enfants ayant un TSA , qui se oblige une notion du partenariat pour le soutien , besoins aide , nous leur rappelons ci – dessous

9.1. La notion du partenariat

À l'annonce du diagnostic, les parents ont besoin d'un soutien et cela tout au long de la vie de leur enfant même une fois adulte. Ils souhaitent obtenir une « aide concrète à domicile pour les soutenir dans leur recherche de stratégies éducatives et de prévention des troubles de la conduite ». C'est pour cela que le partenariat est primordial.

En effet, selon ELOUARD, « c'est un outil relationnel, de communication, de partage de savoirs qui, à bien des égards, se révélera aidant pour favoriser l'épanouissement de la personne ayant un autisme.

Le partenariat aide également les parents à mieux comprendre l'autisme de leur enfant, mais les place aussi et naturellement comme les « experts » de leur enfant. Il améliore aussi l'estime de soi chez les parents et réduit leur niveau d'anxiété à travers l'implication active parentale ».

Krieger & al. (2013) ont également réalisé une étude qui a montré que l'implication des parents dans la prise en charge de leur enfant leur apportait beaucoup de bénéfices au quotidien. Pour les professionnels, le partenariat leur permet de réaliser un accompagnement de meilleure qualité (**Geru. 2018. P.1**).

9.2. La formation des parents

La formation des parents est tout aussi indispensable mais elle n'est pas encore admise par tous. Les parents d'un enfant atteint d'autisme ont à faire face au quotidien à des difficultés d'ajustement. L'intégration des informations relatives aux spécificités de l'autisme représente un outil de compréhension indispensable pour une amélioration de la relation entre l'enfant et ses parents. Souhaitons prochainement que des formations pour les parents, menées par des professionnels de l'autisme seront programmées, afin de leurs apprendre à vivre avec l'autisme, comment gérer leur vie, bien s'occuper de leur enfant sans être épuisés et dépassés, ce qui est très bénéfique pour l'évolution de l'enfant.

9.3. L'accompagnement des parents dans la prise en charge

L'augmentation du nombre de diagnostics de TED, de même que la reconnaissance de l'importance de l'implication des parents comme agents de changement dans le développement de leur enfant, ont sans doute contribué à l'émergence de programmes destinés à des groupes de parents d'enfants ayant un TED .

Les programmes de soutien formel offerts par des professionnels à des groupes de parents d'enfants ayant un TED peuvent être regroupés en deux catégories : les programmes thérapeutiques ou de type counselling et les programmes éducatifs. Les premiers visent principalement à réduire le stress des parents et à les aider à s'adapter à la réalité d'être parent

d'un enfant ayant un TED. Les seconds cherchent à améliorer l'interaction parent-enfant, de même qu'à enseigner aux parents à devenir des agents de changement dans l'intervention auprès de leur enfant. Dans certains programmes, les volets thérapeutique et éducatif sont combinés (*Stipancic et al. 2014. P.20*).

Sur le terrain nous n'avons pas entendu parler des programmes à l'égard des parents pour augmenter leurs compétences ou les aider à s'adapter à la réalité et pouvoir gérer leur quotidien, nous avons constaté que les parents se contentent des guidances, et le fait que l'enfant est accueilli toute la journée, ce qui intéresse plus les parents, c'est d'être rassurés que leur enfant est bien pris en charge.

9.4. La guidance parentale

Les premières rencontres avec les professionnels, constituent à expliquer aux parents la nature du trouble, les données étiologiques, expliquer les phases développementales de leur enfant. Le plus important d'informer les parents sur la nécessité d'une prise en charge éducative précoce. La guidance doit donner aux parents toutes les informations sur le handicap, son évolution et sur le rôle qu'ils ont à jouer dans la prise en charge et le développement de leur enfant, elle doit être, tout à fait à la fois précise, souple et adaptée aux parents. Le langage du professionnel ne doit pas être hermétique ; il doit être simple, concret, adapté aux circonstances.

9.5. Le rôle de l'équipe

- De guider les parents tout au long de leur action parentale, en stimulant une relation naturelle
- De les conseiller, afin d'éviter les erreurs, normales quand on n'est pas préparé : il est parfaitement naturel qu'une mère ne mesure pas toutes les conséquences de ses actions et surprotège son enfant.

Il faut donc lui apprendre très tôt les dangers que représente la surprotection.

- De les préparer le mieux possible à affronter (car il s'agit bien d'un combat) les difficultés qu'ils vont rencontrer (*Ritvo , Laxer . 1983. P. 61*).

9.6. La triade relationnelle : enfant avec TED – Famille – Professionnels

Les parents que les professionnels sont formés, comprennent mieux leur enfant et savent s'adapter à ses particularités. « Plus les parents sont formés et plus ils peuvent généraliser l'application des stratégies d'apprentissages à domicile », ce qui optimise la qualité du travail éducatif. Des études ont montré le succès de l'implication des parents dans la prise en charge de leur enfant.

L'implication familiale optimise donc le processus d'accompagnement de l'enfant. Elle permet aussi de « préserver la fonction parentale ». Elle favorise « l'ajustement des stratégies, initialement proposées par les professionnels, par un retour d'informations. Lorsque le professionnel donne une grille d'évaluation aux parents, il valorise ainsi les compétences éducatives des parents » (*Geru . 2018. P.1*).

Cette relation établie entre les parents et les professionnels est sous forme de partenariat, une très bonne relation entre les professionnels et les enfants, qui sont bien entourés, aimés, valorisés, bénéficiés d'une prise en charge pluridisciplinaire.

9.7. Le rôle des parents et professionnels envers les autistes

Professionnels et parents ont tout à gagner à rechercher la formation la plus complétée possible. Il y va de leur compétence à comprendre la personne dont ils s'occupent, à mieux aménager l'environnement pour elle et finalement de leur capacité à mettre toutes les chances de leur côté pour établir une relation de confiance porteuse de progrès et de satisfaction partagées (*Rogé . 2003. P.180*).

Synthèse

Recevoir un diagnostic d'autisme, provoque un important bouleversement dans la vie des parents. Ceux-ci doivent apprendre à s'adapter à un enfant différent, et ils sont inquiets pour son développement, son bien-être et son avenir. Ces parents vivent un choc ce qui affecte leur qualité de vie de toute la famille, Ça que en va avoir de le chapitre méthodique .

La Partie Pratique

Chapitre V

La méthode de Recherche

Préambule

Pour réaliser une recherche, il faut se baser sur une méthodologie bien déterminé. Avoir un terrain de recherche, une population d'étude et des outils d'investigation.

Ce chapitre comprend le choix de la démarche, la définition ; la méthode et les techniques utilisées ; ainsi que la présentation du lieu de notre recherche, le groupe de recherche et aussi le déroulement de la pratique.

1. La pré –enquête

La pré –enquête est l'étape la plus important dans la recherche, elle a pour but de recueillir des informations nécessaire du thème et sa faisabilité et le groupe de recherche. Elle est une phase d'investigation , préliminaire de reconnaissance , une phase du terrain assez précoce dont les buts sont d'aider à construire une problématique plus précise et des hypothèses qui soient plus valides , fiables et justifiées. Mais aussi elle permet de fixer une meilleure connaissance de cause et un objet précis (Aktouf. 1987. P.102).

On s'est dirigé vers « **Hôpital psychiatrique d'oued Ghir** » au sein de la wilaya de Bejaia pour voir l'accord du psychologue et le directeur afin de réaliser notre pratique, qui s'est déroulé durant une période d'un mois et demi (45jours) s'étalant du 27/02/2024 au 10/04/2024

Premièrement ; on s'est présentées au psychologue comme étant des étudiantes stagiaires on psychologie clinique à l'université Abderrahmane Mira de Bejaia en vue de réaliser une recherche de formation et préparer le mémoire de fin de cycle.

D'après avoir eu l'accord de le psychologue et le directeur de l'hôpital pour effectuer notre stage on a eu contacte avec l'ensemble de psychologue cliniciennes qu'il très compréhensifs, qui nous aidé à a voire le premier contact avec les enfants autistes et leur parents, de se familiariser eux pour bien effectuer notre recherche.

2. La présentation de lieu de la recherche

Notre recherche s'est effectuée au niveau d'hôpital psychiatrique d'oued Ghir dont le siège est situé à la Rue de Bou Mansour à Oued Ghir, Est un hôpital qui à

A été créé en 24 mai 2022. Un hôpital qui prend en charge des enfants, adolescents, adultes, de différentes pathologies et région de la wilaya de Bejaia avec variés dont certains d'entre eux sont scolarisés, travaillent ainsi que l'orientation des parents d'enfants.

Ce lieu comporte plusieurs service l'un pour prise en charge d'enfants et adolescences et autre pour prise en charge d'adulte, ainsi que un service pour l'hospitalisé et une administration, un parc pur jeux l'enfant.

Le service de prise en charge d'enfant il comporte deux étages dont le premier étage en trouve une salle d'attente pour femmes et autre pour hommes, réception, trois salles pour la consolation une selle pour prise en charge l'enfant ou groupe, autre salle pour les renions. Et le deuxième étage est destiné deux bureaux et un , salle pour consultation et deux pour travaille collectif.

« L'HOPITAL PSYCHIATRIE D'OUED GHIR » Est constituée de plusieurs de professeurs de santé (psychologue, orthophoniste, psychiatries, médecines).

3. La méthode utilisée

La méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujet souffrant et elle doit se centrer sur une le cas, c'est –à –dire, l'individualité. Elle s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapie. La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours des techniques (testes, échelle, entretien) de recueil des informations du patient (in vivo). Alors que le second niveau de définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas conflit (*Pedinlli , L. 2006.P .7-8*).

Pour Lagache , la méthode clinique envisage « la conduit dans sa perspective propre , relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation , chercher à en établir le sens , la structure et la genèse , déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits »(*Charaoui , et , BENONY. H. 2003.P.11*).

La méthode clinique utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'observation pour d développer l'étude de cas unique (*Charaoui , et , Benoy, H .2003.P.11*).

4. Les outils d'investigation

Dans notre recherche on s'est basé sur trois techniques de recherche, l'entretien clinique et l'échelle de l'intelligence émotionnelle et l'échelle d'anxiété.

4.1. L'entretien clinique

L'entretien clinique peut être défini en psychologie, comme l'entretien par lequel le psychologue comprend la vie psychique et favorise l'évolution psychique d'un sujet le plus souvent difficulté psychologique, dans le cadre d'une relation d'aide psychologique, au sein de cette relation, le psychologue est centré sur la dynamique de la vie psychique du sujet qu'il cherche à saisir à travers des données objectives ainsi qu'en utilisant sa propre subjectivité

L'entretien peut être défini dans un premier temps, ainsi que le propose le petit robert, simplement comme l'action d'échange de paroles avec une ou plusieurs personnes, l'entretien est synonyme de conversation, discussion ou dialogue, donc il implique deux dimension essentielles : interactive et discursive (*Bénony, H. 1991.p.14*). Nous avons opté dans notre travail pour l'entretien semi-directif.

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispos d'un guide d'entretien, il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation, ces questions ne sont pas posées de manières hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple. De même, dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours (*Bénony,H, chahraoui.KH. 1991. P.16*).

Il est aussi défini comme un usage complémentaire où le clinicien pose quelques questions simplement pour orienter le discours sur certain thème, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien : les thèmes abordés par le clinicien sont préparés à l'avance mais les questions ne sont pas formulées à l'avance, elles s'adaptent à l'entretien. La structure d'un guide d'entretien reste souple (**Chiland, 1983**).

Nous avons établi un guide d'entretien constitué de 5 axes :

- Premier axe** : informations personnelles.
- Deuxième axe** : Histoire de la maladie de l'enfant.
- Troisième axe** : vécu psychologique après l'annonce de l'autisme aux parents.
- Quatrième axe** : Les relations avec la famille, l'entourage.
- Cinquième axe** : future de la maladie.

4.2. L'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton

C'est l'échelle d'anxiété la plus utilisée. Elle a été conçue pour évaluer la sévérité de l'anxiété. Elle comporte 14 items que va coter un évaluateur après un entretien clinique classique.

D'après Picot P, la note 0 correspond à l'absence de manifestations des symptômes, la note 1 correspond à des manifestations légères, la note 2 correspond à des manifestations d'intensité moyenne, la note 3 correspond à des manifestations d'intensité forte, la note 4 correspond à des manifestations d'intensité extrême, véritablement invalidante. La note 4 ne doit être attribuée qu'exceptionnellement à des malades ambulatoires. La notation est déterminée par la symptomatologie actuelle c'est-à-dire, le comportement au cours de l'entretien ou des symptômes d'une durée maximum d'une semaine.

La note globale est la somme de notes obtenues à chacun des items. Il est possible d'avoir deux notes partielles : une note d'anxiété psychique (somme des items 1-2-3-4-5-6-14) et une note d'anxiété somatique (somme des items de 7 à 13).

L'échelle d'anxiété de Hamilton est largement utilisée du fait de sa grande sensibilité au changement. Son inconvénient est que certains items n'ont pas été suffisamment définis par Hamilton (**Bouvard, M. Cottraux, J. 2002. P.88-89**).

Cotation de l'échelle

0 à 5 : pas d'anxiété

6 à 14 : anxiété mineure

15 et plus : anxiété majeure (voir les items de l'échelle de l'annexe n°2).

Qualité psychométrique de l'échelle de Hamilton

4.3. La validité du teste Hamilton

L'honnêteté, la validité interne, les corrélations entre le score de chaque énoncé et le score total sur l'échelle de Hamilton, la variation de l'étendu de la fracture avec le coefficient de Pearson, ont été calculées et estimées, les situant entre les phrases de l'échelle et son score total sont tous statistiquement significatifs au niveau de Alma de Cronbach de 0,01, et la structure des phrases, où les valeurs de corrélation variant entre 0,75 comme s'il y avait une corrélation entre l'énoncé 2 et le score total de l'échelle dans son ensemble et 0,445 comme s'il y avait une corrélation entre l'énoncé 5 et le score total de l'échelle dans son ensemble, et en général on peut dire que l'échelle de Hamilton évalue dans quelle mesure l'anxiété est sincère et possible son application au milieu algérien.

4.4. La fiabilité du test Hamilton

La fiabilité signifie la mesure dans laquelle le chercheur obtient les mêmes résultats proches ou répète la recherche. Dans des conditions similaires en utilisant le même outil.

La fiabilité de l'échelle a été mesurée à l'aide de corrélation Alma de Cronbach, qui détermine le niveau d'acceptation de l'ARI, la mesure verra une signification de 0,864 pour Sen, 2020, à partir de la deuxième méthode a été adoptée dans les niveaux d'Asir en comparant les niveaux totaux de l'Euphrate les quatorze jours entre la première demande et deuxième demande sont la norme.

5. L'échelle d'appréciation de l'intelligence émotionnelle de Bar-on & Parker

5.1. L'application de l'échelle d'intelligence émotionnelle

L'échelle comprend une première feuille qui comprend des informations relatives aux variables de l'étude, nom et prénom, sexe, âge département, lieu de résidence, et cette feuille comprend également les éléments suivants. Groupe d'énoncés qui indiquent vos sentiments et votre comportements face à certaines situations, qui doivent être vous mettez une marque à côté de l'énoncé qui, selon vous, s'applique à l'échelle aux élève dans le but de répondre à ses éléments, les chercheurs ont apporté des précisions sur l'utilité de cette échelle, rassuré les étudiants sur les usages de leurs réponses, puis leurs réponses, puis leurs ont distribué les papiers, donnant le signal pour commencer à élaborer les réponses sans les limiter à un moment précis .

5.2. Cotation d'échelle de l'intelligence émotionnelle

L'échelle est basée sur quatre alternatives :

- Elle ne s'applique pas de tout, elle s'applique dans une faible mesure.
- Elle s'applique dans certain mesure, elle s'applique dans une certaine mesure.

Cela s'applique dans une large mesure. Les valeurs (1, 2, 3,4) sont données respectivement dans le cas de paragraphes à tendance positive, mais dans le cas de paragraphes à tendance négative, les chiffres sont inversés (4, 3, 2,1).

Tableau N°02 : des dimensions de l'échelle de l'intelligence émotionnelle. (عمر .جعيجع . و) هامل منصور تقنين مقياس الذكاء الوجداني ل بار –اون و جيمس باركر على البيئة الجزائرية .قسم علوم التربية .جامعة 159-وهران 2.

Numéros des paragraphes	Dimensions	
53* -43 -31 28* -17 -07	Compétence personnelle	01
59 -55 -51 -45 -41 -36 -24 -20 -14 -10 -5 -2	Compétence social	02
58* -54* -49* -46* -39 -35* -26* -21* 15* -11 -6*	Efficacité adaptative de la gestion du stress psychologique	03
57 -48 -44 -38 -34 -30 -25 -22 -16 -12	Efficacité adaptative	04
60 -56 -50 -47 -40 -37* -32 -29 -23 -19 -13 -9	Efficacité de l'humeur générale positive	05
52 -42 -33 -27 -18 -8	Compétence impression positive	06

5.3. Les caractéristiques psychométriques de l'échelle intelligence émotionnelle

5.4. La validité de teste

La première question : la propriété de validité (discrimination, structure factorielle et subjective) de l'échelle d'intelligence émotionnelle de (Bar- on & Parker) sera-telle atteinte si elle est appliquée aux élèves de quatrième année de collège, la validité de construit factoriel ou validité de cohérence interne pour garantir la validité de la cohérence interne, des autres dont Khalifa (200) et Maamria indiquent (2007) ont indiqué qu'il n'est pas possible de s'appuyer sur des coefficients de corrélation entre les scores de l'échelle dans son ensemble et ses différentes dimensions entre elle, et en appliquant ce principe, les résultats basée sur le tableau ont été obtenus. (عمر .جعيجع . و هامل منصور تقنين مقياس الذكاء الوجداني ل بار –اون و جيمس باركر على البيئة الجزائرية). (158-159 .قسم علوم التربية .جامعة وهران 2-).

Tableau N° 03 : présents les défirrent coefficients de l'échelle avec leurs dimensions et avec les dimensions entre eux. (عمر .جعيجع . و هامل منصور تقنين مقياس الذكاء الوجداني ل بار –اون و جيمس) (باركر على البيئة الجزائرية .قسم علوم التربية .جامعة وهران 2- . ص 160

Dimension 6	Dimension 5	Dimension 4	Dimension 3	Dimension 2	Dimension 1	Echelle	
551**	808**	670**	493**	549**	225**		Echelle
668**	579**	249**	189**	412**		235**	Dimension 1
373**	312**	161*	150*		412**	549**	Dimension 2
270**	258**	239**		150*	189**	493**	Dimension 3
318**	426**		239**	161*	249**	670**	Dimension 4
443**		426**	258**	312**	579**	808**	Dimension 5
	443**	318**	270**	373**	668**	551**	Dimension 6

6. Le groupe d'étude

L'échantillon de notre recherche est bien la mère et le père, ils sont des couples mariés qui sont des enfants autistes.

6.1. Les critères de sélections :

- Tous les cas sont des parents à des enfants autistiques.
- Les parents qui ont des enfants autistes avec un degré assez remarquable.
- Tous les enfants sont des garçons.
- Des enfants autistes âgés de 4-14 ans.
- Il y a qu'ils sont scolarisés et d'autres non scolarisés.

Tableau N° 04 : représentant les caractéristiques de la population d'étude.

	Prénom des cas	Sexe	Age	Situation matrimoniale	Niveau D' instruction	profession
Cas N° 1	Kahina	Féminin	35 ans	Marie	Secondaire	Femme au foyer
	Hocine	Masculin	44 ans		Secondaire	Chauffeur dans une usine
Cas N° 2	Laila	Féminin	40 ans	Marie	Bac+3	Femme au foyer
	Ahmed	Masculin	50 ans		Bac+4	Technicien supérieur en informatique
Cas N° 3	Nassima	Féminin	44 ans	Marie	Bac+3	Femme au foyer
	Idir	Masculin	59 ans		Bac	retraité
Cas N° 4	Samia	Féminin	44 ans	Marie	Bac + 4	Ingénieur en informatique
	Malek	Masculin	47 ans		Bac + 4	Fonctionnaire Nafta
Cas N° 5	Nawal	Féminin	38 ans	Marie	Bac + 3	Biologiste
	Farid	Masculin	41 ans		Bac	policier
Cas N° 6	Nabila	Féminin	46 ans	Marie	3 ^{ème} année moyen	Femme au foyer
	Kamal	Masculin	47 ans		1 ^{ère} AS	peintre

Le tableau présente les six cas, les deux parents (père et mère), où le premier cas ils sont un niveau d'étude secondaire où le père âgé de 44 ans et 35 ans pour la mère, et cette dernière est femme au foyer et le père est chauffeur dans une usine, le deuxième cas ils sont un niveau d'étude où le père Bac+ 4, âgé de 50 ans, Technicien supérieur en informatique, la mère

Bac+3 âgé de 40 ans Femme au foyer, le troisième cas ils sont un niveau d'étude où le père Bac âgé de 59 ans retraité, la mère bac+3 âgé de 44 ans Femme au foyer, le quatrième cas les deux parents il sont un niveau d'étude Bac+ 4, où la mère âgé de 44 ans Ingénieur en informatique et le père âgé de 47 ans Fonctionnaire naftal, le cinquième cas le père est d'un niveaux d'étude Bac âgé de 41 ans policier, la mère d'un niveau d'étude Bac +3 âgé de 38 ans Biologie, le sésame cas il sont un niveau d'étude où le père 1^{er}AS âgé de 47 ans peintre et la mère d'un niveau d'étude 3^{ème} année moyen âgé de 46 ans femme au foyer.

7. Le déroulement de la pratique

Notre pratique s'est déroulée comme suit :

D'après l'acceptation de l'hôpital oued -Ghir et leur accord pour effectuer notre stage on n'a commencé Premièrement a rencontré les psychologues et les orthophonistes et toute l'équipe du service de psychiatrie de l'hôpital oude-ghir. Et nous avons pris connaissance des différentes salles et l'activité de chacune d'elles : comme de réunion et la salle de jeux pour les enfants etc.... .

Après avoir discuté notre thème de recherche avec la psychologue, elle nous a présenté quelque cas qui répond aux objectifs de notre recherche.

Suite à cela nous avons expliqué l'intérêt de notre étude aux parents des enfants autistes et demandé leur consentement éclairé. Puis nous avons fixé des rendez-vous avec les parents pour bien mener des entretiens avec eux.

L'entretien et la passation des deux échelles (l'échelle de l'intelligence émotionnelle de Bar-on & Parker, l'échelle de l'anxiété d'Hamilton), c'est d déroulé au deuxième étage dans la salle d'activité de groupe. Pour le déroulement des séances pour les six cas, une séance avec une durée de 1 heure pour chaque cas. Durant l'entretien et la passation de teste, les parents ont été ensemble.

Les parents été compréhensive et ils nous sont aidé durant l'entretien et la passation du test, ils sont acceptés de nous répondre et a passé le test le plut normalement possible sont aucun refus, malgré au début été Im peux gênons pour eux de parler sur leurs enfant.

Synthèse

La partie méthodologie, englobe la recherche bibliographique, la formulation d'une problématique, la structuration de l'argumentation comprenant l'organisation et les discussions, ainsi que les techniques de rédaction, la méthodologie est l'épine dorsale de chaque travail scientifique, et permet un bon usage des technique d'investigation choisie tout travail de recherche demande de suivre une méthode et quelque règle et technique de recherche qui sont des étapes très importante pour une meilleur organisation du travail de recherche.

Chapitre VI

Présentation des résultats et
l'analyse d'hypothèses.

Préambule

Nous tenons dans ce chapitre pratique de faire une présentation et analyse des données de notre stage ou on va faire une présentation de six cas, pour les quelles, on a fait passer le guide d'entretien et les deux échelles : anxiété d'Hamilton et intelligence émotionnelle de Baron & Parker aux parents d'enfant autiste entre l'âge de quatre ans à treize ans qui sont des patients autonomes.

I. Présentation des cas

1. Présentation de premier cas (K/H)

Kahina, maman de mayas, âgée de 35 ans, d'un niveau secondaire et femme au foyer, Hocine est le papa de mayas, âgé de 44 ans, chauffeur dans une usine, il a un niveau de deuxième Année secondaire. Ils ont trois enfants, comme suite, deux filles (l'ainée de 12ans et deuxième de six ans qui sont scolarisées et de bonne santé) et le dernier qui s'agit de patient mayas âgé de quatre ans scolarisé dans une crèche privée, enfant autonome et enfant gâté à la maison et attaché à son père.

1.1. L'analyse L'entretien du père (K /H)

Durant l'entretien qu'on a eu avec le père de Mayas, il été t compréhensif à acceptés de répondre à nôtres questions. Le père de Mayas affirme qu'il souffre d'autisme moyen, s'est intégré à l'EHS de oued Ghir -Bejaia- depuis sept mois.

Le père à affirmer que son enfant née normal mais, un accouchement normal, il est désiré, à la âge de 2 ans et 6 mois depuis le jour de circoncision son comportement a changé complètement << **gasemi igekhethan yevedal mera yeqel ourihrderara** >> et même avec ses sœurs surtout la deuxième il ne joue pas avec elle et même quand elle s'assoie devant lui, il crie et il fuit vers sa chambre, comme le père nous affirme que sa mère le laisse devant la télévision pour faire son travail à la maison, on disant << **tajaghet yemas ar la télé bach atekhedhem chaghelis g kham** >>, comportements qui pousse à penser que mon enfant n'ai pas comme d'autre enfant de son âge, n'est pas en le père nous a dit j'ai remarqué certains développement normal par rapport à son âge en raison de certains signes comme: il ne répond pas quand je l'appelle par son nom ,il ne fait pas attention à tout ce que je luisdit, << **aseneghar ouditarara awal** >>, << **ouritarara lebalis achou isenhadar** >>, << **adhitaf lehaja adhiqim yidhes kan** >>. D'après le père c'est la femme de son frère qui luit à proposer de consulté un médecin, ce dernier nous à orienter vers un pédopsychiatre, qui nous a informé que notre enfant souffrait d'autisme.

Le père a accepté la maladie de son fils malgré que les premiers temps n'était pas facile << **neqeval lehelakh -is khas aken yewe3ar lehal** >>, il avait un peu de difficulté avec lui les premier temps et même il nous a affirmer qu'il Ya em peut de changement don ma vie avant et apré avec notre enfant autiste et ces tai un choque pour sa mère << **c'est pas facile de vivre avec un enfant autiste** >>, << **thevedal atas lehewayej g la vie dachou hmdlh cava thoura** >>, << **juste au début maintenant tout va bien** >>, << **il s'est amélioré et il s'est intégré avec tout le monde et devenu sociable avec la famille et son entourage et il a appris** >>.

les lettres et les chiffres en trois langue et il a appris beaucoup de choses hamdlh>>.la mère affirme que maintenant mon fils et en voie de l'amélioration.

Et par rapport à l'entourage, je n'écoute même pas ce que disent les gens sur mon enfant <<ounesalara il3ivadh achou haderan>>, <<malgré au début nesalassen yerna yewe3ar lehal achou thoura theweq3agh almouhim mithenagh adhihelou>> il n'ait pas influencé par les regards et jugement des autre la seule préoccupation est son fils.

1.2.L'analyse L'entretien de la mère (K/H)

Durant l'entretient qu'on a eu avec la mère de Mayas, elle été t compréhensif le faite qu'elle a acceptés de répondre à nôtres questions. La mère de Mayas firme qu'il souffre d'autisme moyenne, s'est intégrée à l'EHS de oued Ghir -Bejaia- depuis sept mois.

La mère à affirmer que son enfant née normal mais, un accouchement normal, il est désiré, à la âge de 2 ans et 6 mois depuis le jour de circoncision son comportement a changé complètement<<gase mi igekhethan yevedal mera yeqel ourihrderara>> et même avec ses sœurs surtout la deuxième il ne joue pas avec elle et même quand elle s'assoie devant lui, il crie et il fuit vers sa chambre, comme la maman nous affirme qu'elle le laisse devant la télévision pour faire son travail à la maison, on disant << tajaghet h ar la télé bach adhekhedhemagh chagheliw g kham>>, la maman nous a dit j'ai remarqué certains comportements qui pousse à penser que mon enfant n'ai pas comme d'autre enfant de son âge, n'est pas en développement normal par rapport à son âge en raison de certains signes comme: il ne répond pas quand je l'appelle par son nom ,il ne fait pas attention à tou ce que je lui dit,<<aseneghar ouditarara awal>>, <<ouritarara lebalis achou isenhadar>>, <<adhitaf lehaja adhiqim yidhes kan >>. D'après la mère c'est la femme de frère de son mari qui lui a proposé de consulté un médecin, ce dernier nous à orienter vers un pédopsychiatre, qui nous a informé que notre enfant souffrait d'autisme.

La mère a accepté la maladie de son fils malgré que les premiers temps n'était pas facile <<neqeval lehelakh -is khas aken yewe3ar lehal >>, elle avait un peu de difficulté avec lui les premier temps et ces tai un choque pour moi au début, même elle nous a affirmer qu'elle y a Um peu de changement don ma vie avant et âpre avec mon enfant autiste<<c'est pas facile de vivre avec un enfant autiste >>, <<thevedal atas lehewayej g la vie dachou hmdlh cava thoura>>,<< juste au début maintenant tout va bien>>, << il s'est amélioré et il s'est intégré avec tout le monde et devenu sociable avec la famille et son entourage et apprend beaucoup de choses hamdlh>> que la mère affirme.

Et par rapport a l'entourage, je n'écoute même pas ce que disent les gens sur mon enfant <<ounesalara il3ivadh achou haderan>>, <<malgré au début nesalassen yerna yewe3ar lehal achou thoura theweq3agh almouhim mithenagh adhihelou>> elle n'ait pas trée influencé par les regards et jugement des autre la seule préoccupation est son fils.

Tableau N°05 : résultat de l'échelle d'anxiété sur les deux parents.

Dimension Parents	Dimension 1	Dimension 2	Score finale
Père	1	6	7
	Pas d'anxiété	Anxiété mineur	Mineur
Mère	4	14	18
	Anxiété mineur	Anxiété majeur	Majeur

Le tableau présente les résultats obtenus après l'application de l'échelle d'anxiété chez les parents du premier cas où le père a obtenu la note de 1 dans la première dimension (Symptômes somatique) il ne souffre pas de symptômes somatique et la note 6 dans la deuxième dimension (symptômes psychique) il a quelques symptômes psychique à cause de la maladie de son fils et le score final du père est 7 qui détermine que le père a l'anxiété mineur par contre la mère a obtenu la note 4 dans la première dimension (symptômes somatique) elle possède quelques symptômes de la maladie de son fils et 14 dans la deuxième dimension (symptômes psychique) elle a des symptômes psychique de son stress de la maladie de son fils et a eu le score final 18 qui détermine que la mère a l'anxiété majeure.

Tableau N°06 : résultat de l'échelle d'intelligence émotionnelle sur les parents (K/H)

Dimension Parents	Dimension 1	Dimension 2	Dimension 3	Dimension 4	Dimension 5	Dimension 6	Score finale
Père	17	25	43	38	46	20	189
	Moyne	Moyne	Elevé	Eleven	Élevé	Élevé	Elevé
Mère	12	13	21	23	24	11	104
	Faible	Faible	Moyne	Moyne	Faible	Faible	Faible

On a constaté après avoir appliqué l'échelle d'intelligence émotionnelle sur les parents on a eu les résultats suivants où, Il y a un degré différent et des scores différents dans chaque dimension car le père a eu 189 points dans l'échelle d'intelligence émotionnelle et la mère 104 points ce qui montre que le score du père est plus élevé que celui de la mère, dans les quatre dimensions sauf la première dimension (compétence personnelle) et la deuxième dimension (compétence sociale) du fait des facteurs extérieurs qui influencent la personnalité qui détermine que l'intelligence émotionnelle chez le père est élevée le score de la mère est faible dans cinq dimensions sauf la troisième dimension (Efficacité de la gestion du stress psychologique) et la quatrième dimension (Efficacité adaptative) qu'elle a un score moyen du fait de la capacité de résister, qui détermine que l'intelligence émotionnelle chez la mère est faible.

2.Présentation de 2ème cas (A/L)

Lila la mère de Jalal âgé de 40ans femme on foyer de niveau d'étude licence , Ahmad le père de Jalal âge de 50ans technicien supérieur en informatique de niveau bac +4 de bonne santé.

2.1.L'analyse d'entretien du le père

Jalal est le 3ème d'une fratrie de 4 enfant ils sont en bonne santé, Jalal âgé de 5ans il n'est pas scolarisés il n'est pas autonomie.

Durant l'entretien qu'on a eu avec les parents de (Jalal), les parents sont compréhensifs, ils sont acceptés de nous voir et répondre à nos questions. Jalal est un garçon de 9 ans, c'est souffrant d'autisme sévère .Il a intégré cette hôpital depuis 9mois.

Le père nous affirme qu'il a remarqué certains comportement qui leur fils fait penser que n'est pas normale «il ne parle pas », bouge trop, il n'arrive pas à répondre à lorsque nous appelle de son prénom et il n'écoute pas même contacte Visual il à pas.

Le père il nous affirme que le pédopsychiatre a confirmé que notre fils souffrait d'autisme sévère .Il a diagnostiqué âge de 3ans après faire des radions et Sankar à hôpital prive et affirme le médian qu'il à rien .le père a accepté le maladie de leur fis facilement il a nous dit « **dmithengh aneqvel ayen ighedika rebi** », il a dit que pour mon fils je fais tout pour lui , le père il est pas fait importance pour que l'autres dit il a nous dit « **neki demi qevlegheth meden uytwqirara seysen** »

2.2.L'analyse d'entretien du la mère

La mère elle à nous affirme qu'elle à un chouchement normal , qu'elle aime de jouer beaucoup sur tout avec le portable et reste linge temps devant la télévision « **lukan adeyaf adil 3ve uyetkarara** » même il nous dit qu'il bouge tout beaucoup, elle dit « **trouve difficile d'avoir un enfant autiste .** »

Jalal à un traitement à suivre ; aussi elle nous affirme quand il n'obtient pas ce qu'il veut, il crie, il n'été pas scolarisé ; la mère elle est toujours derrière lui elle m'a dit « **je suis très peur lukan adafegh ateqimagh satheskan** » . pour l'acceptation de la maladie de leur fils elle me dit j'ai accepté mais les premiers temps c'est pas facile parce que il y a eu de changement dans leur vie surtout sociale et personnelle.

Tableau N°07 : des résultats de l'échelle d'anxiété du 2 ème cas(A/L).

Dimensions	Dimension 1	Dimension 2	Score finale
Parents			
Père	1	5	6
	Pas d'anxiété	Anxiété mineure	Anxiété mineure
Mère	5	13	18
	Anxiété mineur	Anxiété majeure	Anxiété majeure

Le tableau présente les résultats obtenus après l'application de l'échelle d'anxiété chez les parents du deuxième cas où le père a obtenu la note de 1 dans la première dimension (Symptômes somatique) il ne souffre pas de symptômes somatique et la note 5 dans la deuxième dimension (symptômes psychique) il a quelques symptômes psychique cause de la découverte de la maladie de son fils et le score final du père est 6 qui détermine que le père a l'anxiété mineure par contre la mère a obtenu la note 5 dans la première dimension (symptômes somatique) elle a eu quelques symptômes cause de la maladie de son fils et 13 dans la deuxième dimension (symptômes psychique) elle a des symptômes psychique du à son stress de la maladie de son fils a eu le score final 18 qui détermine que la mère a l'anxiété majeure.

Tableau N°08 : de résultats d'échelle d'intelligence émotionnelle de 2ème cas(A/L).

Dimensions Parents	1	2	3	4	4	6	Score finale
Père	18	35	40	34	36	22	185
	Moyen	Moyen	Élevé	Élevé	Moyen	Élevé	Élevé
Mère	15	18	23	11	35	21	123
	Moyen	Faible	Faible	Faible	Moyen	Élevé	Faible

On a constaté après avoir appliqué l'échelle l'intelligence émotionnelle sur les parents on a eu les résultats suivants où, Il y a un degré différent et des scores différents dans chaque dimension car le père a eu 185 points dans l'échelle d'intelligence émotionnelle et la mère 123 points ce qui montre que le score du père est plus élevé que celui de la mère. On observe qu'il y a des dimensions qui sont au même degré chez les deux parents (dimension compétence personnelle, dimension de l'efficacité générale positive, dimension d'efficacité des impressions positives) et le reste ils sont différents (dimension de compétence sociale, dimension de gestion de la tension psychologique, dimension d'efficacité adaptative) et cela revient à différents facteurs qui influencent le degré de l'intelligence émotionnelle chez les deux parents.

3. La présentation de 3ème cas (I/N)

Nassima est la mère de Rami âgé de 44 ans de niveau d'étude BAC + 3 femme au foyer, IDIR c'est le père de Rami âgée de 59 ans avec niveau d'étude BAC, retraité ; les deux parents sont de bonne santé.

3.1.L'analyse d'entretien du père

Durant l'entretien les parents de Rami ont été bien, les parents ont accepté de nous voir.

Rami est un garçon, souffrant d'autisme sévère, c'est intégré à cette hôpital depuis une année. Est le premier fils de leurs parents âgé de 9 ans et une fille de 5 ans scolarisé et de bonne santé.

Le père nous affirme qu'il remarqué certains comportement qui leur a fait penser que leurs fils n'est pas normale comme il commence de marche à âge de 3ans ,il ne répond pas quand ont applet ,ne fixe pas son regard sur certains objet comme la télévision ,la lumière ,c'est un pédopsychiatre qu'il a fait une série d'examens il nous a donné un diagnostic qui confirme que notre fils souffrant d'autisme.

Le père nous dit que lui déjà essayé de faire rentrer son fils à la crèche ,mais ils ont refusé malheureusement à causes de sa pathologie, donc il n'est pas scolarisé .

Le père confirme qu'il à accepter la maladie fils il dit « **d rebi iredicane aneqeble sewayen ighdika** », et pour leur vie sociale selon lui il n'été pas changé il nous dit « **tefregh tqimagh d meden tawigheth didi normale anda iruhgh addou didi** », pour la regarde d'entourage pour et la pensé d'autre , il écoute pas il dit notre fils et son à venir plus important que d'autres pense et dire .

3.2.L'analyse d'entretien du mère

La maman d'éclaire qu'elle a eu un accouchement normal, elle dit qu'elle remarqué que leur fils il n' été pas normal à cause de leur manières qu'il fait par apport à autres enfants .

La mère confirme que Rami il a un rater de parler il dit juste « Mama, papa » jusqu' à 4ans , il a scolarisé a la crache 5mois mais il n'a pas donné des résultats il n'été pas sociable il reste seule , il joue seule. La mère elle nous dit que d'avoir un enfant soufre est son fait quelque chose c'est très malheur « **atesret mime machi ame wachoule anchethise utesmirtara ast »let kera qerih lhale** », pour elle il y de changement sur sa vie personnelle et sociale surtout elle à éviter d'aller à des évènement familiales et même sourire pour faire obtenir leur besoin, pour elle la poncé d'autre elle à l'impact sur sa vie .

-Tableau N°09 : de résultats d'échelle d'anxiété de 3ème cas (I/N).

Dimensions Parents	Dimension 1	Dimension 2	Score finale
Père	5	1	6
	Anxiété mineure	Pas d'anxiété	Anxiété mineure
Mère	3	16	19
	Anxiété mineur	Anxiété majeure	Anxiété majeure

Le tableau présente les résultats obtenu après l'application de l'échelle d'anxiété chez les parent du troisième cas où le père a obtenu la note de 5 dans la première dimension (Symptômes somatique) il souffre quelque symptômes somatique et la note 1 dans la deuxième dimension (symptômes psychique) il n'a pas des symptômes psychique cause de la changement après le diagnostic de leur fils et score finale de le père est 6qui déterminé que le père a l'anxiété mineure par contre la mère a obtenu la note 3 dans la première dimension (symptômes somatique) elle posé quelque symptômes du a la maladie de son fils et note 16 dans la deuxième elle a des symptômes psychique du a son stresse de la maladie de son fils a la eu le score final 19 qui détermine que la mère a l'anxiété majeure.

Tableau N° 10 : des résultats d'échelle émotionnelle de 3ème cas .

Dimensions Parents	1	2	3	4	5	6	Score finale
Père	17	43	27	12	39	20	158
	Moyen	Élevé	Moyen	Faible	Moyen	Élevé	Moyen
Mère	8	33	19	37	32	19	148
	faible	Moyen	Faible	Élevé	Moyen	Élevé	Faible

On a constaté après avoir appliqué l'échelle l'intelligence émotionnelle sur les parents on a eu les résultats suivants où, il y a un degré différent et des scores différents dans chaque dimension car le père a eu 158 points dans l'échelle d'intelligence émotionnelle et la mère 148 points ce qui montre que le score du père est plus élevé que celui de la mère. On observe qu'il y a des dimensions qui sont au même degré chez les deux parents (dimension l'efficacité l'humeur générale, dimension des impressions positives) et le reste ils sont différents (dimension compétence personnelle, de compétence sociale, dimension de gestion de la tension psychologique, dimension d'efficacité adaptative) et cela revient à différents facteurs.

4. Présentation de 4ème cas (M/S)

Samia la mère de (Mahdi) âgée de 44 ans ingénieure informatique bac + 4, Malik le père de (Mahdi) âgée de 47 ans fonctionnaire Nafta avec niveau d'étude bac + 4, ils ont un enfant de 10 ans scolarisé il est le 2ème d'une fratrie de 3 enfants, il est diabétique sous insuline avec l'abeille.

durant l'entretien qu'on a eu avec les parents de (mahdi), ils ont accepté et *compréhensive mémé ils sont alise de répond a notre questions*.

4.1.L'analyse d'entretien du père

Mahdi est un garçon de 10 ans, diabétique sous insuline avec l'abeille, souffrant d'autisme léger est scolarisé, intelligent, comprend.

Le père confirme qu'il n'a pas remarqué de comportement que déclaré que leur fils n'était pas normal, mais la refusé d'étudier même le moment d'faire leur devoir et les mauvaises notes qu'il obtient, avant il était à l'école privé paré il a changé à l'école publique à cause de la difficulté du programme.

Mahdi attaché de son père, il dit « **mi daqechiche imase utetsmirara isday rayis felas par contre neki mashderegh itagh awale et ithssis** »

Le père il a nous confirmé que la cause de découverte la maladie est de foudroyant en classe avec leur enseignant est leur mauvaises résultats scolaire qui nous poussé d'orienter à les professeurs de la santé pour nous aide à diagnostiquer leur problème.

Par rapport à leur comportement avec leur frères est bien et sociable avec eux, il est autonome, il aime faire les sports et s'occuper avec leur père.

Le père il a accepté leur enfant et pour le changement de leur vie il dit « **kifkif amzik am tura ulache dachou iyvedlen feli** », pour la poncé d'entourage il dit que pour li écoute pas leur objectif c'est leur fils .

4.2. L'analyse d'entretien de la mère

La maman confirme que elle a un accouchement difficile, Mardi à le diabète a cause d'un chouque, il a tout normal ,il parle ,marché normal mais a cause l'absence de leur père pour une période il est choqué et hospitalisé à l'hôpital quelque jours.

La mère elle à striés pendant l'entretien elle à dit « **unuighara aka iu3er lhal** », elle à pas parler becoupe avec nous ,difficilement a accepté la maladie de son fils , elle confirme que sa vie elle à changer, il fait importance pour la poncé d'autre.

Tableau N° 11 : des résultats d'échelle d'anxiété .

Dimensions Parents	Dimension 1	Dimension 2	Score finale
Père	1	5	6
	Pas d'anxiété	Pas d'anxiété	Anxiété mineure
Mère	5	15	20
	Pas d'anxiété	Anxiété majeure	Anxiété majeure

Le tableau présente les résultats obtenu âpre l'application de l'échelle d'anxiété chez les parent du troisième cas où le père a obtenu la note de 1 dans la première dimension (Symptômes somatique) il souffre pas de symptômes somatique et la note 5 dans la deuxième dimension (symptômes psychique) il a quelque symptômes psychique cause de la changement après le diagnostic de maladie de leur fils et score finale de le père est 6qui déterminé que le père a l'anxiété mineure par contre la mère a obtenu la note 5 dans la première dimension (symptômes somatique) elle posé quelque symptômes du a la maladie de son fils et note 15 dans la deuxième elle a des symptômes psychique du a son stresse de la maladie de son fils a la eu le score final 20 qui détermine que la mère a l'anxiété majeure.

Tableau N° 12 : des résultats d'échelle d'intelligence émotionnelle de 4ème cas

Dimensions Parents	1	2	3	4	4	6	Score finale
Père	23	45	34	33	53	20	208
	Élevé	Élevé	Moyen	Élevé	Élevé	Élevé	Élevé
Mère	11	13	19	17	24	16	100
	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Moyen	Faible

On a constaté après avoir appliqué l'échelle l'intelligence émotionnelle sur les parents on a eu les résultats suivent où, Il sont eux un degré différent et des score différent dons chaque dimension car le père a eu 208 points dons l'échelle d'intelligence émotionnelle et la mère

100points ce qui montre que le score du père est plus élevé que celui de la mère en toutes les dimensions et cela revient à différents facteurs (sociaux, personnels, adaptatifs).

5. Présentation du cinquième cas (F/N)

Nawal, maman Ayeman, âgée de 38 ans, d'un niveau BAC+3 et biologiste, Farid est le père

De Ayeman, âgé de 41 ans, policier, il a un niveau Bac. Ayeman enfant autonome et gâté à la maison, il est l'aîné d'une fratrie de deux une sœur qui est née après 3 ans de sa naissance, scolarisé est avec la vieillesse et avec hyperactivité.

5.1. L'analyse de L'entretien avec le père

Le père d'ayeman affirme qu'il souffre d'autisme moyen, s'est intégré à l'EHS d'oued Ghir -Bejaia- depuis sept mois.

Le père a affirmé que son enfant née normal, un accouchement normal, il est désiré, à l'âge de 12 mois a commencé à prononcer ces premiers mots, il commence à hurler pendant une heure <<ite3ayit sa3a complets>> et même il joue à la télé, il mange à la télé s'assoie devant la télé, il crie et il fuit vers sa chambre quand je lui parle, il ne répond pas, il n'aime pas jouer avec les enfants ni rester avec eux comme la maman nous affirme qu'elle le laisse devant la télévision pour faire son travail à la maison, on dit << tajaghet ar la télé bach adhekhedhemagh chagheliw g kham lavouda ouritqamayara tranquile>>, il est très hyper actif, il bouge trop, après l'âge de 24 mois il ne parle plus, il ne répond pas même quand on l'appelle, le père nous a dit <<j'ai remarqué certains comportements qui poussent à penser que mon enfant n'est pas comme d'autres enfants de son âge, il a quelque chose qui cloche chez mon enfant>> raison de certains signes comme: il ne répond pas quand je l'appelle par son nom, il ne fait pas attention à tout ce que je lui dis, <<aseneghar ouditarara awal>>, <<ouritarara lebalis achou isenhadar>>, <<adhitaf lehaja adhiqim yidhes kan >>.

Le père a accepté la maladie de son fils, << je n'ai pas de problème de ce côté-là contrairement à sa mère, c'est difficile mais j'ai accepté normalement>>. Et par rapport à l'entourage, je n'écoute même pas ce que disent les gens sur mon enfant <<ounesaleghera il3ivadh achou hadera>>, il n'a pas été influencé par les regards et jugements des autres la seule préoccupation est son fils

5.2. L'analyse de L'entretien avec la mère

La mère d'ayeman affirme qu'il souffre d'autisme moyen, s'est intégré à l'EHS de oued Ghir -Bejaia- depuis sept mois.

La mère a affirmé que son enfant née normal, un accouchement normal, il est désiré, à l'âge de 12 mois composé à la grossesse ces premiers mots, il commence à hurler pendant une heure <<ite3ayit sa3a complets>> et même il joue à la télé, il mange à la télé s'assoie devant la télé, il crie et il fuit vers sa chambre quand je lui parle, il n'aime pas jouer avec les enfants ni rester avec eux comme la maman nous affirme qu'elle le laisse devant la télévision pour faire son travail à la maison, on dit << tajaghet ar la télé bach adhekhedhemagh chagheliw g kham lavouda ouritqamayara tranquile>>, il est très hyper actif, il bouge trop,

après l'âge de 24 mois il ne parle plus , il ne répond pas même qu'on on l'appelle la maman nous a dit <<j'ai remarqué certains comportements qui pousse à penser que mon enfant n'ai pas comme d'autre enfant de son âge, n'est pas en développement normal par rapport à son âge en raison de certains signes comme: il ne répond pas quand je l'appelle par son nom ,il ne fait pas attention à tout ce que je lui dit>>, <<aseneghar ouditarara awal>>, <<ouritarara lebalis achou isenhadar>>, <<adhitaf lehaja adhiqim yidhes kan >>. D'après la mère dit que mon enfant été normal après 24 mois il a changé complètement c'été très difficile pour moi il été normal après d'un seul coup je découvre que mon enfant est un enfant autiste.

La mère n'a pas accepté la maladie de son fils <<lehelakh -is khas yewe3ar lehal ounefhimara ar thoua sebas dachout >>, << j'ai beaucoup de difficulté avec luit , tout le temps il faut resté avec luit il bouge beaucoup, même qu'ont on n'a des évènement il peut rester , il faut qu'il bouge>>, <<ses un choqe pour moi au début et même à ce jour mais il s'est amélioré maintenant on laide toujours surtout son père il est toujours avec luit il oui fait des activité moi qu'ont je le vois comme sa mon fils don cette état je peux pas passé avec luit le temps>>, la mère nous a affirmer qu'elle y a Um peu de changement don ma vie avant et après avec mon enfant autiste<<c'est pas facile de vivre avec un enfant autiste >>, <<thevedal atas lehewayej g la vie dachou hmdlh cava thoura>>,<< surtout qu'on tu es seule >>, <<y a pas vraiment un soutien familiale, mais hmdlh et devenu sociable avec la famille et son entourage et il a appris les lettres et les chiffres et il a aprit beacups de choses hamdlh.la mère affirme que maintenant mon fils et en voi de l'amilioration>>

Et par rapport à l'entourage, je n'écoute même pas ce que disent les gens sur mon enfant <<ounesalara il3ivadh achou haderan>>, <<malgré au début nesalasen yerna yewe3ar lehal achou thoura theweq3agh almouhim mithenagh adhihelou>>, <<mais s'été difficile pour moi d'accepté sa maladie>>. Elle est influencé par la maladie de son fils est-elle n'a pas pu accepter facilement la maladie de son fils.

Résulta N° 13 : de l'échelle de l'anxiété sur les parent (F / N).

Dimension Parents	Dimension 1	Dimension 2	Score finale
Père	3	6	9
	Anxiété mineur	Anxiété mineur	Mineur
Méré	9	18	27
	Anxiété mineur	Anxiété majeur	Majeur

Le tableau présente les résultats obtenu après l'application de l'échelle d'anxiété chez les parent du cinquième cas où le père a obtenu la note de 3 dans la première dimension (Symptômes somatique) du a la fatigue et la note 6 dans la deuxième dimension (symptômes psychique) où le père possède quelle qu'es symptômes psychique et le score final du père est 9 qui détermine que le père à l'anxiété mineur qui a dû à la maladie de son fils par contre la mère a obtenu la note 9 dans la première dimension (symptômes somatique) possède de quelques symptômes somatique du a l'influence psychique causé par la maladie de son fis et

18 dans la deuxième dimension (symptômes psychique) où elle a des symptômes psychiques assez remarquables qui expliquent le score final 27 qui détermine que la mère a l'anxiété majeure.

Résultat N°N 14 : de l'échelle d'intelligence émotionnelle sur les parents (F/N).

Dimension parents	Dimension 1	Dimension 2	Dimension 3	Dimension 4	Dimension 5	Dimension 6	Score finale
Le père	17	37	39	40	43	19	195
	Moyne	Moyne	Elevé	Elevé	Elevé	Elevé	Elevé
La mère	11	13	11	20	21	11	87
	Faible	Faible	Moyne	Moyne	Faible	Faible	Faible

On a constaté après avoir appliqué l'échelle d'intelligence émotionnelle sur les parents on a eu les résultats suivants où, il y a un degré différent et des scores différents dans chaque dimension car le père a eu 195 points dans l'échelle d'intelligence émotionnelle et la mère 87 points ce qui montre que le score du père est plus élevé que celui de la mère, dans les quatre dimensions sauf la première dimension (compétence personnelle) et la deuxième dimension (compétence sociale) du fait des facteurs extérieurs qui influencent la personnalité qui détermine que l'intelligence émotionnelle chez le père est élevée le score de la mère est faible dans quatre dimensions sauf la troisième dimension (Efficacité de la gestion du stress psychologique) et les quatrième et cinquième dimensions (Efficacité adaptative) qu'elle a un score moyen du fait de sa capacité de résister, qui détermine que l'intelligence émotionnelle chez la mère est faible.

6. Présentation du sixième cas(F/N) :

Nabila, maman de Yoruba, âgée de 46 ans, d'un niveau d'étude moyen et femme au foyer, Kamal est le papa de Yoruba, âgé de 47 ans, il a un niveau de d'étude première année lycée. Ils ont trois enfants, qui sont scolarisés et ont une bonne santé) et le deuxième qui s'agit de Yoruba âgé de trois ans scolarisé, enfant autonome et gâté à la maison.

6.1.L'analyse de cas d'entretien du père (N/K).

Durant l'entretien qu'on a eu avec le père de Ayeman a été compréhensive avec nous et a accepté de nous répondre à nos questions.

Le père d'Ayeman affirme qu'il souffre d'autisme moyen, s'est intégré à l'EHS d'Oued Ghir -Bejaia- depuis deux ans.

Le père a affirmé que son enfant née normale mais, un accouchement normal, il est désiré, à l'âge de 13 ans on n'a découvert qu'il souffre d'autisme son comportement a changé complètement << **ourisalara asema asentela3i**>> la première fois on le soigne sur l'audition à l'âge de 18 mois il ne parle pas il marche pas bien et après on n'a découvert que c'est l'autisme et c'était un choc pour moi et pour sa mère on le soigne de l'audition et on se retrouve avec un trouble de l'autisme c'est vraiment lourd pour nous d'accepter cette maladie car j'attends d'être papa ça du coup j'ai remarqué certains comportements chez lui il s'énerve rapidement surtout quand on lui dit non sur quelque chose, il n'obtempère pas, il aime faire tout ce qu'il veut sans l'interdire, et c'est difficile de s'adapter avec lui car il faut lui apprendre de tout au début << **aqlagh nesehfatas koulch dajedhidh**>> et notre vie a changé après avoir

mon enfant autiste car j'ai quitté mon travail pour s'occuper de lui car sa mère et trop choqué par son été donc de foi il faut qu'équin occupé de luit et mémé on n'a deux autre enfant a s'occupé et il aime pas partir a des évènement famille maman dit << **ouritehabara adhidou dhidhenagh mayela khera g la famille**>>, << **achou hamdlah cava athan ihefat thoura meme wahi dhayethemas athan ihevat dhidhesan ila3ev dhidhesan, itedou dhidhenagh surtou ayewa3 lan ayethemas**>>, d'après le père ayeman est trop attaché à nous, moi et sa mère,

Le père a accepté la maladie de son fils malgré que les premiers temps n'était pas facile <<**neqeval lehelakh -is khas aken yewe3ar lehal**>>, il avait un peu de difficulté avec lui les premier temps et ces tai un choque pour moi au début, même elle nous a affirmer qu'elle y a Um peu de changement don ma vie avant et après avec mon enfant autiste<<**c'est pas facile de vivre avec un enfant autiste**>>, <<**thevedal atas lehewayej g la vie dachou hmdlh cava thoura**>>,<< **juste au début maintenant tout va bien**>>, << **il s'est amélioré et il s'est intégré avec tout le monde et devenu sociable avec la famille et son entourage et il a appris les lettres et les chiffres et il a appris beaucoup de choses hamdlh**>>.

Et par rapport à l'entourage, malheureusement j'ai couté ce que disent les gens sur mon enfant <**salghasen achou hedran f mis ouzemirghara ousensalgheara**>>,<**nesalasen yerna yewe3ar lehal achou thoura theweq3agh almouhim mithenagh adhihelou**>> **mais rien ne change sa m'intéresse pas** il n'ait pas influencé par les regards des gens et leur jugement même si c'est très difficile de ne pas entendre les gens car il s'agit de mon fils.

6.2.L'analyse de d'entretien de la mère (N K cas)

Durant l'entretient qu'on a eu avec la mère de yoruba, elle été t compréhensif la faite qu'elle a acceptés de répondre à nôtres questions, même si au début elle été Um peu gêné de fête de nous parler sur son fils.

La mère de yoruba affirme qu'il souffre d'autisme moyen, s'est intégré à l'EHS d'oued -Ghir -Bejaia- depuis deux ans.

La mère a affirmé que son enfant née normal mais, un accouchement normal, il est désiré, à la âge de 13 ans on n'a découvre qu'il souffre de l'autisme son comportement a changé complètement<< **ourisalara sema asentela3i**>> la première fois on le soigne sur l'audition a l'âge de 18 mois il ne parle pas il marche pas bien et apes on n'a découvre que c'est l'autisme et c'été un choc pour moi et pour son père on le soigne de l'audition et on se retrouve avec un trouble de l'autisme c'est vraiment lourd pour nous d'accepté cette maladies car j'attende pas à ça du tout , il crie et il fuit vers sa chambre, comme la maman nous affirme qu'elle le laisse devant la télévision pour faire son travail à la maison, on disant << **tajaghet ar la télé bach adhekhedhemagh chagheliw g kham**>>, la maman nous a dit j'ai remarqué certain comportement chez luit il s'énervé rapidement surtout conte on lui interdit sur des choses , il entend pas , il aime faire tout se que il veut son l'interdire, et c'est difficile de sa adapté avec luit car il faut luit apprendre de au début <<**aqlagh nesehfatas koulch dajedhidh**>> et notre vie a changé après avoir mon enfant autiste car de fois il aime pas partir a des évènement familial maman dit << **ouritehabara adhidou dhidhenagh mayela khera g la famille**>>, << **achou hamdlah cava athan ihefat thoura meme wahi dhayethemas athan**>>

ihevat dhidhesan ila3ev dhidhesan, itedou dhidhenagh surtou ayewaq lan ayethemas>>, d'après la mère il est trop attaché a nous, moi et son père,

La mère a accepté la maladie de son fils malgré que les premiers temps n'était pas facile <<**neqeval lehelakh -is khas aken yewe3ar lehal**>>, elle avait un peu de difficulté avec lui les premier temps et ces tai un choque pour moi au début, même elle nous a affirmer qu'elle y a Um peu de changement don ma vie avant et après avec mon enfant autiste<<**c'est pas facile de vivre avec un enfant autiste**>>, <<**thevedal atas lehewayej g la vie dachou hmdlh cava thoura**>>, <<**il s'est amélioré et il s'est intégré avec tout le monde et devenu sociable avec la famille et son entourage et il a appris les lettres et les chiffres et il a appris beaucoup de choses hamdlh**>>.

Et par rapport à l'entourage, malheureusement j'ai couté ce que disent les gens sur mon enfant <**salghasen achou hedran f mi**>>, <<**et je suis choqué**>>, la mère est influencé par les dits des gens et elle n'a pas pu accepter la maladie de son fils facilement

Tableau N° 15 : de résultat de l'échelle de l'anxiété sur les parent (N / K).

Dimension Parents	Dimension 1	Dimension 2	Score finale
Père	5	13	19
	Anxiété mineur	Anxiété majeur	Mineur
Méré	9	20	29
	Anxiété majeur	Anxiété majeur	Majeur

Le tableau présente les résultats obtenu après l'application de l'échelle d'anxiété chez les parent du sixième cas où le père a obtenu la note de 5 dans la première dimension (Symptômes somatique) du a la fatigue et la note 6 dans la deuxième dimension (symptômes psychique) où le père possède des symptômes psychique et le score final du père est 9 qui détermine que le père a l'anxiété mineur qui a dû à la maladie de son fils par contre la mère a obtenu la note 9 dans la première dimension (symptômes somatique) possède quelques symptômes somatique du a l'influence psychique causé par la maladie de son fils et 20 dans la deuxième dimension (symptômes psychique) où elle a des symptômes psychique assez remarquable qui explique le score final 29 qui détermine que la mère a l'anxiété majeure.

Tableau N ° 16 : de résultat de l'échelle d'intelligence émotionnelle sur les parents (N/K).

Dimension Parents	Dimension 1	Dimension 2	Dimension 3	Dimension 4	Dimension 5	Dimensi on 6	Score finale
Le père	17	25	32	27	38	23	162
	Moyne	Moyne	Elevé	Elevé	Elevé	Elevé	Moyen
La mère	12	20	24	20	14	10	100
	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible

On a constaté après avoir appliqué l'échelle l'intelligence émotionnelle sur les parents on a eu les résultats suivent où, Il sont eus un degré différent et des score différent dans chaque dimensions car le père a eu 162 points dans l'échelle d'intelligence émotionnelle et la mère 100 points ce qui montre que le score du père est plus élevé que ce luit de la mère, dans les quatre dimension sauf la première dimension (compétence personnelle) et la deuxième dimension (compétence social), la troisième dimension (compétence impression positive) du a les facteurs extérieur qui influence sur la personnalité qui détermine que l'intelligence émotionnelle chez le père est moyenne, le score de la mère est faible dans toutes les dimensions qui détermine que l'intelligence émotionnelle chez la mère est faible.

D'après les résultats obtenus durant l'entretien et l'application des deux échelle (anxiété d'Hamilton, et échelle l'intelligence émotionnelle) pour les parents on n'a constaté que les mères manifestent un degré d'anxiété plus élevé que l'anxiété chez les pères et ça revient ou plusieurs symptômes somatique et psychique qu'influence sur la état psychique.

Et pour l'échelle de l'intelligence d'après les résultats obtenus durant l'entretien et l'application l'échelle on n'a constaté que l'intelligence émotionnelle chez les père est plus élevé que chez les mères parce que dans tous les dimensions et ça à cause de différents facteurs existant et interne qu'influence sur l'intelligence de la personne.

7. Discussions et analyse des hypothèses

L'objectif de notre travail de recherche consiste à déterminer : quelle est l'impact de l'intelligence émotionnelle sur l'anxiété chez les parents ayant un enfant autiste ? et quelle sont les facteurs qui déterminent la nature de l'influence d'intelligence émotionnelle sur l'anxiété chez les parents ayant un enfant autiste ?

Notre étude a été faite dans l'hôpital de psychiatrie d'oued -Ghir sur seize parents des enfants autistes âgées entre (35 et 59).

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

<< Existence d'influence positive importante entre l'intelligence émotionnelle et l'anxiété chez les parents ayant un enfant autiste >>

<< Existence des facteurs interne et externe qui détermine la nature de l'impact entre l'intelligence émotionnelle et l'anxiété >>.

Les cas avec qui nous avons travaillé sont anxieux et peurs sur le développement et la vie sociale de leurs enfants, Selon l'analyse des entretiens et applications du teste de Hamilton.

Tableau N °17 : présente les cas et résultats de l'échelle d'anxiété

Parents	Cas	Dimension 1	Dimension 2	Score finale
Père	Cas 1	2	5	7
		Pas de symptômes	Mineur	Mineur
Mère		4	14	18
		Mineur	majeur	Majeur
Père	Cas 2	1	5	6
Mère		Pas de symptômes	mineur	mineur
		5	18	18
		mineur	majeur	majeur
Père	Cas 3	1	5	6
		Pas de symptômes	mineur	Mineur
Mère		3	16	19
		mineur	majeur	Majeur
Père	Cas 4	1	5	6
		Pas de symptômes	mineur	Mineur
Mère		5	15	20
		mineur	majeur	Majeur
Père	Cas 5	3	6	9
		mineur	majeur	Mineur
Mère		9	18	27
		mineur	majeur	Majeur
Père	Cas 6	5	13	19
		mineur	majeur	Majeur
Mère		9	20	29
		mineur	majeur	Majeur

Tableau N°18 : présent les cas et résultats de l'échelle l'intelligence émotionnelle

Parents	Cas	D 1	D2	D3	D4	D5	D6	Score finale
Père	Cas 1	17	25	43	38	46	20	189
		Moyen	Moyen	élevé	élevé	élevé	élevé	élevé
Mère	Cas 1	12	13	21	23	24	11	104
		Faible	Faible	Moyen	Moyen	Faible	Faible	Faible
Père	Cas 2	18	35	40	34	36	22	185
		Moyen	Moyen	élevé	élevé	Moyen	élevé	élevé
Mère	Cas 2	15	18	23	11	35	21	123
		Moyen	Faible	Faible	Moyen	Moyen	élevé	Faible
Père	Cas 3	17	43	27	12	39	20	158
		Moyen	élevé	Moyen	Faible	Moyen	élevé	Moyen
Mère	Cas 3	8	33	19	37	32	19	148
		Faible	Moyen	Faible	élevé	Moyen	élevé	Faible
Père	Cas 4	23	45	34	33	53	20	208
		élevé	élevé	Moyen	élevé	élevé	élevé	élevé
Mère	Cas 4	11	13	19	17	24	16	100
		Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Moyen	Faible
Père	Cas 5	17	37	39	40	43	19	195
		Moyen	Moyen	élevé	élevé	élevé	élevé	élevé
Mère	Cas 5	11	13	11	20	21	11	87
		Faible						
Père	Cas 6	17	25	32	27	38	23	162
		Moyen	Moyen	Moyen	Moyen	Moyen	élevé	Moyen
Mère	Cas 6	12	20	24	20	14	10	100
		Faible						

7.1. Discussion et analyse des résultats et hypothèse de l'échelle d'Hamilton d'anxiété

- Le premier cas (H/K), on manifestée plusieurs symptômes de l'anxiété qui a confirmée quand le père a exprimé qu'on il a dit lorsque il pense à l'état de son fils il souffre et il stresse, sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil et maux de tête et la maman Kahina qu'on elle passe des nuit à pleurer et a pensé du future de son fils et souvent inquiété a la venir de la maladie de son fils difficultés d'endormissement, impossibilité de se détendre, sensations de faiblesse, palpitations et le père Hocine qu'on il a dit lorsque il pense à l'état de son fils il souffre et il stresse, sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil et maux de tête.

Les résultats sur l'échelle de Hamilton viennent de confirmer l'état d'anxiété significative, ou le père d'un score de 7 anxiétés mineures (2 symptômes somatique, 5 symptômes psychique), la maman a obtenu un score de 18 anxiétés majeur (4 symptômes somatique, 14 symptômes psychique).

- Le deuxième cas (A/ L) il son manifestée quelque symptôme le père a déclaré que le trouble de son fils a paniqué sa vie et son temps et ses pensé et souffre de manque de sommeil et maux de tête, et la mère qui a été confirmé quand elle a exprimé que c'est Um peut difficile de vivre avec un enfants autiste, toujours inquiété, stressé difficultés de concentration, difficulté d'endormissement, maux de tête, peur sur la venir de son fils.

Les résulte sur l'échelle de Hamilton viennent de confirmer l'état d'anxiété significative, ou le père d'un score de 6 anxiétés mineures (5 symptômes psychique), (1 symptômes somatique) lié beaucoup plus à son travail, la maman a obtenu un score de 18 anxiétés majeur (5 symptômes somatique, 13 symptômes psychique),

- Le troisième cas (I/ N) ont manifesté plusieurs symptômes de l'anxiété qui a été confirmé quand le père a confirmé que qu'ont il voie les autres enfants de son âge et regardé son fils il devient malade, la mère confirmé elle a difficulté d'endormissement et d'inquiétude, fatigue et c'est très difficile d'accepté le trouble de son fils et elle se décourage quand elle se souvient que elle a un enfant autiste, perte des intérêts, ne prend plus plaisir à passer-de temps, tristesse, peur et maux de tête, sensation de blocage.

Les résultats Les résultent sur l'échelle de Hamilton viennent de confirmer l'état d'anxiété significative, ou le père d'un score de 6 anxiétés mineures (5 symptômes psychique), (1 symptômes somatique), la maman a obtenu un score de 19 anxiétés majeur (3 symptômes somatique, 16 symptômes psychique).

- Le quatrième cas (M/ S) ont manifesté plusieurs symptôme de l'anxiété le père a confirmé qu'il est inquiet de l'état de son fils et il a difficulté d'endormissement, sommeil interrompu, fatigue et maux tête et par apport a la mère a difficulté d'endormissement, pleurs faciles, inquiétude, perte des intérêts, ne prend plus plaisir à ses passe-de temps, toujours stressé et triste, tremblements, angoisses, palpitations sensations d'étouffement, et maux de tête.

Les résultats Les résultent sur l'échelle de Hamilton viennent de confirmer l'état d'anxiété significative, ou le père d'un score de 6 anxiétés mineures (5 symptômes psychique), (1 symptômes somatique), la maman a obtenu un score de 20 anxiétés majeur (5 symptômes somatique, 15 symptômes psychique) la mère est touché par le trouble de son fils plus que son père.

- Le Cinquième cas (F/N) ont manifesté plusieurs symptômes de l'anxiété qui sont beaucoup plus fréquent chez la mère que chez le père, qui a été confirmée quand le a dit qu'il est fatigué à cause du travail et la charge qu'il a avec son fils le fatigue, il a des difficulté d'endormissement à cause de l'état de son fils qui hurle et pleur la nuit, et inquiet a son état a la venir, et la mère affirme qu'elle est stressé et fatigué a dit que c'est un moment très difficile on dirait quelle étais don un entre monde, elle n'a pas accepté la maladie de son fils, et elle ne croit pas que son fils souffre d'autisme, elle dit que ses autre chose, et elle a perdu le confiance de soi elle est toujours perturbé, inquiété, pleurs faciles, sensation d'être incapable de rester en place, impossible de se détendre, elle a une mauvaise mémoire, difficultés de concentration, perte des intérêts, tristesse, ne prend plus plaisir à ses passe-de temps, sensations d'étouffement, sensations de blocage, vertiges, muât de tête, défi des

ballonnement, nausée, douleur dans la poitrine et par contre le père et moins plus anxieux car il a dit qu'il est fatigué à cause du travail et la charge qu'il a avec son fils le fatigue, il a des difficulté d'endormissement à cause de l'état de son fils qui hurle et pleur la nuit, et inquiet a son état a la venir, stressé et fatigue.

Les résultats Les résulte sur l'échelle de Hamilton viennent de confirmer l'état d'anxiété significative, ou le père d'un score de 9 anxiétés mineures (6 symptômes psychique), (3 symptômes somatique) lié au travail et a la charge qu'il a avec son fils, la maman a obtenu un score de 27 anxiétés majeur (9 symptômes somatique, 18 symptômes psychique) lié a l'état psychique de la mère.

- Le séisme cas (K/ N) ont manifesté plusieurs symptômes qui a été confirmée quand le père disait qu' il est choqué et perturbé et cause de l'état de son fils a quitté le travail pour s'occupé de luit car sa mère passe c'est journée a pleuré et elle est très déprimé donc c'est lui qui prend la charge de son fils et il a confirmé qu'il est très fatigué moralement et physiquement, difficulté d'endormissement, impossible d'être détendu, sommeil interrompu, douleurs et courbatures, palpitation, mauvaise mémoire, stresse, ne prend plus plaisir à ses passe- de temps, il n'a pas de tranquillité et par apport a la mère elle passe des nuit blanche, et toujours inquiété, attente du pire, impossibilité de se détendre, pleurs faciles, mauvaise mémoire, difficultés de concentration, sensation de blocage, douleur dans la poitrine, difficulté d'endormissement, stresse, angoisse.

Les résultats Les résulte sur l'échelle de Hamilton viennent de confirmer l'état d'anxiété significative, ou le père d'un score de 19 anxiétés mineures (13 symptômes psychique), (5 symptômes somatique) lié à la charge qu'il a avec son fils car c'est le père qui fait tout à son fils qui s'occupe de son enfant plus que sa mère, la maman a obtenu un score de 29 anxiétés majeur (9 symptômes somatique, 20 symptômes psychique).

7.2. Discussion et analyse des résultats et l'hypothèse de Bra-on & Parker de l'intelligente émotionne

- Le premier cas (H/K) , la dimension de compétence personnelle de l' échelle l'intelligence émotionnelle de Bar-on & Parker confirmé que le degré de compétence personnelle de H(père) a obtenu le degré moyen pour lui s'est-il n'a pas temps pour de partager leur vie personnelle et aussi il se gérer leur vie personnelle bien chaque chose lui donne leur temps .
- K(mère) à cause d'impact négative de la maladie de son fils sur sa vie personnelle qui changé parce elle à obliger d'occupé de son fils et elle fait pas de confiance à des gens pour partager sa vie personnelle avec autre personne, pour le père c'est pas le cas parce qu' il a obtenu le degré moyen pour lui s'est-il n'a pas temps pour de partager leur vie personnelle et aussi il se gérer leur vie personnelle bien chaque chose lui donne leur temps .
- Pour la dimension de compétence sociale la mère elle a une compétence sociale faible à cause elle évite de partir à d'évènements familial, même elle de sortir parce que elle peur entourage et aussi l'absence de son mari elle rendre elle occupé à la maison et leur enfants surtout mayas parce que il faut qu'elle se occupe de lui tout le temps,

- Pour le père il obtenir degré moyen dans compétence sociale ça il revenir à leur travail qui se obligé d' absence et il trouve pas le temps pour sortir beaucoup et communiqué avec leur entourage et la famille mais malgré ça il se trouve le temps pour soutire avec leur enfants et surtout il insiste de prend avec lui mayas pour s'adapté ou l'entourage et jouir avec d'enfants le père il fait pas l'importance pour le jugement de leur d'autres .
- Pour la dimension de gestion du la pression psychologique chez le père manifeste degré élevé à cause il géré leur colère , stresse ,angoisse , est surtout il se calme devant l' enfants, mais chez la mère le degré obtenir dans ce dimension faible elle à aucun contrôle pas leur sentiment elle nous dit d'adurent entretient qu'elle ce frappé ses enfants « **mafeq3gh teke-segh lghechiw gh deryaw surtout taqechichetni tamqerant temregh atenghegh** » , les chose de rien elle devient très nerveuse elle se contrôle pas leur sentiment .
- Pour le dimension d'efficacité d'adaptative le père d'après l'échelle de Bar-on & Parker a obtenir degré élevé par ce que le père il est toujours cherché a comprendre le problème et des soulassions pour ce problème, par contre la mère elle à obtenir degré faible parce que elle est pas accepté la situations, elle est toujours peur et angoissé elle cherche pas à comprendre.
- Pour le dimension d'efficacité de l'humeur d'efficacité générale positive le père il a degré élevé dans ce dimension le père il a la confiance de soi toujours il pense d'idées positive, pour la mère elle à degré faible elle à toujours des posées négative toujours stressé, critiqué tout qu'elle fait elle dit « ma vie changé »
- Pour dimension d'efficacité d'une impression positive le père obtenir degré élevé il accepté et respecter d'autre, il a l'espoir que demain sera meilleur, la mère elle a degré faible elle toujours évité des gens , elle a peur et inquiétude pour la finir de son fils .
- Pour le score final de l'échelle de Bar-on & Parker le père à degré élevé de score 189 et la mère elle à score faible de 104.
- La deuxième cas (A/L) pour le premier dimension compétence personnelle le père a degré moyen , il trouve que leur sentiments et vie personne il faut pas partagé avec d'autre sur tout avec leur situation il préféré de ne pas partager sauf c'est un quelque confiance comme un amie proche ou bien un nombre de la famille , la mère aussi partage même degré avec son mari moyen , elle a peur de partagé et faire de confiance et après elle va regretter elle à dit que aujourd'hui je fais même plus confiance à personne car il viendra un moment où ils retournent contre moi , alors je partage rien avec personne .
- Pour dimension compétence sociale le père manifesté degré moyenne , il dit que préférence de passé le temps avec mes enfants , mais pas tout la journée il faut faire pour chaque chose d'temps , pour la mère elle manifeste une degré faible ,elle aime pas de sortir sauf c'est virement d'urgence ou événements familiale obligé d' être allé .
- Pour dimension de gestion du la pression psychologique le père se manifester degré élevé , il se gérer leur sentiment et émotion , se évité de manifester leur colère , stress , devant leur enfants , il se calme rapidement , pour la mère à degré faible , elle a stresser toujours, elle est nerveuse , elle peut pas contrôlé et calmé facilement, des f
- Pour dimension d'efficacité d'adaptative le père manifester degré élevé , il est toujours ou coran des nouvelle recherche et résultats sur tout pour la maladie de son fils , aime et insiste de comprendre des choses nouveaux , pour la mère manifester degré faible ,

elle a de stress , accepte pas faire des choses nouvelle ,cherche pas de solution pour les problèmes.

- Pour dimension d'efficacité d'humeur générale positive le père manifester degré moyen, il ne fait pas confiance facilement, mais confiance de soi il à , pour la mère aussi manifester degré moyen , pense négativement , fait pas de confiance pour d'autres.
- Pour dimension d'efficacité d'une impression positive le père manifestiez degré élevé, il à des posées positive pour d'autres , accepte de aide d'autres , la mère aussi 'manifesté degré élevé , elle a d'espoir de tout va bien .
- Pour le score finale l'échelle de Bar-on & Parker le père obtenir score 185 élevé et la mère à score 123 faible .
- La troisième cas (I/N) pour la dimension compétence personnelle le père manifeste degré moyen , se partage pas leur sentiment avec d'autres personne , pour lui c'est pas tout monde peut partager avec eux ses sentiment , pour la mère manifeste degré faible , pour elle partager de ses sentiment c'est impossible même pour son marie difficilement .
- Pour dimension compétence sociale le père manifeste degré élevé , aller à d'évènement familiale , se communiqué avec des voisin et il prend leur fils avec lui , pour lui le jugement et la posé d'autre il fait pas d'importance , pour la mère degré moyen , évité de sortir plusieurs fois , sortir pour d'cas urgent ou important .
- Pour dimension de gestion du la pression psychologique, le père manifeste degré moyen, il trouve difficulté de gérer leur sentiment, pour la mère degré faible , elle se contrôle pas ses sentiment , de pitié chose il se nervée .
- Pour dimension d'efficacité d'adaptative , le père manifeste degré faible , il inters pas à faire des chose nouveaux, il se cherche pas d'apprend des nouvelle chose ,pour la mère à degré élevé , toujours cherche à comprendre des nouvelle chose ou sujets , elle cultivé sur tout qui relation avec ma maladie de son fils .
- Pour dimension d'efficacité d'humeur général positive, le père manifeste degré moyen, il a de confiance de soi mais pour d'autres difficile, il à des posées positive à d'autres , pour la mère aussi elle à degré moyen ,elle posées positivement, elle à confiance de soi .
- Pour dimension d'efficacité d'une impression positive le père manifeste degré élevé , il à l'espoir de demain être bien ;pour lui il faut pas jugé des gens avant de contre , la mère aussi à degré élevé, elle accepté leur personnalité comme elle –est , pour elle il Ya d'espoir pour les chose changé positivement .
- Pour le score finale d'échelle Bar-on & Parker le père obtenir 158 moyen et la mère 148 faible.
- La quatrième cas (M/S) pour dimension compétence personnelle le père manifeste degré élevé , il se trouve pas difficulté de dire et exprimer leur sentiments mais pas leur vie personnelle ,pour la père a eu degré faible , elle se partage pas leur sentiments , elle est toujours peur.
- Pour dimension compétence sociale le père manifeste degré élevé, il sorte et aller à d'évènement familiale, le pensé l'autre s'est-il se pose aucun impact sur lui , pour la mère a eu obtenir degré faible , elle évite d'aller à d'évènement ,elle aime pas que elle rencontrer des gens parler avec eux surtout si leur fils avec elle .
- Pour dimension de gestion de la pression psychologique le père manifeste degré moyen ,quand il est nervé il faut qu'il se calme rapidement , il contrôle leur sentiment , pour la

mère a eu degré faible , elle contrôle pas ses sentiment , elle géré pas ses sentiment ,elle cire devant l'enfants.

- Pour dimension La dimension d'efficacité adaptative le père manifeste degré élevé , il cherche de tous nouvelle , il intéressé à se trouver des soulions fac a leur problèmes pour la mère a eu un degré faible , elle à pas d'envie de faire des chose , toujours stresser .
- Pour dimension d'efficacité de l'humeur générale positive le père manifeste degré élevé, il a de confiance de soi, toujours il est fidèle de tous qu'il fait , il a d'idées positive , pour la mère a eu degré faible , elle a toujours des posés négative, elle critique tous qu'elle fait .
- Pour dimension d'efficacité impression positive, le père manifeste degré élevé , il respecte d'autres , à d'idées positive sur d'autres , aimé leur personnalité ,pour la mère a eu degré faible , pose négative , elle n'a accepté pas des aimes facilement.
- Pour le score finale l'échelle Bar-on & Parker le père obtenir score 208 élevé et la et mère obtenir score 100
- La cinquième cas (F/N) pour dimension compétence personnelle le père manifeste degré, il se partage pas leur sentiment, pour la mère a eu degré faible, elle se exprime pas leur sentiment avec d'autres, elle n'a accepté pas de partagé à vie privé avec autre personne .
- Pour dimension compétence sociale le père manifeste degré moyen, la nature de leur travaille il se oblige d'absence a d'évènement familiale et à sortir avec leur enfants, pour la mère a eu degré faible , elle évite maximum d'aller a d'évènements familiale et parler avec d'autres .
- Pour dimension de gestion de la pression psychologique le père manifeste degré élevé , il gérer leur sentiments , il se nerve pas rapidement et il calme difficilement sur tout devant leur l'enfants , pour la mère a eu degré faible, elle n'a pas accepté la maladie de son fils , toujours stressé , angoissé , elle se nerve rapidement .
- Pour dimension d'efficacité adaptative le père manifeste degré élevé , il se accepte de nouvelle chose , cherche à comprend , trouvé des salissent pour résoudre d'problèmes, la mère a eu degré faible , elle se cherche pas à comprend , tout le temps s' occupé d'son fils .
- Pour dimension d'efficacité de l'humeur générale positive pour le père manifeste degré élevé, il accepté d'autres, posé positivement pour d'autres , pour la mère, elle a pas de confiance à d'autres , elle aime pas qu'elle fait .
- Pour dimension d'efficacité impression positive le père manifeste degré élevé , il a d'confiance de soi , il contente pour tout qu'il fait , la mère a eu degré faible , elle toujours d'posés négative, se préfère d'être seule .
- Pour dimension d'efficacité d'une impression positive le père manifeste degré élevé ,a d'idées positive sur d'autres , pour lui leur vie n'a pas changé d'après la diagnostics de maladie d'son fils , pour la mère a eu degré faible , elle n'a pas confiance de soi , n'accepte pas des amies .
- Pour le score finale l'échelle Bar-on & Parker le père obtenir 195 élevé et la mère obtenir score faible 87.

- La sixième cas (K/N) pour dimension compétence personnelle le père manifeste degré moyen , il se partage leur sentiments avec d'personne proche(amie) , pour la mère a eu degré faible , n'accepte pas d'partage leur sentiments avec d'autres personne .
- Pour dimension compétence sociale le père manifeste degré moyen , il se aller a d'évènement familial , sorite et parler avec d'autres , pour la mère a eu degré faible , évité d'aller a d'évènement surtout porche, elle écoté pour les gens et fait importance a leurs posées.
- Pour dimension de gestion de la pression psychologique le père manifeste degré moyen , il se géré leur sentiment , il se calme facile ,devant l'enfants se aime pas de manifesté leur colère , angoisse , pour la mère a eu degré faible , se nerve rapide , elle cire pour petites 'choses .
- Pour dimension d'efficacité adaptative le père manifeste degré moyen , il cherche de comprendre des choses nouvelle , pour la mère a eu degré faible , trouve difficulté d'accepté de nouvelle chose , cherche pas a trouvé de nouvelle astuces pour résoudre des problèmes.
- Pour dimension d'efficacité de l'humeur générale positive pour le père manifeste degré moyen, il a confiance de soi , il est contente de qu'il fait , pour la mère a eu degré faible , elle se sentier male pour que faire et pour sa personnalité .
- Pour dimension d'efficacité d'une impression positive le père il manifeste degré élève, il a d'idées positive sur d'autres , accepté des amis , pour la mère a eu degré faible , stères , a d'pensé é négative sur l'autres , il fait pas confiance , la maladie de son fils influencé sur elle sur elle négativement sa personnalité a changé .
- Pour le score finale l'échelle Bar-on & Parker le père obtenir score 162 moyen, la mère a score 100 faible.

7.3. Discussion générale

Suite aux résultats obtenus par l'analyse des entretiens, l'échelle d'Hamilton de l'anxiété et l'échelle Bar-on & Parker de l'intelligence émotionnelle, nous avons relevé que l'intelligence émotionnelle manifeste une influence positive sur l'anxiété chez les parents ayant un enfant autiste, l'intelligence émotionnelle est la capacité qui permet de gérer les émotions et l'anxiété chez eux, pour mieux gérer leur vie quotidienne, et bien s'occuper de leurs enfants autistes pour être positivement face aux problèmes que les reçoivent.

Existence aussi des facteurs internes comme la confiance en soi, la capacité de gérer leur sentiment et émotion, la résistance, joue un rôle très important pour les parents, et externes, comme le soutien familial, être sociale telle que d'aller ou événement familial ou d'enterrage, aide les parents à ce construire des capacités défies auxquels ils font face comme le divorce, des conflits entre les parents, perturbation de leur vie et l'étude de (Hadeel 2011) confirme l'exposition répétée à ces situations stressantes, représentées par des stimuli internes et externes auxquels les parents sont exposés de manière continue et à un degré de gravité qui dépasse leurs ressources, leur capacité à se métré d'accord, entraîne des effets négatifs dans leur vie qui peut cela les rendre incapables de prendre des décisions et d'interagir avec les autres (Hadeel.2011) (راف الله. بوشعراية, فتحي الايخ الظاهر ص 3-4. 2017).

qui déterminent la nature de l'impact entre l'intelligence émotionnelle et l'anxiété, et par là on confirme notre hypothèse qui est formulé comme suite : << **Existe d'influence positive entre l'intelligence émotionnelle et l'anxiété chez les parents ayant un enfant autiste**>>, et << **Existe des facteurs internes et externes qui détermine la nature de l'impact entre l'intelligence émotionnelle et l'anxiété**>>.

Conclusion

En conclusion l'intelligence émotionnelle et l'anxiété chez les parents ayant d'enfant autiste est une réalité complexe et significative. Les parents sont confrontés à des défis spécifiques liés à l'autisme de leur enfant, ce qui peut entraîner un niveau élevé d'anxiété et de stress. Les inquiétudes concernant l'avenir de l'enfant, les diverses thérapies et interventions nécessaires, ainsi que la stigmatisation sociale, contribuent à cette anxiété, alors on peut dire que l'intelligence émotionnelle sont les meilleurs prédicateurs dans la réussite sociale et familiale chez les parents ayant un enfant autiste.

Dans notre recherche intitulée l'anxiété et l'intelligence émotionnelle chez les parents ayant un enfant autistique. Qui a été réalisée dans L'hôpital psychiatrique de oude-ghir wilaya de Bejaia sur un nombre de 06 cas. Notre objectif de recherche est centré sur l'anxiété et l'intelligence émotionnelle chez les parents des enfants autiste dans le but de mesurer leur degré d'anxiété et de l'intelligence émotionnelle et pour déterminer l'effet de ce trouble sur les parents et aussi sur le développement de l'enfant et l'influence de l'intelligence émotionnelle sur l'anxiété.

Dans le cadre de cette recherche on a essayé de déterminer : quelle est l'influence de l'intelligence émotionnelle sur l'anxiété chez les parents ayant un enfant autiste ? Et quelle est les facteurs qui déterminent la nature de cette influence ? Notre recherche a été menée avec des outils de recherche basés sur des règles pour répondre à l'hypothèse suivante : Existence d'influence entre l'intelligence émotionnelle sur l'anxiété chez les parents ayant un enfant autiste, et ayant des facteurs qui poussent à manifester un niveau d'intelligence émotionnelle et l'anxiété.

Cette recherche a été portée sur six cas dans l'hôpital psychiatrique de oude-ghir en suivant la méthode descriptive avec les techniques d'investigation telle que l'entretien clinique et l'échelle de l'anxiété d'Hamilton et celle de l'intelligence émotionnelle qui nous a permis de recueillir des résultats qui confirment que les parents marquent un niveau d'anxiété et de l'intelligence émotionnelle significatif.

Il est essentiel de reconnaître l'importance de soutenir les parents d'enfants autistes en fournissant des ressources et des services adéquats, les groupes de soutien, les thérapies individuelles et familiales et les ressources éducatives pouvant aider les parents à faire face à leur anxiété et à leur intelligence émotionnelle et à développer des stratégies de gestion du stress et des émotions en outre promouvoir une meilleure sensibilisation et compréhension de l'autisme dans la société est essentielle.

Pour réduire la situation et fournir un soutien social aux parents Nous pouvons contribuer à soutenir les familles touchées par l'autisme et améliorer leur bien-être global, les parents jouent un rôle essentiel dans la vie de leurs enfants autistes, ils ont besoin de soutien, ne contribuons pas à créer un monde plus inclusif et accueillant pour tous.

Bibliographique

Liste bibliographique

APA , Américaine Psychology Association

1. AMARIA, B .CELINE , D&JACQUELINE , M . (2015) *Education thérapeutique des parents d'enfants avec troubles du spectre autistique*. Paris : Masson.
2. BENONY,B, CHAHRAOUI , K . (1991), *l'entretien clinique*,dunod, paris. ».
3. BERNAD, JEAN . (2000), *Tests et théories de l'intelligence*, Dunod, Paris.
4. BOUVARD, M .et COTTRAUX . (2002). *Protocole et échelle dévaluation en psychiatrie et en psychologie*.3eme Ed, Masson, paris.
5. BROUVARD , M . SCHWEEIZER . (2002). *Psychologie de la santé*. Dunod, paris.
6. CHAILAND, C.(1983). *L'entretien clinique*. Paris, France : PUF.
7. CHARLES , H,LAURA. I, MARTINE. A. (2009). *Guérir l'anxiété* », édition First, Paris,
8. CIM-10,(1994). *Classification international des maladies. Classification international des troubles mentaux et des troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche*, Organisation Mondiale de la santé, Paris, Masson
9. CURRAT, et . DESPLAND. (2004).<<Existe-il une approche d'inspiration psychanalytique spécifiquement adaptée aux troubles anxieux ?>>, érudit, vol.(29).
10. DANIALE ,G. (1997) . « L'intelligence émotionnelle, comment transformer ses émotions en intelligence ». Traduit par Thiery Piélat. France, loisir boulevard de grenelle, paris.
11. DORMOY, L. (2018). *Le soutien aux parents d'enfants présentant un trouble du spectre autistique. le journal des psychologues*. 353, (1),(42-47), Belledonne, France. Repéré à <https://ludovicgadeau-psychotherapie.com/le-soutien-aux-parents-denfants-presentantun-trouble-du-spectre-autistique/> .Consulté le 23/03/2024.
12. DR JEAN –Loup , D. (2014) . « *dépression et anxiété* », édition dangles.
13. DSM-5, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.
14. ELSERVIER, M . (2012) .*gestion du stress et de l'anxiété*, Moulineaux, France.
15. GAËL, P. (2017) . *Écologie sociale du milieu familial et handicap : la relation entre la mère et l'enfant présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme* Psychologie. Université Toulouse. Repéré à <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02109358/document> Consulté le 19/03/2024.
16. GRAZIANI. (2003) . *la partie de l'entretien clinique*, 3eme Ed, dunod, paris.
17. GRAZIANI, P.Swandsen, J. (2005) . *Le stress (émotions et stratégie d'adaptation)*.
- 18.JEAN -Claude. H. (2002). « *les défis du vieillissement* », édition la découverte, mars .
- 19.LAUTREY , J. et Richard Jean François. (2005) . *L'intelligence*, Lavoisier.
- 20.LE NAOUR, R.. (2007) .<<Troubles anxieux : diversité des approches théorique>>, *l'information psychique*, vol. 83, N°9.
- 21.LEFEBVRE, C. (2021) . *Influence des services éducatifs et de réadaptation sur le sentiment de compétence parentale de mères francophones d'enfants ayant un trouble du spectre de*

l'autisme .Université du Québec à Montréal. Repéré à <https://archipel.uqam.ca/14826/1/D4051.pdf> . Consulté le 01/02/2024.

22.OUSS RYNGAERT, L et al. (2008) .l'enfant autiste .Paris :John Libby Euronxt.

23.Palazzolo, J. (2007) . Dépression et anxiété : mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge, paris, France : Massiw.

24.RITVO, E-R et LAXER , G. (1983). *Autisme la vérité refusées*. Paris : DUNOD.

25.ROGE, B .(2003) . *Autisme compréhension et agir* .Paris . : DUNOD.

26.SAHRAOUI , AMRANE , L. (2015) . *Autisme et dynamique familiale*.

[http : // www.asjp.ceriste .dz/en /down Article /1197/21/38940](http://www.asjp.ceriste.dz/en/down/Article/1197/21/38940) . Consult le 30 /04/2024.

27. STASSART , and ETIENNE, A,M . (2014) . Afernch translation the childhood Anxiety sensitivity index (CASI) ; factor structure , Reliability and Validity of this scale .

28.STIPANICIC, A et al. (2014). Développement des modèles théoriques d'un programme destiné à des parents d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme. *Le journal sur les handicaps du développement*, Volume 20. Repéré à https://oadd.org/wpcontent/uploads/2014/01/41019_JoDD_20-3_v13f_19-Stipanicic_et_al.pdf . Consulté le 03/03/2024.

29.SERVANT , D. (2012) . février . « gestion de stress et de l'anxiété », édition Elsevier Masson.

30.SUZY, S, (2011). « *l'anxiété et troubles anxieux* », édition médecine et hygiène, Genève.

31.SWERINGEN , P-L (1999). *Guide dépoche des soins médicaux chirurgicaux*. Paris . BERTI.

Liste bibliographique en arabe

1. سميرة. بو زقاق و د نادية بو شلاق (2014) دراسة الدكاء العاطفي لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا متلازمة داون دراسة ميدانية استكشافية بورقلة مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية العدد 14 / مارس .ص ص 115-130.
2. راف الله بوشعراية و فتحي الداخ طاهر 2017 الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق الاسري لدى امهات اطفال التوحد ص ص 1-21.
3. خولة علي زروقي 2022 اثر العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من بعض المشكلات لدى امهات اطفال التوحد اطروحة دكتوراه علوم علم النفس العيادي جامعة وهران . ص 125 .
4. عمر .جميع . و هامل منصور تقنين مقياس الدكاء الوجداني ل بار -اون و جيمس باركر على البيئة الجزائرية .قسم علوم التربية .جامعة وهران -2. ص 149 الى 166 .
5. علي محمود علي شعيب 1991 دراسة مشاعر القلق و العصائية لدى أمهات لأطفال معوقين وغير معوقين كلية التربية -جامعة المنوفية .ص 11.

Annexes

Annexe N°1 :

Le Guide d'entretien :

Axe I : informations personnelles

-Nom.

_Prénoms.

_Âge

_Travail et class familial.

_Le maladies.

Axe II : histoire de maladie

-Raconter nous de votre enfant.

_Parler nous comment vous adapter avec la maladie de votre enfant

- dit-nous qu'on avait-vous reçu sur la maladie de votre enfant.

_Dites-nous comment faites face à la maladie de votre enfant.

_Parler nous de quoi avez-vous des difficultés de la maladie de votre enfant.

Axe III : : vécu psychologie

_Parler nous de votre sentiment autiste

_Dites-nous comment vous vivez avec un enfant autiste

_Raconter nous votre réaction après avoir diagnostic votre enfant état un enfant autiste.

_Parler nous de votre avis à propos de la maladie de votre enfant.

_Dit nous quoi vous connaissez de la maladie de votre enfant.

_Dites-nous de quoi penser vous de la maladie de votre enfant.

_Dit nous comment vous géré la situation avant et après avoir un enfant autiste.

Axe IV : Relationnel.

_Raconter nous de votre changement avant et après le maladie de votre enfant.

_Parler nous de votre expérience de la maladie de votre enfant.

_Parler nous de vous changements relationnelles avec votre famille.

_Parler nous de vous difficultés de vivre avec un enfant autiste.

_Dites-nous avez-vous de l'aide de votre famille.

_ Parler nous de votre relation avec votre collègues et voisins.

_ parle nous de votre conflits que vous avez dans vie sociale.

Axe V : future de la maladie.

_ Que espérez-vous de la maladie de votre enfant.

_ Dites-nous quoi vous avez souhaitez pour vous enfant en future

_ Dies nous que attendez-vous de la voir de vous enfant.

_ Parler nous des projets que vous attendez de les prévisionnelles de la santé concerné de la maladie de vous enfant.

_ Diest –nous vous réaction si un jour vous enfant construire un projet pour aide des personnes autiste.

Annexe N°2 :

Les Échelles d'appréciation de l'anxiété de Hamilton :

Nom : Date :

Citation :

0 : absent. 1 : léger. 2 : moyen. 3 : fort. 4 : maximal.

1) Humeur anxieuse:
Inquiétude -Attente du pire – Appréhension (anticipation avec peur) – Irritabilité-
consommation de tranquillisants

2) Tension :.....
Impossibilité de se détendre -Réaction de sursaut -Pleurs faciles - Tremblements Sensation
d'être incapable de rester en place – Fatigabilité.

3) Peurs:
De mourir brutalement -D'être abandonné - Du noir - Des gens - Des animaux - De la foule -
Des grands espaces - Des ascenseurs -Des avions - Des transports ...

4) Insomnie:
Difficultés d'endormissement - Sommeil interrompu - Sommeil non satisfaisant avec fatigue au
réveil - Rêves pénibles - Cauchemars –angoisses ou malaises nocturnes.

5) Fonctions intellectuelles (cognitives):
Difficultés de concentration - Mauvaise mémoire – Recherche ses mots – Fait des erreurs.

6) Humeur dépressive:
Perte des intérêts - Ne prend plus plaisir à ses passe-temps - Tristesse -Insomnie du matin.

Symptômes somatiques généraux (musculaire) :.....

Douleurs et courbatures -Raideurs musculaires - Sursauts musculaires - Grincements des dents
- Contraction de la mâchoire - Voix mal assurée.

7) Symptômes somatiques généraux (sensoriels):

Sifflements d'oreilles -Vision brouillée -Bouffées de chaleur ou de froid -Sensations de faiblesse - Sensations de fourmis, de picotements.

8) Symptômes cardiovasculaires:

Tachycardie - Palpitations - Douleurs dans la poitrine - Battements des vaisseaux Sensations syncopales – Extra-systoles.

9) Symptômes respiratoires:

Oppression, douleur dans la poitrine - Sensations de blocage,

D'étouffement - Soupirs – Respiration rapide au repos.

10) Symptômes gastro-intestinaux:

Difficultés pour avaler - Douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlure, ballonnement, reflux, nausées, vomissements, creux à l'estomac, "Coliques" abdominales Borborygmes - Diarrhée - Constipation.

11) Symptômes génito-urinaires:

Règles douloureuses ou anormales - Troubles sexuels (impuissance, frigidité) – Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses.

12) Symptômes du système nerveux autonome:

Bouche sèche - Accès de rougeur -Pâleur -Sueur - Vertiges -Maux de tête -

13) Comportement lors de l'entretien:

- Général :

Mal à l'aise - Agitation nerveuse -

Tremblement des mains -Front plissé - Faciès tendu - Augmentation du tonus musculaire,

▪ **Physiologique :**

Avale sa salive – Eructations-Palpitations au repos – Accélération respiratoire - Réflexe tendineux vifs -Dilatation pupillaire - Battements des paupières.

▪ **TOTAL:**

Annexe N°3 : l'échelle d'intelligence émotionnelle de Bra- on & parker

مقياس الذكاء الوجداني لـ(بار - أون و جيمس باركر)

ترجمة: رزق الله رندا سهيل (2006)

معلومات أولية:

الاسم واللقب:..... تاريخ الميلاد.....الجنس.....

القسم : الفوج :.....

تعليمات عامة: فيما يلي مجموعة من العبارات التي تشير الى شعورك وسلوكك نحو بعض الموضوعات أو المواقف والمطلوب ان تضع

علامة (X) التي تناسب انطباق الفقرة عليك

الفقرة	درجة عالية	درجة متوسطة	درجة منخفضة	تنطبق ضعيفة بدرجة
1 استمتع بالتسلية				
2 أجد فهم مشاعر الآخرين				
3 لدي القدرة على تهدئة نفسي				
4 اشعر انني متهيج				
5 أهتم بما يحدث للآخرين				
6 من الصعب علي ان اسيطر على غضبي .				
7 من السهل علي اخبار الناس بمشاعري				
8 اتقبل كل من التقى به				
9 أشعر بالثقة بنفسي				
10 اتفهم عادة كيف يشعر الآخرون				
11 لا أتمكن من المحافظة على هدوئي				
12 احاول استعمال طرائق مختلفة للاجابة عن الاسئلة الصعبة				
13 اعتقد ان معظم الاشياء التي انجزها سوف تكون مرضية				
14 لدي القدرة على احترام الآخرين				
15 انزعج بشكل مبالغ به من بعض الامور				
16 من السهل علي فهم اشياء جديدة				
17 استطيع التحدث بسهولة عن مشاعري				
18 افكر باي شخص افكارا ايجابية				
19 لدي امل بما هو افضل *				

				الحصول على الاصدقاء امر هام	20
				انتشاجر مع الناس	21
				باستطاعتي فهم اسئلة صعبة	22
				احب ان ابتم	23
				احاول ان لا اؤذي مشاعر الآخرين	24
				احاول تفهم المشكلة حتى اتمكن من حلها	25
				انا عصبي	26
				لا شئ يزعجني	27
				يصعب علي التحدث عن مشاعري الداخلية العميقة	28
				أعلم ان الامور ستصبح على ما يرام	29
				استطيع تقديم اجابات جيدة على اسئلة صعبة	30
				باستطاعتي وصف مشاعري بسهولة	31
				اعرف كيف اقضي أوقاتنا جيدة *	32
				علي قول الحقيقة *	33
				استطيع الاجابة بطرائق عديدة عن السؤال الصعب عندما اريد	34
				اغضب بسرعة	35
				احب ان اعلم من اجل الآخرين	36
				لا أشعر بسعادة كبيرة	37
				استخدم بسهولة طرائق مختلفة في حل المشكلات	38
				يتطلب كثير من الوقت حتى اغضب	39
				مشاعري جيدة تجاه نفسي	40
				اكون اصدقاء بسهولة	41
				اعتقد اني الافضل في كل ما انجز مقارنة بغيري *	42
				يسهل علي البوح بمشاعري	43
				عند الاجابة عن الاسئلة الصعبة احاول التفكير بحلول عديدة	44
				اشعر بالاستياء عندما تؤذي مشاعري للآخرين	45
				عندما اغضب من احد ابقى هكذا مدة طويلة	46
				انا سعيد بنوعية شخصيتي	47

				اجيد حل المشكلات	48
				يصعب علي الانتظار في الدور	49
				استمتع بالاشياء التي اصنعها	50
				احب اصدقائي	51
				ليس لدي ايام سئة *	52
				لدي صعوبة في البوح للآخرين باسراري	53
				أغضب بسهولة	54
				اعرف ما اذا كان صديقي غير سعيد *	55
				احب شكلي (راض عن جسدي) *	56
				لا اتهرب من الامور الصعبة	57
				عندما اغضب اتصرف من دون تفكير	58
				اعرف متى يكون الآخرون غير سعداء حتى ولو لم يخبروني بذلك	59
				انا راض عن الشكل الذي ابدو عليه	60

ملاحظة: تذكر بأن إجابتك سوف تستخدم لغرض علمي محض ولن يطلع عليها أحد سوى الباحث , ولذلك فلا تتردد في إعطاء

الإجابة الصاد

Résumé

L'impact et l'influence positive importante entre l'intelligence émotionnelle et l'anxiété des parents d'enfants avec TSA apparaissent supérieurs à celui observé chez les parents d'enfants du même âge atteints d'autres handicaps.

La relation parents-enfant peut-elle-même devenir source de stress, d'anxiété et d'angoisse dans cette recherche on n'a opté pour une méthode clinique basée sur un entretien semi-directif et deux échelles, une d'anxiété Hamilton, deux intelligences émotionnelles de Bar-on et Parker qui a été faite dans l'hôpital psychiatrique de Oude-Ghir sur sites parent, père et mère d'enfants autistes.

Les mots clés ; Anxiété parentale, intelligence émotionnelle, autisme parental .

Abstract

The impact and significant positive influence between emotional intelligence and anxiety of parents of children with ASD appear greater than that observed among parents of children of the same age with other disabilities.

Can the parent-child relationship itself become a source of stress, anxiety and anguish.

Therefore, in this research we opted for a clinical method based on a semi-directive interview and two scales, one for Hamilton anxiety, two emotional intelligences from Bar-on and Parker which was done at the Oude-Ghir psychiatric hospital on sites for parents, fathers and mothers of autistic children.

Keywords; Parental anxiety, Emotional Intelligence, ; Parental Autism