



جامعة بجاية  
Tasdawit n Bgayet  
Université de Béjaïa

**Université A. MIRA-BEJAIA**

**Faculté des Sciences Humaines et Sociales  
Département de Psychologie et Orthophonie**

**Mémoire de fin de cycle**

**En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie  
Option : Psychologie Clinique**

**Thème**

**L'anxiété chez les mères ayant un enfant autiste.**

**Etude clinique de quatre (04) cas réalisée au sein de  
l'association « Esperance tous contre l'autisme » à Akbou-Bejaia.**

***Réalisé par :***

Hammadache Siham

Hammachi Sabrina

***Encadré par :***

Mr. Meliani Mouloud

**Année universitaire 2023/2024**

## *Remerciements*

- ❖ *Avant tout, nous remercions « Dieu » le tout puissant pour nous avoir donné la force et le courage d'arriver là.*
- ❖ *Au début, nous tiens très sincèrement à remercier notre promoteur Mr, Meliani Mouloud pour ses précieux conseils et orientations, on lui dit « merci d'avoir accepté de diriger notre travail ! ».*
- ❖ *Nous sincères remerciements à l'ensemble des enseignants du département des sciences humaines et sociales pour la qualité de formation et d'encadrement qu'ils nous ont donné tout au long de nos études.*
- ❖ *Nous souhaitons remercier également les différents personnels de l'association « Espérance » particulièrement la présidente M<sup>me</sup> BEN ALI MADIHA et l'équipe de travail pour leur disponibilité.*
- ❖ *Aussi à toutes nos familles, nos amis et nos proches qui ont toujours été là pour nous encourager et nous guider tout au long de nos études.*
- ❖ *Enfin, que toutes les personnes ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail trouvent ici nos sincères reconnaissances.*

# Dédicace

*Je dédie ce modeste travail à :*

*A tous les enfants autistes*

***A ma mère***

*Source inépuisable de tendresse, de patience et de sacrifices .Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours tout au long de ma vie. Puisse Dieux tout puissant, te préserve et te t'accorder santé, long vie et bonheur.*

***A mon père***

*De tous les pères, tu es le meilleur .Aucune dédicace ne saurait exprimer ma reconnaissance et mon profond amour .Puisse Dieux vous préserve et vous procurer santé et bonheur.*

*A mon adorable sœur Lynda qui est été toujours a mes coté*

*A mon cher frère Yanis que j'adore énormément*

*A mon fiancée : Walid et sa famille*

*A ma belle copine : Chahira et mon cher amie : Abdeslam*

*A ma binôme Sabrina*

*A tous ceux qui m'aiment et me connaissent de près ou de loin*

***Siham***

# Dédicace

*Je dédie ce modeste travail à :*

*A tous les enfants autistes*

*A ma très chère mère*

*Quoi que je fasse ou que je dis, je ne saurai point te remercier  
comme il se doit. ton affection me couvre, ta bienveillance me  
guide et ta présence à mes cotes a toujours été ma source de force  
pour affronter les différents obstacles.*

*A mon père*

*De tous les pères, tu es le meilleur .Aucune dédicace ne saurait  
exprimer ma reconnaissance et mon profond amour .Puisse Dieux  
vous préserve et vous procurer santé et bonheur.*

*A mon adorable sœur Melissa qui est été toujours a mes coté  
A mes très chers frères que j'adore énormément : Amirouche,  
Abd alhaq, Dalil, Hicham.*

*A mon cher grand-père et chers grand mères,  
Que je souhaite une bonne sante*

*A mon fiancé : Younes*

*Et sa famille*

*A mes meilleur amis : Thileli, Salima, Nesrine, Tayaqut*

*A ma chère binôme, Siham*

*Pour son entente et sa sympathie*

*A toute ma famille.*

***Sabrina***

## *Liste des abréviations*

**ABA:** Applied Behavior Analysis.

**CIM-10 :**Classification internationale des maladies,10e révision.

**DSM-5:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5, (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Menteux)...

**OMS :**L'organisation Mondiale de la Santé.

**TEACCH:** Treatment and Education of Education of Autistic and related Communication Handicapped Children.

**TED :**Trouble Envahissant du Développement.

**TSA :**Troubles du Spectre de L'autisme

**TCC:** Thérapies cognitivo-comportementales

## *Liste des tableaux*

Tableau 1: récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude .....	45
Tableau 2: Les résultats de cas Latifa, aux items de l'échelle d'évaluation d'anxiété.....	55
Tableau 3: Les résultats de cas Yasmina, aux items de l'échelle d'évaluation d'anxiété.....	61
Tableau 4: Les résultats de cas Linda, aux items de l'échelle d'évaluation d'anxiété.....	65
Tableau 5: Les résultats de cas Salima, aux items de l'échelle d'évaluation d'anxiété.....	70
Tableau 6: Tableau récapitulatif de résultats.....	73

# *Sommaire*

<b>Introduction</b> .....	1
---------------------------	---

## **Le cadre général de la Problématique**

<b>1.Problématique</b> .....	3
2. Hypothèse.....	6
3. Définition de l'autisme et l'anxiété.....	6
4. Intérêt du choix du thème.....	6
5. Objectifs de la recherche.....	6

## **Chapitre I : Autisme**

Préambule.....	8
1- Aperçu historique de trouble du spectre de l'autisme (TSA).....	8
2- Définition de l'autisme .....	9
3-Épidémiologie.....	10
4-La prévalence da l'autisme .....	10
5-Les déférentes formes de l'autisme.....	11
6- Les signes cliniques .....	15
7-Les causes de l'autisme.....	18
8-Diagnostic d'autisme et évaluations .....	20
9- L'évaluation de l'anxiété .....	21
10- La prise en charge d'autisme .....	22
Synthèse .....	25

## **chapitr II : L'anxiété**

Préambule.....	27
1-Aperçu historique d'anxiété.....	27
2- Définition de l'anxiété .....	28
2. Les différents concepts de l'anxiété.....	28
3. Les troubles d'anxiété .....	29
4. Les symptômes anxieux .....	32
5- Les causes de l'anxiété.....	33
6-Les types d'anxiété .....	34
7- L'anxiété du normale au pathologie .....	34
8- Les modèles théoriques explicatifs de l'anxiété .....	34
10. La prise en charge du sujet anxieux .....	36

11-L'anxiété dans le cadre de l'autisme :.....	39
Synthèse .....	40

### **Chapitre III : La méthodologie de la recherche**

Préambule.....	42
1-La pré-enquête .....	42
2- La démarche de la recherche.....	43
3- Présentation du lieu de la recherche : .....	44
4- La population d'étude et ces caractéristiques .....	44
5- Les techniques et outil de recherche .....	45
4- Les outils d'investigations .....	48
Définition du l'échelle d'anxiété :.....	48

### **Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses**

Préambule.....	52
1- Présentation, analyse et discussion des hypothèses .....	52
2- Discussion des hypothèses .....	71
Conclusion .....	75
Liste bibliographique.....	77
Annexes	

# **Introduction**

## **Introduction :**

La naissance d'un enfant est une source de bonheur qui illumine les journées de chaque couple qui attend avec impatience ce jour merveilleux. Cependant, il est malheureux que certains enfants naissent avec divers handicaps tels que l'autisme.

L'autisme n'est pas seulement un problème avec de nombreuses restrictions et changements dans la vie quotidienne, mais aussi une expérience psychologique qui consiste à exprimer certaines souffrances tout au long de la vie avec l'enfant.

L'annonce que leur bébé est né avec l'autisme est un choc émotionnel immense pour une maman, qui peut éprouver une anxiété accrue en raison des défis spécifiques liés à l'éducation et au soutien de leur enfant.

Les mères peuvent se sentir anxieuses en raison des défis comportementaux couramment liés à l'autisme. Les enfants autistes peuvent présenter des difficultés de communication, des comportements répétitifs et des crises, ce qui peut entraîner des moments de stress intense pour les mères.

Le plan de travail que nous présentons est structuré en deux parties fondamentales, dont la première est la partie théorique et la deuxième est la partie pratique.

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

- Premier chapitre : présentation du cadre général de la problématique, qui comprend ; la définition des concepts clés et leurs opérationnalisation, l'intérêt du choix du thème, et les objectifs de la recherche.
- Deuxième chapitre : Il comprend deux parties, dont la première concerne l'autisme et la deuxième s'intéresse à l'anxiété.
- Troisième chapitre : Il s'agit de la méthodologie de la recherche : on a présenté notre pré-enquête, la méthode, la présentation du groupe d'étude et ses caractéristiques, le lieu du stage ainsi que les outils et leurs analyses : le guide d'entretien et l'échelle d'anxiété qu'on aurait souhaité utiliser.
- Quatrième chapitre : Il comprend la présentation et l'analyse des résultats.

Enfin on a clôturé notre recherche par une conclusion.

*Le cadre générale de la  
Problématique*

## 1\_Problématique :

Lorsqu'un enfant a un handicap, cela peut provoquer de l'inquiétude, de l'incertitude et de la peur, voire de la panique ou de la surprise. Chez les parents la présence d'un enfant autiste peut entraîner des conséquences néfastes sur leur santé mentale et physique, plus précisément, entre autre la mère est prétendue être la plus grande impliquée dans l'éducation de l'enfant.

L'autisme est un syndrome comportemental qui altère, des premiers mois de vie, les capacités de l'enfant à interagir avec autrui et à développer les moyens habituels de communication et d'adaptation à l'environnement. Cette pathologie précoce et globale conduit rapidement à une forme particulièrement déroutante de dysfonctionnement comportemental et social avec handicap tout au long de la vie. (Catherine, Frédérique, 2012, p. 3).

Aujourd'hui l'autisme est considéré comme l'un des troubles les plus handicapants qui entrave le développement de l'enfant. Ce trouble envahit l'enfant dans le côté communicatif et de l'interaction sociale, il crée son propre monde où il trouve du plaisir à faire des comportements répétitifs et stéréotypés.

L'autisme est un trouble sévère et durable du développement de l'enfant qui se manifeste dès la petite enfance « avant trois ans » par des perturbations graves des interactions sociales et de la communication et par des comportements restreints, répétitifs et stéréotypie. L'autisme et le repliement sur soi, entraînant un détachement de la réalité et une intensification de la vie imaginaire (ALAIN.V, 1988, p.9).

L'autisme a été décrit pour la première fois en 1943 par le psychiatre américain Léo Kanner comme un syndrome caractérisé par la précocité de sa survenue, une symptomatologie associant un isolement, une incapacité à se mettre en relation avec autrui, des troubles du langage, des comportements répétitifs et des activités limitées en spontanéité et en variété. Depuis plusieurs décennies, diverses conceptions de ce trouble ont été exposées qui ont amené à des débats et parfois des polémiques quant à ses origines étiologiques pour arriver aujourd'hui à une vision partagée par l'ensemble de la communauté médicale et scientifique internationale de trouble neurodéveloppemental classé dans la nosographie internationale comme Trouble Envahissant du Développement. L'autisme se caractérise, sur le plan inter individuel, par l'extrême hétérogénéité de la symptomatologie en termes de sévérité, de la

présence ou non d'un déficit cognitif associé, et, d'un accès au langage (LELORD.G, SAUVAGE. D, 1990, p. 119).

La naissance d'un enfant ayant un handicap ou un retard du développement, ou ayant reçu un diagnostic confirmant son handicap est perçu comme un bouleversement majeur dans la vie des parents en raison de son impact sur l'image du couple et sur leur vie dans son intégralité. La présence d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA) chez un enfant entraîne des changements dans la vie quotidienne du couple et a un impact sur leur expérience psychologique. Plusieurs études cherchent à saisir l'expérience et les difficultés auxquelles font face les parents de ces enfants (Bayat, 2005 & gray, 2002).

Les rares études épidémiologiques effectuées en Algérie ne permettent pas de donner un chiffre national officiel. La prévalence estimée qu'il existe environ cinq cents mille autistes en Algérie. Notre pratique quotidienne nous permet d'annoncer que c'est la plus fréquente si l'on prend l'exemple du service de pédopsychiatrie de L'HES en psychiatrie DRID Hocine Alger, en espace de trois années (2015-2017) 1110 nouveau cas autistes ont été diagnostiqué dans les services de pédopsychiatrie dont 617 cas (55,58%) sont âgés moins de 3 ans ce qui détermine que le programme de dépistage élaboré par le service depuis plusieurs années a commencé de donner ses fruits. Entre temps on remarque une diminution des cas hospitalisés surtout en 2017. Ce fait peut être attribué aux mouvements sociaux qui ont marqué le secteur de santé ces derniers temps. (Ould Taleb & al, 2019, p.56).

Lorsque le diagnostic d'un enfant est annoncé, cela peut être un moment très difficiles pour les parents .Cette annonce peut créer un mélange d'émotions compris de la tristesse, de l'anxiété et de la fatigue chez les parents, en particulière les mères .Il est essentielle d'offrir un soutien et une compréhension adaptés aux familles lors de ces moments délicats pour établir une relation de confiance. (Isabelle.L, 2008, p.29).

Les mamans d'enfants autistes font souvent face à des défis qui les plongent dans des situations très difficiles au quotidien. Cela peut provoquer d'anxiété, dépression et un malaise psychologique en raison de problèmes de communication, de compréhension, ainsi que des troubles du sommeil et des crises, perturbant ainsi le quotidien de la famille. ([www.autisme-ressources-lr.fr](http://www.autisme-ressources-lr.fr)).

L'anxiété est un état à la fois psychologique et physique, caractérisé par des composantes émotionnelles, cognitives et comportementales, qu'on ressent en présence ou en l'absence de stress psychologique. Elle peut provoquer des sentiments intenses de peur, d'inquiétude et de crainte, et considérée comme une réaction normale face à une situation

stressante.

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

Les troubles anxieux constituent un groupe d'atteinte très communes. Ils peuvent être graves mais tout à fait traitable. Ils affectent le comportement, les pensées les sentiments et la perception physique (J. Palazzolo, 2007, p.63).

L'anxiété constitue une réaction émotionnelle courante face au stress ou au risque. L'inquiétude ou la nervosité sont des symptômes physiques tels que des palpitations cardiaques, de la transpiration et des tremblements. L'anxiété au sens étymologique du terme est une agonie, c'est-à-dire une lutte où je me débats contre le monde et moi-même dans une atmosphère néfaste de danger, de peur, d'impuissance, d'inconnu et de mystère, où je me sens pantelant, perplexe et désarçonné (Henry EY, 2006, p.381).

Plusieurs études montraient que l'anxiété accompagnait divers problèmes de santé : asthme, ulcère, arthrite, migraine, hypertension, maladies cardio-vasculaires. La prévalence des troubles anxieux est supérieure chez les sujets ayant une maladie chronique et, inversement, la morbidité et la mortalité (pour les maladies cardio-vasculaires et les AVC notamment) sont supérieures chez les sujets anxieux, toutes choses égales par ailleurs (Vandervoot, 1995). (Bruchon.M& Boujut.E, 2014, p.239)

Durant notre stage pratique à l'association Espérance des enfants autiste d'Akbou nous avons travaillé avec des parents qui amènent quotidiennement leurs enfants à l'unité de prise en charge. Cela nous a permis d'observer certaines de leurs routines quotidiennes ainsi que celles des enfants. Ce stage nous a amené à mener des recherches sur les défis auxquels les parents sont constamment confrontés.

Dans cette étude nous allons explorer ou démontrer comment les mères d'enfants autistes souffrent d'anxiété, ainsi que les principaux défis quotidiens auxquels les mères font face pour prendre soin de leur enfant autiste. Du coup, nous sommes amenés à poser la question suivante :

Est ce que l'autisme de l'enfant entraîne t-il de l'anxiété chez la mère ?

## **2. Hypothèse :**

- Les mères d'enfants atteints d'autisme manifestent de l'anxiété.

## **3. Définition et opérationnalisations des concepts :**

- **L'autisme :**

L'autisme fait partie de la catégorie des troubles envahissant de développement qui se manifeste avant l'âge de 3 ans avec une perturbation ou un dysfonctionnement dans les trois domaines suivants : interaction sociale, communication, et les comportements (Pascal et Joëlle et Christee, B, 2007, p. 7).

L'autisme dans notre étude correspond aux quatre cas d'enfants autistes que nous avons sélectionné afin d'examiner le degré d'anxiété chez leurs mères.

- **L'anxiété :**

L'anxiété est une sensation de tension intérieure de danger imminent. Elle peut être paralysante ou, au contraire, susciter de l'agitation (avec incapacité à rester en place). (Palazzolo, 2007, p61)

L'anxiété dans notre étude correspond aux scores obtenus par les cas examinés dans le test de l'anxiété d'Hamilton ainsi que l'ensemble de leurs réponses à l'entretien, susceptibles d'en indiquer la présence.

## **4. Intérêt du choix du thème :**

Nous avons choisi de traiter ce thème « L'anxiété chez les mères ayant un enfant autiste » car c'est un thème d'actualité, indiquer les difficultés que ces mamans rencontrent avec leurs enfants autistes et aussi de montrer ce qu'ils peuvent faire pour soutenir leurs enfants autistes.

## **5. Objectifs de la recherche :**

- Permettre aux mères d'enfants autistes de s'exprimer sur leur vécu, notamment par rapport à la situation de leurs enfants.
- Décrire le degré de l'anxiété chez les mères des enfants autistes.
- Acquérir des connaissances sur l'anxiété et l'autisme.

# *Chapitre I : Autisme*

**Préambule :**

L'autisme est avant tout un trouble de la communication entraînant des désordres aux niveaux de l'attention, de la perception, de l'association, de l'intention, de l'émotion de l'imitation, du contact social, de la cognition, du langage pouvant aller de la désorganisation à l'absence totale.

D'autres courants de recherche théorique ont pris une importance croissante dans de le domaine de la compréhension du développement normale et pathologique de l'enfant : biologie, psychologie, développementale, science cognitives ....

Aujourd'hui l'autisme est vu comme un trouble développemental aux origines multifactorielles, notamment génétique, qui débute avant l'âge de 3 ans et se manifeste par des anomalies dans les domaines suivant :

- Les interactions sociales.
- La communication verbale et non verbale
- les comportements avec des gestes répétitifs, stéréotypés.

**1- Aperçu historique de trouble du spectre de l'autisme (TSA) :**

L'autisme est un trouble de description relativement récente. En effet, ce n'est qu'en 1943 que, psychiatrie américaine d'origine autrichienne Leo Kanner sous le nom d'autisme infantile des particularités de comportement de certaines enfants : tendance à l'isolement, besoin d'immuabilité et retard de langage (Catherine, Frédérique, 2012, p.3)

Le psychiatre Léo kanner est responsable de la découverte de l'autisme en 1943, ou il a découvert, pour la première fois, chez onze enfants « d'intelligence normale », les troubles autistiques du contact affectif. L'intuition de kanner est d'avoir une médecine psychiatrique particulière à l'enfant, complexifiée par son développement et la singularité de l'histoire psychoaffective et éducative de l'enfant.il est chargé de la première clinique de psychiatrie pour enfants aux États-Unis en 1930.cinq ans plus tard, il édite en anglais le premier manuel de psychiatrie infantile. Les « troubles autistiques du contact affectif » sont publiés treize ans plus tard et son un véritable bouleversement dans le domaine psychiatrique anglo-saxon de l'époque. Même si ces enfants ont des troubles variés, kanner remarque chez tous une tendance à se replier sur soi. Ce repli se manifeste dans divers domaines « émotionnels » : la relation avec autrui, la communication verbale, le temps (ils ont besoin de « de ne pas être perturbés » « de ne pas être modifiés »). À fin caractériser cet état commun, il utilise la

dénomination d'un symptôme, « l'autisme » qui renvoie au repli sur soi décrit dans la schizophrénie par un autre psychiatre, Eugen Bleuler, trente ans plus tôt. Ce symptôme de la schizophrénie sera sans doute à l'origine de la confusion qui existe depuis longtemps entre autisme et schizophrénie, non seulement dans le public, mais aussi chez les psychiatres : la question d'une entité commune à la schizophrénie et à l'autisme en tant que troubles schizophrénique précoce sera définitivement abandonnée dans les années 1980 à l'échelle internationale. (Dominique, 2014).

Dans la seconde moitié du xx siècle, les avancées techniques favorisent une exploitation des connaissances éparses ainsi que des nouvelles pistes de recherche en pathologie mentale : la biologie cellulaire, la biochimie, la physiologie cérébrale, la psychologie cognitivo-comportementale... Ces terrains de recherche tentent d'établir une meilleure compréhension du trouble autistique et de ses origines (Dominique, 2014, p.90).

Actuellement Le terme « d'autisme » est utilisé pour désigner un trouble du développement altérant essentiellement les interactions sociales et la communication. Parler « d'autisme infantile », « d'autisme infantile précoce » ou encore « d'autisme de l'enfant » (Carole, Bruno, 2003, p.11).

## 2- Définition de l'autisme :

-Les déficiences intellectuelles sont des troubles du développement dans lesquels c'est la sphère du développement cognitif qui est le plus atteinte. Dans les troubles spécifiques du développement c'est selon le cas le langage (Dysphasie de langage ou de parole), la motricité (dyspraxie de développement) ou les apprentissages scolaires (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie) qui peuvent être affectés. Regroupées sous l'appellation « troubles envahissants du développement » (Bertrand, 2008, p.30).

-**Selon le dictionnaire de la psychologie** : repliement excessif sur soi, entraînant un détachement de la réalité et une intensification de la vie imaginative. Le terme « autisme » vient de grec « auto » qui signifie « soi-même » (N. Sillamy, 1999, p.31).

-**Selon l'OMS** : L'OMS définit l'autisme comme un trouble envahissant du développement (TED) caractérisé par un développement anormal ou déficient manifesté avant l'âge de trois ans avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines

suivant : Interaction sociale réciproque, communication, comportement ou caractère restreint ou répétitif.

**-Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, révisé (DSM-IV-R) :**

Les troubles envahissants du développement (TED) sont caractérisés par des déficits sévères et une altération envahissante de plusieurs secteurs du développement, capacités d'interactions sociales réciproques, capacités de communication, ou par la présence de comportement, d'intérêts et d'activités stéréotypés. Les déficiences qualitatives, qui définissent ces affections sont en nette déviation par rapport au stade de développement ou à l'âge mental du sujet, ces troubles apparaissent habituellement au cours des premières années de la vie et sont souvent associés à un certain degré de retard mental. Ils sont parfois associés à des affections médicales générales (par exemple : anomalies chromosomiques, lésions structurelles du système nerveux central, maladies infectieuses, maladies infectieuses congénitales).

### **3-Épidémiologie :**

Les études épidémiologiques récentes affichent un taux de prévalence de 0,6 %, il y a trente ans, l'autisme était considéré comme une maladie rare avec un taux de prévalence d'environ 0,004, d'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un tel accroissement ne signifie pas que la maladie ait augmenté. (Rogé, 2004, p.39).

#### **4-La prévalence de l'autisme :**

La prévalence, c'est-à-dire le nombre de cas d'autisme par rapport à la population générale, est obtenu à partir des recherches épidémiologiques qui sont menées sur de grands échantillons, dans différents pays, afin de fournir des données concordantes sur la fréquence du syndrome dans la population.

Bien que les chiffres relatifs à l'autisme soient faibles et fournis sur la base d'études rigoureuses, il faut les prendre avec une certaine relativité dans la mesure où l'autisme est un syndrome aux formes multiples, dont la fréquence peut varier selon que l'étude inclut, ou non, les différentes formes de troubles du spectre autistique dans ce calcul de la prévalence.

Ainsi, l'incidence de l'autisme est de 2 à 5 enfants pour 10 000 naissances pour les formes d'autisme typique (de Kanner). Mais, si l'on considère l'ensemble des troubles du spectre autistique, on compte alors 15 à 20 personnes atteintes pour 10 000. Ceci donne pour la population française une prévalence comprise entre 30 000 et 80 000 personnes atteintes selon

une définition plus ou moins stricte de syndrome. Le sexe ratio est en faveur des garçon :4 garçons atteintes pour une fille, Ceci évoque une participation génétique liée au chromosome x ou encore des hypothèses hormonales(testostérone). Enfin, il semblerait que les filles autistes soient plus sévèrement touchées que les garçons avec un handicap mental plus lourd ; ce qui laisserait à nouveau supposer des soubassements organogénétiques. (C.Tardif. B, Gepner.2003, p. 23).

## **5-Les différentes formes de l'autisme :**

### **5-1-L'autisme infantile :**

Trouble envahissant du développement, dans lequel un développement anormal ou déficient est observé avant l'âge de trois ans, Les perturbations du fonctionnement se manifestent dans les domaines des interactions sociales, de la communication et du comportement, qui est répétitif et lié à des intérêts restreints, l'expression des déficits se modifie avec l'âge, mais ces déficits persistent à l'âge adulte. L'autisme peut s'accompagner des niveaux intellectuels très variables, mais il existe un retard intellectuel significatif dans environ 75% (Roge, 2004, P 14).

### **5- 2-L'autisme atypique :**

Trouble envahissant du développement, qui se distingue de l'autisme infantile par l'âge d'apparition des troubles, ou parce qu'il ne correspond pas à l'ensemble des trois groupes de critères, une prise en charge est requise pour établir le diagnostic d'autisme infantile, les recours à cette catégorie de diagnostic se justifie par le fait que chez certains enfants les troubles Apparaissent au-delà de 3 ans, mais cela reste rare, ou que les anomalies sont trop discrètes, voire absentes dans un des trois secteurs normalement atteints dans l'autisme (interactions sociales, communication, comportement). (Roge, 2003, p.15).

### **5-3- Syndrome de Rett :**

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

caractéristiques sont la perte de la motricité volontaire des mains, l'apparition de mouvements stéréotypés de torsion des mains et l'hyperventilation). (Roge, 2003, p.15).

#### **5-4-Syndrome d'asperger :**

Le Syndrome d'Asperger (abrégé en SA ou bien AS en anglais), est un Trouble envahissant du développement (TED) apparenté à l'autisme, et parfois appelé autisme « de haut niveau ».il a été utilisé pour la première fois par la psychiatre anglaise Lorna Wing en 1981, en référence aux travaux de Hans Asperger, psychiatre et pédiatre autrichien, les capacités intellectuelles, bien que parfois anormales, sont d'un bon niveau.

Ce syndrome regroupe des sujets aux signes autistiques nets, mais qui ne présentent que très peu de retard de langage ; et qui ont même parfois des facultés étonnantes dans ce domaine, bien que l'on retrouve des anomalies,(notamment concernant l'emploi des pronoms) concernant la motricité, un retard modéré dans l'âge de la marche est fréquent, de même qu'un manque d'habileté dans les jeux, des troubles légers de l'équilibre, et parfois des anomalies dans la motricité fine sont notées, Comme l'écriture, et surtout lorsque cela implique une coordination des deux mains des stéréotypies gestuelles sont parfois présentes, notamment à l'occasion d'un stress. (Roge, 2003, p.32).

#### **5-5- Troubles désintégratif de l'enfance :**

Trouble envahissant du développement qui ne correspond pas au syndrome de Rett et dans lequel une période de développement normal est observée avant l'apparition du trouble. Cette période est suivie d'une perte très nette, et en quelque mois, des performances déjà installées dans différents domaines du développement. Simultanément apparaissent des anomalies de la communication, des relations sociales, et du comportement. La détérioration peut être précédée de trouble à types d'opposition, de manifestations anxieuses ou d'hyperactivité .Puis s'installe un état régressif avec perte du langage. (Roge, 2003, p.15).

#### **5-6-Classification des troubles autistiques :**

Dans cette classification appartient aux troubles envahissants du développement (OMS, 1993). Les différentes catégories correspondant à des caractéristiques spécifiques sont les suivantes :

- **Selon DSM 5 :**

**-L'autisme infantile :**

Trouble envahissant du développement dans lequel un développement anormal ou déficient est observé avant l'âge de trois ans. Les perturbations du fonctionnement se manifestent dans les domaines des interactions sociales, de la communication et du comportement qui est répétitif et lié à des intérêts restreints. L'expression des déficits se modifie avec l'âge, mais ces déficits persistent à l'âge adulte. L'autisme peut s'accompagner de niveaux intellectuels très variables, mais il existe un retard intellectuel significatif dans environ 75% des cas. (Rogé B., 2003, P. 14).

**-L' autisme atypique :**

Trouble envahissant du développement qui se distingue de l'autisme infantile par l'âge d'apparition des troubles ou parce qu'il ne correspond pas à l'ensemble des trois groupes de critères diagnostiques requis pour établir le diagnostic d'autisme infantile. Le recours à cette catégorie diagnostique se justifie par le fait que chez certaines enfants les troubles apparaissent au delà de 3ans, mais cela reste rare, ou que les anomalies sont trop discrètes, voire absentes dans un des trois secteurs normalement atteints dans l'autisme (interactions sociales, communication, comportement) (Rogé B., 2003, p. 14-15).

**-Syndrome de Rett :**

Trouble décrit principalement chez les filles .Il se caractérise par une première période de développement apparemment normale ou presque normale, suivie d'une perte partielle ou totale du langage et de la motricité fonctionnelle des mains, associée à une cassure du développement de la boîte crânienne dont le résultat est une stagnation du périmètre crânien.

Le début de ce type de trouble se situe entre 7et 24 mois. Les signes les plus caractéristiques sont la perte de la motricité volontaire des mains, l'apparition de mouvements stéréotypés de torsion des mains, et l'hyperventilation. (Rogé B., 2003, p. 15).

**- Autre trouble désintégratif de l'enfance :**

Trouble envahissant du développement qui ne correspond pas au syndrome de Rett et dans lequel une période de développement normal est observée avant l'apparition du trouble. Cette période est suivie d'une perte très nette, et en quelques mois, des performances déjà installées dans différents domaines du développement. Simultanément apparaissent des anomalies de la communication, des relations sociales, et du comportement. La détérioration

peut être précédée de trouble à type d'opposition, de manifestation anxieuse ou d'hyperactivité. Puis s'installe un état régressif avec perte du langage. (Roge.B, 2003, p. 15).

### **-Syndrome d'asperger :**

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

### **• Selon CIM-10 :**

#### **-L'autisme infantile :**

L'autisme infantile est caractérisé par :

-un développement altéré, manifesté avant l'âge de trois ans et une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants :

- Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques,
- Altérations qualitatives de la communication,
- Comportement au caractère restreint, répétitif et stéréotypé,

Le trouble s'accompagne souvent de nombreuses autres manifestations non spécifiques, par exemple, des phobies, des perturbations du sommeil et d'alimentation, des crises de colère et des gestes auto agressifs. (BERTRAND.J, 2008, p.32).

#### **-L'autisme atypique :**

L'autisme atypique diffère de l'autisme infantile, cette catégorie doit être utilisée pour classer un diagnostique d'un développement anormal ou altéré, il se manifeste après l'âge de trois ans et ne présente pas des manifestations pathologiques suffisantes, dans un ou deux des trois domaines psychologiques nécessaires pour le diagnostic d'autisme (interaction sociale) réciproque, communication, comportement restreint, stéréotypé et répétitif) ; il existe toutefois des anomalies caractéristiques dans l'un ou l'autre de ces domaines, l'autisme atypique survient le plus souvent chez les enfants ayant un retard mental profond et un trouble spécifique sévère de l'acquisition du langage, de type répétitif(BERTRAND.J, 2008, p.33).

#### **- Syndrome de Rett :**

Ce trouble décrit uniquement chez les filles, caractérisé par un développement initial apparemment normal, suivi d'une perte partielle ou complète du langage, de la marche et de

l'usage des mains, associé à un ralentissement du développement crânien et survenant habituellement entre sept et vingt-quatre mois. La perte des mouvements volontaires des mains, les mouvements stéréotypés de torsion des mains et une hyperventilation, est caractéristique de ce trouble. Une apraxie se manifeste à partir de l'âge de quatre ans. Le trouble entraîne presque toujours un retard mental sévère (BERTRAND.J, 2008, p.34).

### **-Syndrome d'asperger :**

Ce trouble est caractérisé par une altération qualitative des interactions sociales réciproques, associée à un répertoire d'intérêts et d'activités restreints, stéréotypés et répétitifs. Il se différencie de l'autisme essentiellement par le fait qu'il ne s'accompagne pas d'un déficit ou trouble du langage, ou développement cognitif. Les anomalies persistent souvent à l'adolescence et à l'âge adulte. Le trouble s'accompagne parfois d'épisodes psychotiques au début de l'âge adulte. (BERTRAND.J, 2008, p.34).

## **6- Les signes cliniques :**

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

### **6-1- Anomalie Qualitatives des interactions sociales :**

Les anomalies touchent particulièrement les comportements non verbaux utilisés classiquement pour entrer en contact avec les autres. Les signaux non verbaux qui permettent de régler l'interaction sont absents ou ne sont pas utilisés correctement. L'utilisation de regard est ainsi souvent déviante : le contacte oculaire est absent, le regard transfilant (le regard semble traverser l'interlocuteur), ou le regard est périphérique (la personne regarde de côté), et le regard n'est pas coordonné avec les autres signaux sociaux. Les 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 social et cela peut être trompeur. L'adulte qui stimule l'enfant en le balançant ou en le faisant tourner obtient momentanément le contact visuel et des mimiques de plaisir qui répondent en fait à la

stimulation physiques plus qu'à la présence sociale de l'adulte. L'expression gestuelle est appauvrie. Les gestes (ex: pointé du doigt), lorsqu'ils existent, sont rarement utilisés dans un but sociale de partage d'intérêt ou de demande d'aide. L'enfant pointe en direction de l'objet convoité mais ne cherche pas le regard de l'adulte pour faire participer celui-ci à la situation.

La faible compréhension des expressions des autres entrainer une difficulté à s'harmoniser avec eux et à partager sur le plan émotionnel. L'enfant est donc isolé, ne recherchant pas le contact des autres et particulièrement des enfants de son âge, il ne parvient pas à développer de jeux sociaux avec les autres enfants et ne s'adapte aux situations de groupe. Lorsque l'intérêt social se développe, les modes d'entrée en communication sont maladroits et l'enfant ne parvient pas à maintenir l'échange durablement. L'interaction sociale avec les adultes peut être meilleure dans la mesure où ceux -ci s'ajustent à l'enfant et facilitent donc la situation pour lui (Rogé, 2003, p .23)

### **6-2- Anomalie 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'autres 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. Lorsqu'un langage apparait, il se développe en générale tardivement et comporte des anomalies :

- écholalie immédiate : l'enfant répété en écho ce que l'adulte dit. Il peut par exemple répéter une question qui lui est posée au lieu d'y répondre. L'adulte demande : " tu veux boire ? " et l'enfant dit " tu veux boire ? " au lieu de fournir une réponse. Cette absence d'inversion des pronoms et la confusion entre le " je " et le " tu " montre que la fonction d'outils de communication qu'à le langage n'est pas comprise :

- écholalie différée : des mots ou phrases qui ont capté l'attention de l'enfant dans une situation donnée vont être répétés dans un autre contexte ou ils n'ont plus le sens. Par exemple, l'enfant répété 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 propre. L'expression verbale peut comporter des anomalies du rythme, de l'intonation et du volume. Même lorsque le langage est élaboré, il est peu utilisé socialement : la personne

---

autiste initie peu de conversation à caractère purement sociale (pour le plaisir de bavarder) et a du mal à soutenir une conversation qui ne concerne pas directement ses propres intérêts.

Les conduites d'imitation à caractère sociale se mettent difficilement en place, les jeux symboliques de " faire semblant " sont absent ou apparaissent tardivement. Lorsqu'ils sont appris à partir de répétitions avec un adulte, ils gardent un aspect plutôt répétitif et peu créatif par exemple l'enfant a appris à donner à manger à la poupée et il ne pourra pas varier de comportement. Il continue à donner à manger à la poupée et il ne pourra pas varier de comportement. Il continue à donner à manger quand on veut lui faire mimer le comportement de donner à boire. (Rogé. 2003, p 25).

### **6-3- Intérêt restreints, Comportement répétitifs :**

L'enfant oriente son intérêt vers un objet ou un type d'objets à l'exclusion des autres. Les plus souvent, les objets qui retiennent ainsi son attention sont utilisé dans des activités répétitives : objet rond que l'enfant fait tourner, brindille qu'il agite devant ses yeux, agitation de ficelles, transvasement d'eau ou de sable. C'est parfois seulement une partie de l'objet qui capte l'attention.

Les activités répétitives concernant aussi le corps. On peut observer des balancements, des postures anormales ou des mouvements de mains ou de bras Postures et mouvements complexes du corps peuvent se combiner surtout dans les formes sévères d'autisme. L'enfant peut par exemple poser la tête au sol et se balancer dans cette position, s'enrouler dans les pieds d'un meuble dans une posture que d'autres jugeraient inconfortable, se glisser dans un endroit où son corps sera comprimé. Les changements sont mal supportés et l'enfant affectionne les activités routinières. Il peut insister pour utiliser le même itinéraire ou pour que l'on fasse les choses de la même manière. Des arrangements ou alignement d'objets sont aussi observés. À côté de ses troubles qui constituent les critères principaux de diagnostic, d'autres anomalies peuvent être relevées. (Rogé. 2003, p. 25).

## **7-Les causes de l'autisme :**

### **7-1- Facteurs génétiques :**

Les recherches génétique ont été suggérés par Leo Kanner lui-même puisqu'on 1954 il pose la question sur l'existence d'un trouble constitutionnel ou génétique de l'autisme ayant pour conséquence un défaut relationnel entre l'enfant et le monde environnant.

Grace aux recherches sur les jumeaux (monozygote, dizygote) et les familles les chercheurs ont confirmé, en particulier, un déterminisme génétique, ces premiers argument prouvant une quasi-certitude que les facteurs génétiques étaient les cause de l'autisme.

En effet les chercheurs ont montré que pour les monozygotes lorsque l'un des enfants est atteint l'autisme l'autre risque à 70% d'être lui aussi atteint d'autiste ou de troubles apparentés. Pour les faux jumeaux, lorsque l'un est atteint d'autisme le risque pour l'autre est de 4% donc comme dans une fratrie sans jumeaux.

Comme il existe d'autres arguments en faveur d'une attente génétique dans l'autisme notamment :

- Le fait que l'autisme soit significativement associe à des pathologies chromosomiques comme le syndrome d'X fragile (qui s'exprime par un retard mental).
- La sclérose tubéreuse de Bournonville (maladie neurodégénérative identifie sur le plan génétique)
- Laphénycétonurie (maladie métaboliqueégalement d'origine génétique).

Les recherches en génétiques sont longues et couteuses, mais elles devraient dans les années à venir apporter des informations décisives pour la compréhension étiopathogénique des désordres autistiques. Les résultats de ces études génétiques doivent également servir à conseiller les familles avec un enfant autiste dans le cadre du conseil génétique.

### **7-2- Les facteurs environnementaux :**

Comme nous l'avons souligné, les facteurs de risque environnementaux de l'autisme sont à considérer ici au sens large. Il s'agit de revoir les événements de l'environnement prénatal du fœtus et de l'environnement postnatal du nourrisson, qui ont pu contribuer à l'apparition d'un syndrome autistique chez l'enfant.

### **7-2-1- Facteurs anti-conventionnels :**

Quelques études épidémiologiques ont permis de retrouver parmi les mères d'enfants autistes un pourcentage significativement augmenté par rapport à la population générale de femmes ayant été exposées dans le cadre de leur profession à des agents chimiques toxiques (comme le benzène) avant la conception de leur enfant. Nous ne savons pas précisément comment ont pu agir ces agents chimiques aient un impact putatif sur la lignée des cellules reproductrices de la mère. D'autres facteurs toxiques encore non identifiés pourraient être impliqués. Dans cet exemple, nous voyons qu'un facteur de risque environnemental touchant la mère pourrait avoir un impact sur son génome et celui de sa descendance, et donc qu'il est parfois artificiel de différencier radicalement facteurs endogènes et facteurs exogènes.

Il est considéré que ces antécédents maternels comme des conditions favorisant une dépression maternelle au cours d'une grossesse ultérieure, une dépression qui pourrait constituer un facteur de risque psycho-organique d'autisme (C. Tardif & B. Gepner, 2003, P.61).

### **7-2-2- Facteurs anténatals :**

La contamination de la mère par des agents infectieux, notamment les virus de la rubéole ou le cytomégalovirus, contractés pendant la grossesse, pourrait augmenter le risque de survenue d'autisme chez son enfant, soit par effet toxique direct sur les neurones du fœtus, soit par effet lésionnel indirect. Il semble aussi, que la survenue d'hémorragies utérines et de menace de fausses couches centrées sur le deuxième trimestre de la grossesse soient plus fréquentes chez les mères d'enfants autistes.

Le mécanisme d'atteinte du fœtus pourrait être de nature lésionnelle directe, mais n'exclurait pas, selon certains, des facteurs psycho-organiques tels que le stress ou la dépression maternelle avec répercussion sur le fœtus.

### **7-2-3- Facteurs périnatals :**

Selon certaines études épidémiologiques, des états de souffrance du nouveau-né, ayant entraîné une mise en couveuse, semblent plus fréquentes dans les antécédents périnatals d'un enfant autiste que dans la population générale. De même, une prématurité ou une post maturité semblent plus fréquentes dans les antécédents d'un enfant autiste que dans les antécédents d'enfants tout venant.

#### **7-2-4- Facteurs postnatals (ou néo-natals) :**

Des infections postnatales par le virus de l'herpès, de la rougeole ou des oreillons sont impliquées dans certains cas d'autisme.

Il est possible que certaines carences environnementales majeures sur les plans éducatif et affectif, comme celles dont sont victimes les enfants élevés en pouponnière en Roumanie, soient un facteur de risque de syndromes autistique. En effet, de telles carences semblent produire dans un pourcentage extrêmement élevé de cas, un trouble du développement de l'enfant très ressemblant à l'autisme. (C. Tardif & B. Gepner, 2003, p.62).

#### **8-Diagnostique d'autisme et évaluations :**

A ce stade de présentation de l'autisme dans sa complexité et sa diversité clinique, le lecteur aura compris que le diagnostic est une étape cruciale pour tous ceux, parents et professionnels, qui vont avoir à accompagner l'enfant au long de son développement. Ce diagnostic nécessite non seulement un recours aux classifications que nous avons préalablement évoquées mais aussi aux divers outils d'évaluations, compléments indispensables pour affiner ce diagnostic clinique et le préciser dans ces diverses dimensions. Ainsi, l'évaluation diagnostique représente la première étape d'un processus d'évaluation multidimensionnelles réalisées par des professionnels complémentaires dans leurs investigations afin d'aboutir à l'image la plus précise possible de l'enfant au moment où il est vu. (C. Tardif & B. Gepner, 2003, p.25).

##### **8-1 Diagnostic Différentielle :**

- **Avant l'âge de 3 ans :**

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

**C civit ** : La c civit  peut poser des difficultés de diagnostic, notamment chez les plus jeunes.

**Trouble de langage** : dysphasique et autiste ont en commun le retard de langage, les troubles de la parole (expression et pour certains d'entr'eux, des troubles de la compréhension des sons et du langage oral). Certains enfants dysphasiques peuvent développer secondairement des troubles de la relation sociale. Il y a donc des cas limites de diagnostic complexe. Mais le plus

souvent les enfants dysphasique différent clairement des enfants autistique par leur capacité a communiqué par les gestes et les expressions.

**Retard mental :** autisme et retard mental ne sont pas exclusif l'un de l'autre. Nombre d'enfants autistes ont un retard parfois important. Mais d'une part leur fonctionnement intellectuel est plus hétérogène et diffère de celui des enfants retardés de même niveau (retard simple) car les troubles ne concernent pas de façon équivalente les différentes fonctions psychologique (mémoire, catégorisation, abstraction, etc.) d'autre part chez les autistes les troubles du contact et de la communication sont au premier plan avec les comportements bizarres et stéréotypes.

**Dépressions et carences affectives :** elles ont pour fois être confondues avec l'autisme en raison de l'apathie, de retrait, du refus de contact. Mais la symptomatologie dépressive du jeune enfant fait suite a un changement repérable dans son environnement et l'analyse sémiologique montre que les capacités de communications sont préservées.

- **Après l'âge de trois ans :**

**Retard mental et autisme :** la majorité des enfants autistes, 75 % se compliquent d'un retard mental, c'est-à-dire un quotient de développement inférieure à 70 selon les définitions des classifications nosographiques internationales.

L'autisme et le retard mental peuvent évoluer ensemble selon plusieurs paramètres /Intensité des troubles : Plus le retard est important plus il masque l'autisme .Pourtout il existe des cas d'enfants autistes très retardés (polyhandicapés) par ex.( (Ould Taleb , 2019, P.118).

## **9- L'évaluation de l'anxiété :**

L'évaluation de l'anxiété peut être réalisée par l'utilisation d'échelle d'évaluation. Il en existe une multitude, mais le choix se fonde essentiellement sur les qualités psychométriques .Nous présentons les échelles les plus utilisées.

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

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

-L'échelle d'anxiété STAI-Y de Spielberger, L'inventaire d'anxiété état-trait (State Trait Anxiety Inventory ou STAI) est une échelle d'auto-évaluation. Son originalité réside dans la possibilité de quantifier de façon indépendante l'anxiété actuelle au moment de la passation (l'anxiété –état) et le tempérament anxieux habituel du sujet (l'anxiété trait). La forme Y a été validée et étalonnée sur plus de 5000 sujets.

-L'échelle HAD est un auto-questionnaire structuré de 14 items développé par Zigmond et Snaih (1983) pour dépister les manifestations psychopathologiques les plus courantes. (Graziani, 2003, p.93-94).

## **10- La prise en charge d'autisme :**

### **10-1 La prise en charge médicamenteux :**

Aire l'état de la question des médicaments dans l'autisme n'est pas facile car les données en pharmaco-épidémiologie sont rare et les études peuvent présenter des résultats opposer pour un même essai médicamenteux. Néan-moins, un fait et certain : il n'existe pas de pharmacologie spécifique pour l'autisme et pas de médicaments dont on puisse affirmer qu'il ait montré leur efficacité curative dans les troubles autistiques.

Ainsi, les médicaments ont toujours été considérés dans l'autisme comme secondaire, comme un traitement d'appoint avec des objectifs symptomatiques.

### **10-2 Les prises en charges thérapeutiques :**

Les psychothérapies, sont multiples, elles peuvent être individuelles ou groupales, et elles peuvent être utilisées assez diversement, pour agir sur les troubles du comportement, sur l'éveil sensoriel, sur les perceptions corporelles, sur les capacités de jeux, sur les fonctions instrumentales, elles peuvent être médiatisées par des supports (jeux, peinture, musique...etc.) pour permettre à l'enfant de communiquer à partir d'un intérêt particulier.

#### **La psychothérapie individuelle :**

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

**-Les thérapies familiales systémiques :**

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 de communications, et les rôles des uns et des autres au sein de la famille, elles peuvent être utiles pour la fratrie dans ses liens, et mode d'échange avec leurs parents et leur frère ou sœur autiste. . (C.Tardif & B.Gerpner, 2003, p.109).

**- Les thérapies cognitives comportementales (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, 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 les techniques très codifiées. (C.Tardif & B. Gerpner, 2003, p.109).

**-La thérapie institutionnelle :**

C'est la méthode, utilisée dans les établissements du secteur médico-social, et hospitalier, consiste à prendre en charge l'enfant dans sa globalité au sein d'une équipe pluridisciplinaire, l'institution est alors posée comme un espace de rencontre, un cadre protecteur et protégé, assurant une fonction contenante (au sens de Bion) est un espace transitionnel (au sens de Winnicott).La personne est généralement prise en charge dans des séances individuelles mais aussi de groupe, lors d'ateliers . (C.Tardif & B. Gerpner, 2003, p.109).

**10-3 La prise en charge éducative :**

La prise en charge éducative regroupe un ensemble de méthodes et de stratégies d'enseignement appliquées 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 enfants autistes peuvent le suivre en partie ou en totalité ,notamment les enfants avec un syndrome d'asperger, mais le but est bien plus de leur donner des outils pour mener une vie aussi indépendante que possible, pouvoir s'occuper seul de façon constructive, et participer à la vie de leur entourage avec des moyens de communication et d'intégration socialement adaptés.

Dans ces prises en charge, la part consacrée aux activités ciblant le développement cognitif et celle visant d'avantage le développement socio-affectif, sensoriel, ou

psychomoteur. Il existe souvent des ajustements nécessaires l'or des prises en charge, entre les concepts de base et leur application en fonction de l'environnement de l'enfant, du pays, de la culture. On peut dire que le prototype des prises en charges éducatives de l'autisme est basé sur l'approche TEACCH développé les années 65-70 (Schopler et al, 1888), axé sur l'éducation et la rééducation des personnes autistes à partir d'évaluation de leur niveau de développement et de fonctionnement. Elle insiste sur le travail de structuration de l'environnement pour créer des repères, sur l'importance de la visualisation des indices pertinents pour mieux les sélectionner et les traiter, sur l'individualisation des programmes pour chacun (PEI : programme éducatif individualisés), sur la collaboration des parents au projet de leur enfants, 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. (C.Tardif &B. Gerpner, 2003.p. 114).

#### **10-4 Programme de TEACCH :**

La Division TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children : Traitement et éducation des enfants avec autisme et autre handicaps de la communication), créée aux États-Unis il y a maintenant plus de trente ans a été reconnue officiellement comme programme d'État en 1972. Depuis cette date la Caroline du Nord offre donc un ensemble de service aux personnes autistes et à leur famille en proposant un suivi qui commence au moment du diagnostic et se poursuit jusqu'à l'âge adulte. L'éducation adaptée aux particularités des personnes autistes est considéré comme l'outil essentiel à la progression vers l'autonomie et bien-être à toutes les étapes de la vie. TEACCH représente un modèle au niveau international et de nombreux pays l'ont repris avec succès. TEACCH n'est pas simplement une méthode comme certains esprits réducteurs se plaisent à le présenter. Il s'agit d'un vaste programme d'Etat qui s'efforce de répondre la plus complètement possible aux besoins des personnes atteintes d'autisme. (Bernadette Rogé, 2015, p.182).

#### **10-5 Programme ABA :**

Le programme ABA (Applied Behavior Analysis) est inspiré des théories de l'apprentissage. Les travaux de Lovas ont été les premiers à faire connaître cette approche dans le domaine de l'autisme (1987, 1988). L 'objectifs de ce programme est de développer le répertoire des comportements adaptatifs et sociaux et de contrôler les troubles du

---

comportement en utilisant la répétition et le renforcement des comportements souhaités (D, YVON, 2014, p.166).

### **Synthèse :**

L'autisme a été connu de nombreuse évaluation depuis sa première description, mais malheureusement, la cause des troubles envahissants du développement reste inconnue. Les études actuelles suggèrent que ces troubles sont associé à des facteurs génétiques qui implique le développement du cerveau dès le plus jeune âge .Néanmoins, il n'y a pas de méthode précise pour traiter l'autisme. Plusieurs types de traitement bien adaptés aux enfants atteints, nécessitant une collaboration étroite entre les professionnels et les parents en charge.

Dans ce chapitre, nous avons tenté de présenter de manière générale ce qu'est l'autisme, comment le reconnaître et quelle sont les méthodes de prise en charge utilisées couramment pour favoriser un épanouissement notable chez les personnes atteintes.

## *Chapitre II : Anxiété*

---

## Préambule :

L'anxiété est une émotion qui se manifeste par des phénomènes physiques et psychologiques et qui bouleverse la vie quotidienne. Elle est fréquemment associée à la peur, le stress, l'inquiétude.

Dans ce chapitre, nous commencerons par définir les concepts précédents afin d'éviter toute confusion terminologique, puis on va focaliser sur l'anxiété.

### 1-Aperçu historique d'anxiété :

L'anxiété à l'arrivée a été décrite dans l'Antiquité .Hippocrate, inventeur de la médecine moderne, appelé « ancho » comme sensation corporelle la tension ainsi que l'anxiété psychologique.

De plus, il semble que ce n'est qu'au XIXe siècle que l'on a pu ignorer l'inquiétude .Plus précisément, le philosophe danois Kierkegaard a soutenu que l'anxiété est une condition humaine inhérente et un moteur de doute anxiété et perception parfois radicalement différentes. Le renfort médical et psychologique de l'anxiété ne fait que commencer fin du XIX siècle. De Costa (1971) personnalise le « cœur agité », d'un point de vue purement médicale, il s'agit d'un trouble neurologique. En fait, il ne s'agit que d'un exemple isolé de symptôme cardiovasculaire du trouble anxieux.tel que nous étudierons plus lois.

A la suite de Costa, de nombreux successeurs ont cherché avec persistance à différencier divers degrés de rupture radicale avec les représentations purement somatique que nous possédons. Cependant, notre compréhension du fonctionnement complexe de la psyché s'est élargie au fil du temps .Quelques année seulement après de Costa Freud (1895) positionnait l'anxiété comme un élément centrale du fonctionnement psychique humain. Ses théories, bien que complexes, approfondissent les complexités de l'esprit humain. Les discipline de Freud ont une compréhension limitée de certains aspects contradictoires mon domaine d'intérêt particulière réside dans le domaine de l'anxiété des adultes, avec un accent particulière sur la découverte des éléments fondamentaux qui façonnent le développement de l'enfant. (Guy, 2005).

Ce n'est en effet que dans les années (1960), que la réflexion psychiatrique dans ce domaine s'est réactivée avec la découverte des tranquillisants de la classe de benzodiazépines, les premières publications sur les attaques de paniques et les controverses qui en sont nées.

Les années (1970) ont été essentiellement marquées par la découverte de l'existence de récepteurs cérébraux aux benzodiazépines (1977). Enfin la parution de DSM III provoque depuis une dizaine d'année une intense réflexion sur les troubles anxieux. Ces derniers paraissent en effet des terrains de confrontation importants, ou la question de la validité de la référence analytique et particulièrement posée. (B.Gury, 1993, P.38).

## **2- Définition de l'anxiété :**

### **2.1. Etymologiquement :**

L'anxiété est, au sens étymologique du terme, une agonie, c'est-à-dire une lutte où je me débats contre le monde et moi-même, dans une atmosphère néfaste de danger, de peur, d'impuissance, d'inconnu et de mystère, où je me sens pantelant et perplexe, désarçonné. (Henry EY, 2006, P 381).

### **2.2 Selon le grand dictionnaire de la psychologie :**

L'anxiété : (de la latine *anxiété* qui signifie serrer) est définie comme un état émotionnel de tension nerveuse, de peur forte, mal différencié et souvent chronique, prédisposition d'une personne au état anxieux (Bloch & coll, 1991, p.70).

### **2-3 Selon Graziani :**

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

## **2. Les différents concepts de l'anxiété :**

### **2.1 Angoisse :**

Ensemble de sentiments et de phénomènes affectifs caractérisé par une sensation interne d'oppression et par la crainte réelle ou imaginaire d'un malheur grave ou d'une grande souffrance devant lesquels on sent à la fois démuni et totalement impuissant à se défendre. (Block, 1999, p.57).

## **2.2 Le stress :**

Etymologiquement, le stress est un terme anglo-saxon, il est un phénomène complexe qui implique des dimensions biologiques, psychologiques et comportementales, contrairement à l'aspect négatif que laisse apparaître généralement cette notion de stress, il faut rappeler qu'un certain niveau de stress naturel et même indispensable à la vie. (Fischer, 2002, p.115).

## **2.3 L'inquiétude :**

L'inquiétude et l'anxiété ne se sépare pas qu'au plant de l'intensité, beaucoup plus fort dans l'anxiété, on devrait distinguer deux catégories d'inquiétude : l'une qui sait sa motivation, l'autre qui est l'inquiétude en générale, dont les poètes et les philosophes ont fait une inspiration première et qui d'ailleurs puis souvent dans un fond d'anxiété personnelle. (Légal, 1995, p.4).

## **2.4 La peur :**

Etat émotionnel spécifique, susceptible d'être soumis au conditionnement et de jouer un rôle motivateur.

On appelle conditionnement de peur un conditionnement qui est supposé s'exercer sur un état interne, la peur, et non directement sur une réaction. (Block, 1999, p.57).

## **2.5 La dépression :**

Maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur. S'accompagnant parfois d'anxiété, la dépression entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale de fatalité désespérante et parfois l'entraîne à des ruminations délirantes à thème de culpabilité, d'indignité, d'autodépréciation, prouvent le conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser. (Block, 1999, p.256).

## **3. Les troubles d'anxiété :**

Les troubles anxieux constituent un groupe d'atteinte très communes. Ils peuvent être graves, mais tout à fait traitables. Ils affectent le comportement, les pensées, les sentiments et la perception physiques. Le concept de troubles anxieux regroupe plusieurs entités distinctes : (Palazzolo, J., 2007, p.63).

### **3.1 Phobie spécifiques :**

Il s'agit d'une peur intense, permanente et irrationnelle d'un objet ou d'une situation spécifique, menant à l'événement de cet objet ou de cette situation, durant depuis 6 mois. Cette peur interfère de manière significative avec le fonctionnement scolaire, familial et social et/ou entraîne une souffrance marquée et/ou des événements, ce qui permet de la distinguer des peurs normalement présentes au cours du développement. (Bouvard, 2021, p.32-37).

### **3.2 Anxiété de séparation :**

L'anxiété de séparation est le premier trouble anxieux apparaissant dans le développement.

Il s'agit d'une anxiété excessive et inappropriée par rapport au stade de développement, concernant la séparation des personnes auxquelles l'enfant est attaché (parents ou équivalents parentaux) ou d'avec la maison, pendant au moins 4 semaines. Cette anxiété est source d'une détresse significative et/ou d'une altération du fonctionnement social, familial ou scolaire. (Bouvard, 2021, p.32-37).

### **3.3 Anxiété généralisée :**

Il s'agit d'anxiété et de préoccupations excessives, non réalistes, survenant la plupart du temps et durant au moins 6 mois, concernant des événements ou activités de la vie quotidienne. (Bouvard, 2021, p.32-37).

### **3.4 Trouble panique :**

Selon le DSM-5, une attaque de panique correspond à la survenue soudaine d'une anxiété, d'une peur, d'une malaise intense, en dehors de tout danger réel, qui atteint son acmé en quelques minutes et dont la durée est brève (moins de 20 minutes). Les symptômes doivent inclure quatre ou plus des éléments suivants : palpitations, transpiration, tremblement, sensation de souffle coupé ou d'étranglement, douleur ou inconfort thoracique ou abdominale, nausées, sensation de vertige, déréalisation ou dépersonnalisation, peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou, peur de mourir, sensation d'engourdissement ou de picotement, frissons et bouffées de chaleur. (Bouvard, 2021, p.32-37).

### **3.5 Anxiété sociale :**

L'anxiété sociale est un des troubles anxieux les plus fréquents, le début se situe autour de 11 à 12 ans en moyenne, mais elle est décrite dès l'âge de 6 ans. Longtemps négligée ou ignorée, pouvant être à l'origine de complications psychiatriques graves à l'âge adulte (alcoolisme chronique, consommation de toxique, dépressions), elle est depuis les années 1990 dépistée de façon plus systématique. (Bouvard, 2021, p.32-37).

### **3.6 Les troubles obsessionnels compulsifs :**

Les caractéristiques essentielles du Trouble obsessionnel-compulsif sont des obsessions ou des compulsions récurrentes, qui sont suffisamment sévères pour entraîner une perte de temps (c.-à-d. elles prennent plus d'une heure par jour) ou un sentiment marqué de souffrance ou une déficience significative. A un certain moment de l'évolution du trouble, la personne a reconnu que les obsessions ou les compulsions étaient excessives ou déraisonnables. Les obsessions sont des idées, des pensées, des impulsions ou des représentations persistantes qui sont vécues comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une souffrance importante. La qualité intrusive et inappropriée des obsessions a été souvent qualifiée « d'égo dystonique ». Cela fait référence au sentiment du sujet concernant le contenu des obsessions, leur caractère étranger, hors de son propre contrôle et ne correspondant pas au type de pensées qu'il ou elle s'attendrait à avoir. Cependant, le sujet est capable de reconnaître que les obsessions sont le produit de son esprit et ne sont pas imposées de l'extérieur (comme dans l'insertion de la pensée).

Les compulsions sont des comportements répétitifs (p. ex., se laver les mains, rangé dans Un certain ordre, vérifier) ou des actes mentaux (p. ex., prier, compter, répéter des mots de manière silencieuse) dont le but est de prévenir ou de réduire l'anxiété ou la souffrance et non de procurer plaisir ou satisfaction. Dans la plupart des cas, le sujet se sent poussé à accomplir une compulsion pour réduire la souffrance qui accompagne telle obsession ou pour prévenir un événement ou une situation redoutée. (DSMI, 2005, p.525-52)

## 4. Les symptômes anxieux :

L'anxiété s'exprime dans deux registres : psycho-comportemental et somatique.

### 4.1. Les symptômes psycho-comportementaux :

- L'anxiété est une émotion désagréable qui se traduit par une sensation subjective de malaise, de tension interne.
- Les pensées de l'anxiété sont généralement centrées vers l'avenir .Il s'inquiète facilement pour lui-même ou pour ses proches.
- L'activité cognitive et intellectuelle forge des scénarios catastrophique dont les thèmes sont des échecs (professionnels ou affectifs), la survenue d'une maladie, d'un accident mortel, des problèmes financiers.
- Lors de certains états anxieux aigus, le patient peut vivre des expériences de dépersonnalisation (sentiment de se sentir étranger à son propre corps) et/ou de déréalisation (perte de l'intimité avec le monde environnement habituel).
- Les perturbations cognitives et l'inhibition de la pensée, à un certain seuil d'intensité anxieuse, trouvent une traduction dans l'altération des performances du sujet.
- L'inhibition anxieuse est aussi comportementale, elle peut être dans certains cas masquée par une agitation improductive et désordonnée, ou des comportements marqués par une certaine agressivité. (Palazzolo, 2007, p.62).

### 4.2 Les symptômes somatiques :

Ils sont très variés et ne seront que brièvement évoqués. Tous correspondent en effet à un hyper –fonctionnement du système nerveux autonome, soit :

- au niveau cardio-vasculaire : tachycardie, trouble mineurs du rythme cardiaque (notamment des extrasystoles bénignes avec pauses compensatoire qui donnent quelque fois l'impression à l'anxieux que son cœur va s'arrêter), douleur pré-cardiales(le patient redoute de «faire un infarctus»), modifications labiles de la tension artérielle :
- Sur le plan respiratoire : les signes vont d'une discrète oppression à des sensations plus intenses d'étouffement, voire de «souffle coupé».

- Sur le plan digestif : sensation de «boule dans la gorge» (qui peut gêner l'alimentation), nausées, diarrhée.

-Sur le plan neuromusculaire : tension musculaire quelque fois douloureuse (notamment céphalées postérieures dites de «tension»), tremblements, paresthésies, bourdonnements d'oreilles.

- Sur le plan vasomoteur : hypersudation, pâleur, bouffées vasomotrices.

-La présence de signes somatiques est constante lors des états anxieux. (Palazzolo, 2007, p.62).

### 5- Les causes de l'anxiété :

IL n'y a pas de cause unique qui explique le développement et l'apparition de problèmes anxieux.

- **Les facteurs prédisposant** :se définissent comme des caractéristiques d'un individu qui le rendent plus susceptible de développer un trouble anxieux .Ces caractéristiques ne causent pas directement le problème anxieux :certains individus peuvent en effet présenter tous ces facteurs sans développer de trouble, tandis que d'autres personnes, par contre développent un trouble anxieux sans que l'on ne retrouve de facteurs prédisposants. Ainsi, la présence d'un trouble ou plusieurs de ces facteurs chez une personne ne constitue pas un gage de développement du trouble ,mais augmente le risque qu'elle en soit affectée. En générale, les éléments prédisposants des différents troubles anxieux sont : une vulnérabilité biologique, l'influence du milieu familial, certains traits de la personnalité, des stressors importants ou chroniques durant l'enfance.

- **Les facteurs précipitant** : peuvent prendre la forme d'un traumatisme, d'un stressor psychosocial ou d'un stressor chronique .Il peut s'agir de causes psychiques réelles par exemple : la crise d'hypoglycémie, la grossesse, agression, complications médicales. Il y a également les stressors psychosociaux qui précipitent souvent la première manifestation anxieuse anormale par exemple : le divorce, perte d'emploi, mort ou maladie d'un proche .Les stressors chroniques ont plus de chance de déclencher des manifestations anxieuses anormales quand l'individu est constamment anxieux et quand il vit un stress majeur qui dure depuis longtemps et qui affecte son fonctionnement, par exemple :les problèmes conjugaux ,conflits de travail, maladie. (Ladouceur & coll., 1999, p.4).

## **6-Les types d'anxiété :**

### **6-1 Anxiété état :**

L'anxiété d'état est la réponse comportementale dérivant de la perception d'une menace. Cette émotion naît avec la perception de la menace et disparaît avec cette menace. (Bouvard. M et Cottraux. J, 1996, p.103).

### **6-2 Anxiété-trait :**

L'anxiété trait est par contre une prédisposition à répondre sur un mode anxieux et, plus précisément la tendance à répondre par la peur à des stimuli stressant. (Graziani, 2003, p.12).

## **7- L'anxiété du normale au pathologie :**

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 physiologiques, psychologiques, 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. A partir d'un certain degré, l'anxiété devient pathologique dans le sens où elle devient pénible et envahissante et, au contraire, inhibe et entrave le sujet dans son adaptation face au monde environnant. (Servent. D, 2012, p.4-5).

## **8- Les modèles théoriques explicatifs de l'anxiété :**

Plusieurs modèles explicatifs de l'anxiété ont été élaborés

### **8.1 Théories biologique :**

On peut résumer brièvement la théorie biologique explicative de l'anxiété on :

- Un dérèglement du système d'adaptation métabolique et respiratoire avec hypersensibilité à des modifications du CO<sub>2</sub> et du pH sanguins (conséquence de l'hyperventilation).

- Dysfonctionnement noradrénergique avec hypersensibilité aux stimuli. (Palazzolo, 2007, p.64).

## **8.2 Théorie cognitivo- comportementale :**

L'anxiété est considéré comme secondaire à l'inhibition autre le vécu subjectif désagréable, elle comprend une véritable hyperactivité psychique à 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 probablement d'origine cognitive ? Les différentes symptômes somatiques ressentis par le patient font l'objet d'une interprétation catastrophique cette interprétation pathologique est source d'une anxiété. (Naoun Ronan. 2007, p. 777).

D'après les théories cognitivo-comportementale, l'anxiété est une réponse émotionnelle apprise, entretenue, déclenchée face à certains stimuli environnementaux accaparants une capacité anxiogène. Ce conditionnement va diffuser des situations comparables mais de moins en moins précises, généralisant les craintes et multipliant les expériences douloureuses. Dans certains cas, un individu peut même s'avérer capable d'apprendre par imitation une réponse émotionnelle observée chez des proches exposés à des situations pathogènes. Les théories comportementales et cognitives issues de ces modèles théoriques ont donnés lieu à de nombreux protocoles thérapeutiques contrôlés dont les résultats sont patents dans le cadre du traitement des troubles anxieux (Debray & Grager et Azais, 2010, p.162).

## **8.3 Théories psychanalytique :**

Freud a élaboré successivement deux théories de l'angoisse : la première théorie en (1895) est économique : l'angoisse est conçue comme la résultante d'une rétention de la pulsion sexuelle, soit par répression (exigence du surmoi), soit par insatisfaction (privation, frustration). Or que la deuxième théorie en (1926) définit l'angoisse : comme fonction biologique génétique, elle est le signal de l'effraction d'une problématique automatique liée à un conflit intrapsychique, elle alerte le moi et provoque le refoulement du conflit alors que dans la première théorie c'est le refoulement qui créé l'angoisse.

Après Freud, de nombreux auteurs ont apporté leurs propres contributions telles que BOWLBY.J a montré que lorsqu'un bébé est séparé durablement de sa mère, il développe

successivement trois types de réaction : protestation, désespoir, détachement. KLEIN.M a proposé une compréhension de l'attaque de panique inspirée des travaux de BOWLBY.J, la crise anxieuse correspondant à une phase de protestation par rapport à une angoisse de séparation inconsciente. (Palazzolo, 2007, p.65).

## **10. La prise en charge du sujet anxieux :**

Il existe de nombreuses façons de traiter l'anxiété et, selon chaque thérapie, nous subdivisons le traitement de l'anxiété en deux parties : le traitement médicamenteux et le traitement non médicamenteux.

### **10.1 La prise en charge médicamenteuse du sujet anxieux :**

Deux types de relaxation sont essentiellement utilisés en pratique : le training autogène et la relaxation musculaire progressive.

#### **-Les benzodiazépines :**

Les benzodiazépines sont un groupe de médicaments fréquemment utilisés dans le traitement des troubles anxieux. Les benzodiazépines utilisées actuellement agissent sur presque tous les GABA du cerveau, et ont de nombreuses autres actions en plus de leur portée anxiolytique. Elles ont un effet sédatif, un effet myorelaxant, un effet anticonvulsivant et un effet amnésiant (entraînant une amnésie essentiellement antérograde). Elles entravent par ailleurs la coordination motrice. De plus, elles potentialisent sérieusement l'action sédatrice de l'alcool. (Palazzolo, 2007, p.71.72).

**- L'hydroxyzine (Atarax) :** Indiquée dans le traitement de l'anxiété, l'hydroxyzine agit sur les récepteurs histaminergique, mais également sur les récepteurs sérotoninergiques. Parfois utilisée en prémédication sédatrice (anesthésie, examens paracliniques anxiogènes). Bien souvent préférée aux benzodiazépines en raison de l'absence de dépendance et de tolérance, elle n'a pas d'effet déprimeur cortical mais inhibe l'activité de certaines régions subcorticales. Ainsi, elle est sur le plan clinique à l'origine d'un apaisement émotionnel et d'une légère sédation bien utile en cas d'anxiété patente. (Palazzolo, 2007, p.72.73).

#### **-La buspirone (Buspar) :**

La buspirone est principalement indiquée dans le traitement de l'anxiété généralisée. Elle est cependant peu utilisée en raison d'un effet anxiolytique modéré et long à atteindre (2à4 semaines). Elle ne provoque quasiment pas de sédation, pas d'atteinte de la mémoire ou

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

**-L'etifoxine (Stresam) :**

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

**• Les carbamates :**

Le chef de file de cette famille chimique est le méprobamate (Equanil), utilisé depuis 1955. Les carbamates ont trois propriétés principales ; ils sont à la fois anxiolytiques, sédatifs et myorelaxants. Le méprobamate est prescrit en cas d'anxiété, mais il peut également être utilisé en prémédication sédatrice (anesthésie, examens paracliniques anxiogènes) et dans le cadre de contractures douloureuses réflexes.

Son action s'effectue par une inhibition sous-corticale au niveau de la formation réticulée et du thalamus. C'est donc un anxiolytique par diminution de l'excitabilité du système limbique. Il peut entraîner des dépendances, et à fortes doses il est hépatotoxique. (Ibid., 2007, p.73)

**- Les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) et les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline**

**(IRSNA) :**

Ces antidépresseurs ont un délai d'action plus long que celui des benzodiazépines, ils n'agissent qu'au bout de 15 jours-3 semaines. En revanche, leur efficacité semble durer plus longtemps que celle des benzodiazépines, qui s'arrête après un ou deux mois. Ces médicaments sont aujourd'hui le traitement de choix de trouble anxieux, car ils sont en général bien tolérés (les effets indésirables les plus courants sont nausées légères, qui ont tendance à s'atténuer en moins d'une semaine), ils n'entraînent pas de dépendance, pas d'accoutumance et ne sont pas sédatifs. Il faut les voir comme un traitement de fond de l'anxiété. (Ibid., 2007, p.74).

**- Les antidépresseurs tricycliques :**

La plupart des antidépresseurs tricycliques permettent de réduire les symptômes de l'état de stress post-traumatique, et certains constituent des traitements efficaces des TOC. Les antidépresseurs tricycliques ont besoin généralement de deux à trois semaines pour faire leur effet. Les principaux effets indésirables sont prise de poids, une somnolence, une sécheresse de la bouche, des vertiges, des tremblements et des atteintes des fonctions sexuelles

**-Les bêtabloquants :**

Ils sont principalement utilisés pour réduire certains des symptômes physiques de l'anxiété, comme la tachycardie, la transpiration et les tremblements, et pour contrôler l'anxiété dans des situations de stress social. Ils sont souvent prescrits chez des individus de la phobie sociale. (Ibid., 2007, p.73.74).

**10.2 La prise en charge non médicamenteuse :****10.1.1. Les thérapies comportementales et cognitives :**

Parmi les approches thérapeutiques qui s'occupent de la prise en charge des troubles anxieux, les thérapies comportementales et cognitives (TCC) sont aujourd'hui le traitement qui a montré le plus d'efficacité. Les TCC sont construites sur la base des résultats obtenus par la recherche en psychologie expérimentale. Elles représentent l'application de la psychologie scientifique et de méthodologie expérimentale à la psychothérapie (Cottraux, 1990 et 2001) leur permettant d'élaborer une modélisation théorique et une modification des troubles psychologique.

Il existe deux grands modèles qui ont façonné et qui façonnent encore aujourd'hui les TCC : il s'agit d'une part, des théories de l'apprentissage (conditionnement classique et opérant, apprentissage vicariant) et d'autre part, des théories de la psychologie cognitive (traitement de l'information, processus cognitif, organisation de la mémoire, structures conscientes et inconscientes...) qui constituent la dernière phase de développement de cette approche (Graziani, 2003, p.70).

### 10.1.2. La relaxation :

La relaxation est une réponse physiologique antagoniste de celle d'angoisse. De ce fait ; il est difficile de concevoir des stratégies de gestion de l'anxiété qui n'intégreraient pas, sous une forme ou une autre, ce type de méthode. Elle n'est pas innée, et s'acquiert par la pratique régulière et l'utilisation adéquate de l'une des nombreuses techniques existantes : training autogène, relaxation musculaire progressive, etc. Le but de la relaxation est d'apprendre au sujet à déclencher volontairement une réponse physiologique spécifique qui neutralise les effets indésirables de l'anxiété.

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

Les autres méthodes (telles que la relaxation psychologique : relaxation psychodynamique, hypnose..., la relaxation philosophique : yoga, méditation transcendante...) (Palazzolo, 2007, p. 67).

## 11-L'anxiété dans le cadre de l'autisme :

L'anxiété a souvent été accueillie comme une fatalité dans le cadre de l'autisme. Le trouble anxieux était en effet perçu auparavant comme l'une des composantes du fonctionnement autistique. On a ainsi mis en évidence des liens de cause à effet entre les difficultés d'anticipation, la crainte du changement, les difficultés sensorielles, le manque de compréhension des situations et les réactions d'anxiété. Ce lien est souvent pertinent et la compréhension des difficultés spécifiques des personnes atteintes d'autisme permet de mettre en place des stratégies préventives. Cependant, même si l'anxiété peut être identifiée et maîtrisée dans le cadre des modalités particulières de fonctionnement des personnes atteintes d'autisme, il n'en reste pas moins qu'une partie du phénomène anxieux échappe à ce cadre explicatif. L'évolution des connaissances et des classifications a conduit à reconsidérer la symptomatologie anxieuse plutôt comme un trouble associé. Dans ce contexte des comorbidités, on a ainsi pu envisager une évaluation plus précise de l'anxiété avec des outils spécifiques et des solutions thérapeutiques additionnelles aux mesures éducatives déjà préconisées. Mais, même si certains types de psychothérapie, notamment les thérapies comportementales et cognitives, ont montré leur efficacité, des zones d'ombre subsistent en

ce qui concerne les mécanismes sous-jacents qui ont certainement un ancrage biologique. (Roge.B, 2018, p. 601- 605).

### **Synthèse :**

L'anxiété peut être considérée à la fois comme un phénomène normal qui peut aider l'organisme à s'adapter aux exigences de l'environnement, mais elle peut aussi devenir gênante, perturbant ainsi le bien-être et nécessitant une intervention médicale pour être traitée de manière appropriée.

***Chapitre III : Le cadre  
méthodologique de la recherche***

---

**Préambule :**

Ce chapitre est consacré à présenter la méthodologie de recherche en expliquant les différentes étapes suivies dans le développement de l'étude.

Pour notre thème de recherche sur l'anxiété chez les mères ayant un enfant autiste, nous avons sélectionné la méthode clinique comme la plus adaptée pour atteindre notre objectif. En ce qui concerne les outils d'investigations, nous avons opté pour l'entretien clinique semi-directif et l'échelle anxiété d'Hamilton.

**1-La pré-enquête :**

Comme nous l'avons vu lorsque nous avons traité du cycle de la recherche et de l'élaboration du problème, la pré-enquête est une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées, argumentées et justifiées. De même, la pré-enquête permet de fixer, en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels que le chercheur aura à réaliser pour vérifier ses hypothèses. Très souvent aussi, on a recours à la pré-enquête pour effectuer le choix d'instrument et le mode de construction de celui-ci (Aktouf., 2006, p.102).

La pré-enquête représente une étape très importante dans toutes les recherches scientifiques et permet de recueillir des informations sur le thème de recherche, ainsi de tester la fiabilité des hypothèses sur le terrain. Elle fait partie des premières étapes d'élaboration d'un travail de recherche, elle consiste à définir le lien entre le cadre conceptuel et les faits réels.

Tout d'abord, nous nous sommes rendus à l'association « Espérance tous contre l'autisme » à la ville de Akbou afin d'obtenir l'autorisation de la présidente de l'association pour effectuer notre stage pratique dans cette association. Ce stage s'est déroulé pendant une période d'un mois et demi, ensuite on a eu contact avec l'ensemble des éducatrices qui ont été accueillantes. Cela nous a permis d'entrer en contact avec les enfants autistes et de familiariser avec eux et d'avoir contact avec leurs mères afin de mener notre recherche.

L'objectif de la pré-enquête que nous avons réalisé était de comprendre notre terrain d'étude et de poser des questions.

---

## **2- La démarche de la recherche :**

### **2-1 La méthode clinique :**

Dans notre recherche nous avons choisi d'utiliser la méthode clinique qui est la plus adaptée pour explorer la vie des mères d'enfants atteints d'autisme par l'examen de cas.

Cette méthode a une extension de la conception et de l'application de ce qui est considéré comme une manière d'agir, de ressentir et de procéder plutôt que comme une technologie structurée. Son objectif est d'enquêter en détail sur des cas individuels. Propriétés biographiques déterminants génétique du comportement observé du sujet. (O, Aktouf, 1987).

Selon Lagache (1949) La méthode clinique est associée à une attitude méthodologique générale qui consiste à étudier des cas individuels sur une période de temps plus ou moins longue avec l'individu comme cadre de référence. Cela correspond à l'objectif de la psychologie clinique de comprendre l'humain dans sa singularité, sa situation et son évolution.

### **2-2 L'étude de cas :**

Elle est définie en tant qu'un examen approfondi d'une situation ou d'un cas spécifique. L'idée principale d'une étude de cas est d'étudier un cas de manière détaillée et approfondie à travers toutes les méthodes appropriées et disponibles. L'objectif général reste de parvenir à une compréhension la plus complète possible du cas analysé. (Friedrich-Ebert-stifung, 2016, p.20)

La méthode de l'étude de cas consiste donc à rapporter une situation réelle prise dans son contexte et à l'analyser pour voir comment apparait et est évalué le phénomène qui intéresse le chercheur.

L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de resituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie où sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relation avec l'environnement et avec l'entourage, événements présents et passés .... Le clinicien essaiera de focaliser l'analyse sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraîné la situation problématique (Chahraoui&Benony, 2003, p.125-126).

### **3- Présentation du lieu de la recherche :**

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

#### **Les objectifs de cette association :**

- L'interaction sociale totale et efficace de la personne autiste.
- Scolarisation de tous les enfants atteints d'autisme.
- Recensement du nombre d'autistes au niveau régional.
- Création d'un centre de référence pour l'autisme.
- Prise en charge des autistes adolescents et adultes en leur assurant les formations professionnelles et de postes de travail adaptés pour une vie meilleure.

### **4- La population d'étude et ces caractéristiques :**

Notre groupe d'études comprend quatre cas qui sont les mères d'enfants autistes, dont l'âge qui varie entre 29ans et 42 ans.

#### **4-1- Les critères d'homogénéité :**

- La variable sexe (féminin) est pris en considération.
- Tous les cas sont à l'âge adulte entre 29 ans et 42ans.
- Tous sont des mères d'enfants autistes.

#### **4-2- Les critères non pertinents pour la sélection :**

- Leurs niveaux socio culturel est dissemblable entre les cas, ce phénomène se répand chez toute la classe sociale.
- Nous n'avons pas pris en considération le type d'autisme des enfants car nous nous intéressons à leurs mères.

**Tableau 1: récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude :**

Les mères des enfants	M <sup>me</sup> Latifa	M <sup>me</sup> Linda	M <sup>me</sup> Yasmina	M <sup>me</sup> Salima
L'âge des mamans	29 ans	39 ans	41 ans	42 ans
Le niveau d'instruction des mamans	2 <sup>ème</sup> année moyenne	BAC	4 <sup>ème</sup> année moyenne	3 <sup>ème</sup> année moyenne
La profession des mamans	Femme au foyer	Femme au foyer	Femme au foyer	Femme au foyer
L'âge d'enfant autiste	7 ans	7 ans	8 ans	12 ans
Le sexe d'enfant autiste	Masculin	Masculin	Masculin	Masculin
La classe de l'enfant autiste dans la fratrie	Le 1 <sup>er</sup>	Le 1 <sup>er</sup>	Le 3 <sup>ème</sup>	Le 1 <sup>er</sup>

### 5- Les techniques et outil de recherche :

La technique est, comme la méthode, une réponse à un « comment » c'est un moyen d'atteindre un but, mais qui se situe au niveau des faits ou des étapes pratique.

On appelle instrument de recherche le support, l'intermédiaire particulier dont va se servir le chercheur pour recueillir les données qu'il doit soumettre. Ce support est un outil dont la fonction essentielle est de garantir une collecte d'observation ou de mesures prétendues scientifiquement acceptables et réunissant suffisamment de qualités d'objectivité et de rigueur pour être soumises à des traitements analytiques. (Aktouf, 1987, P.82).

Dans notre pratique sur le terrain, nous utilisons deux méthodes :

- l'entretien clinique semi directif.
- l'échelle d'anxiété d'Hamilton.

#### 5-1 L'entretien clinique :

L'entretien clinique est-il plus spécifiquement utilisé par les psychologues cliniciens, les psychiatres et les psychothérapeutes. Il peut avoir des objectifs différents, une visée diagnostique, une visée de recherche ou une visée thérapeutique.

L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête. Il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet dans le sens

évidement où l'on postule un lien entre le discours et les substrats psychiques (Alain Blanchet, 1997).

En clinique l'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du patient ses difficultés de vie, les évènements vécus, son histoire ses relation avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes, sa personnalité son histoire familiale.

Selon A. Blanchet donc l'entretien permet d'étudier les faits dont la parole et les vecteurs principales (étude d'action passe, de savoir sociaux des systèmes de valeurs et normes.) (Bénony & chahraoui ,1999)

### **5-2 L'entretien semi-directif :**

Le clinicien dispose d'un guide de question préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit. Bien entendu le chercheur pose une question puis laisse le sujet s'exprimer librement mais seulement sur le thème proposé. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé. (Chahraoui & Herve 1999, p.16)

### **5-3 Guide d'entretien :**

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré.

Pour créer un guide d'entretien, le clinicien commence par lire les différents thèmes et sous-thèmes abordés lors de l'échange, à partir de ces thèmes, il va préparer une liste de questions semi-ouvertes, ainsi que les relances (dans le cas où les thèmes n'auraient pas été abordés spontanément par le sujet). Une attention particulière doit être portée à la formulation des questions pour aider le sujet à donner son avis propre. Il est par exemple déconseillé d'utiliser le terme « pourquoi » qui appelle à une réponse très structurée et rationnelle et qui risque de couper le fil de la communication. (K.Chahraoui Bénony, 1999, p. 16).

C'est à partir de là que nous allons formuler notre guide d'entretien qui constitue quatre axes et dans chaque axe, on trouve des questions correspondantes :

**Axe I :** les renseignements concernant la grossesse de la mère.

**Axe II :** les renseignements concernant le vécu et de l'annonce de l'autisme de l'enfant.

**Axe III :** les renseignements concernant l'anxiété de la mère.

**Axe IV :** les renseignements concernant le côté relationnel familial et sociale.

## **4- L'échelle de l'anxiété de Hamilton :**

### **Définition du l'échelle d'anxiété :**

Selon Hardy P. et Servant D. (1999) : une échelle d'évaluation clinique consiste à standardiser l'évaluation d'une ou plusieurs caractéristiques non mesurables directement en utilisant des indicateurs des items mesurables directement. Cela permet d'attribuer une ou plusieurs valeurs numériques à la caractéristique étudiée en fonction de règle logique.

### **Historique et application :**

C'est l'échelle la plus utilisée, elle a été conçue pour être utilisée chez les patients ayant un diagnostic d'anxiété afin d'évaluer la sévérité de l'anxiété. Elle a été traduite en français par P. Pichot en 1969.

### **Mode de passation :**

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

Il comporte quatorze items correspondant à différentes manifestations de l'anxiété. Il s'agit en l'occurrence :

#### **1) Humeur anxieuse :**

Inquiétude, attente du pire, appréhension (anticipation avec peur), irritabilité.

#### **2) Tension :**

Impossibilité de se détendre, réaction de sursaut, fatigabilité, pleurs faciles, Tremblements, Sensation d'être incapable de rester en place.

#### **3) Peur :**

Du noir, des gens, D'être abandonné, Des animaux, Des grands espaces, Des transports, De la foule, Des avions, De mourir brutalement.

#### **4) Insomnie :**

Difficultés d'endormissement, Sommeil interrompu, Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil, Rêves pénibles, Cauchemars, Angoisses ou malaises nocturnes.

**5) Fonction intellectuelle (cognitive) :**

Difficultés de concentration, Mauvaise mémoire, cherche ses mots, Fait des erreurs.

**6) Humeur dépressive :**

Perte des intérêts, Ne prend plus plaisir à ses passe-temps, Tristesse, insomnie du matin.

**7) Symptômes somatique généraux (de nature musculaire) :**

Douleurs et courbatures dans les muscles, Raideurs musculaires, Sursauts musculaires, Contraction de la mâchoire, Grincements des dents, Voix mal assurée.

**8) Symptômes somatique généraux (de nature sensorielle) :**

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

**9) Symptômes cardiovasculaires :** Tachycardie, palpitations, Douleurs dans la poitrine, Battements des vaisseaux, Sensation syncopales-Extrasystoles.

**10) Symptômes respiratoires :**

Oppression, Douleurs dans la poitrine, Sensation de blocage, D'étouffement, Soupirs, Respiration rapide au repos.

**11) Symptômes gastro-intestinaux :**

Difficultés pour avaler , vents - Dyspepsie : douleurs avant ou après les repas , Sensation de brûlure , ballonnements , nausées , vomissements , creux à l'estomac , "coliques" abdominales , Borborygmes , Diarrhée , Constipation .

**12) Symptômes génito-urinaires :**

Règles douloureuses ou anormales, Troubles sexuelles (impuissance, frigidité), Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses.

**13) Symptômes du système nerveux autonome :**

Bouché sèche, accès de rougeur, pâlir, vertiges, Maux de tête.

**14) Comportements lors de l'entretien :**

- général : Mal à l'aise, agitation nerveuse, tremblements des mains, Front plissé, Faciès tendu, Augmentation du tonus musculaires, pâleur faciale.
- physiologique : avale sa salive, Eructation, Palpitations au repos, Accélération respiratoire, Réflexe tendineux vifs, Dilatation pupillaire, Battements des paupières.

**Cotation :**

Au cours de l'échelle d'anxiété de Hamilton, le praticien évalue chaque item et attribue à chaque fois une note comprise entre 0 et 4.

-la note 0 est donnée lorsque le symptôme est absent.

-la note 1 correspond à une présence très légère.

-la note 2 est attribuée lorsque l'intensité de la manifestation est moyenne.

-la note 3 correspond à une forte présence du symptôme.

-la note 4 est donnée lorsque le symptôme est très aigu, envahissant et invalide le patient.

**Norme :**

<17 =anxiété légère

De 18 à 24 =anxiété légère à modérée

De 25 à 30 =anxiété modérée à grave

30= anxiété majeur

**Synthèse :**

Dans ce chapitre nous a donné une compréhension de la démarche scientifique et de présenter notre méthode, ainsi que les techniques d'investigation. Dans le but de répondre à nos objectifs de recherche et de vérifier nos hypothèses.

## ***Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses***

## **Préambule :**

Ce chapitre résume notre travail lors du stage pratique à l'association « Esperance » Akbou. Nous avons analysé et interprété des données de l'entretien clinique et des résultats de l'échelle d'anxiété d'Hamilton pour confirmer et infirmer nos hypothèses de recherche.

## **1- Présentation, analyse et discussion des hypothèses :**

### **Premier cas Latifa :**

Latifa est une femme au foyer âgée de 29 ans et d'un niveau d'instruction 2ème année moyenne, mariée depuis 11 ans et mère de 04 enfants, l'aîné est un enfant autiste âgé de 7 ans.

Durant l'entretien Latifa s'est montrée calme et compréhensive, son visage paraît triste ayant presque les larmes aux yeux, mais tout de même elle a répondu à nos questions sans aucun problème.

### **1-L'analyse de l'entretien :**

Latifa nous a raconté que son mariage remonte à 2014, avec un homme qu'elle ne connaissait pas, disant un mariage traditionnel. La relation conjugale était normale, la grossesse était programmée et l'idée d'avoir un enfant est voulu par les deux conjoints. Durant la grossesse elle a vécu des problèmes avec son conjoint, cependant l'accouchement s'est passé normal, sans difficultés. À la naissance du nouveau-né, la maman n'a remarqué aucune anomalie, car il n'y avait pas de signes, elle déclare qu'au début son bébé semble normal, il prononce les premiers mots (Mama, Papa), mais à l'âge de 18 mois la maman a remarqué que son enfant arrête de prononcer ces deux mots et quand elle l'appelle il ne répond pas, il tourne les objets, il mange que des pâtes sans sauce, elle a resté dans cette situation jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de 2 ans, puis elle décide de voir un pédopsychiatre qui lui a confirmé que son enfant est autiste.

Au moment de l'annonce du diagnostic la maman était déçue et choquée, elle nous dit que : « c'est une période très difficile pour moi, je n'arrive pas à accepter que mon fils va continuer de vivre avec ce trouble », par conséquent la maman est tombée dans une dépression, décrite par la tristesse, la peur, les troubles du sommeil. Elle dit : « parfois, je me cache pour pleurer et je ne dors pas la nuit ».

La situation de l'enfant a beaucoup influencé sur la vie psychique de Latifa, dans laquelle on peut trouver des troubles de l'humeur, un caractère dépressif dû aux sentiments de déception mais aussi une perte d'intérêt lorsqu'elle déclare « je me suis isolé de mes parents et aussi de ma belle-famille », et un sentiment d'inquiétude lorsqu'elle dit : « comment va-t-il vivre si on disparaîtra un jour ? Je me pose toujours cette question », « je voyais son avenir flou ».

## 2- L'analyse des résultats de l'échelle d'anxiété d'Hamilton :

Lors de la passation de l'échelle, on n'a pas rencontré des difficultés avec Latifa, elle était à l'aise, le score obtenu est de 29 points, marqueur d'une anxiété modérée à grave avec les réponses suivantes :

Dans le 1<sup>er</sup> item « **Humeur anxieuse** » Inquiétude, attente du pire, appréhension (anticipation avec peur), irritabilité.

L'inquiétude touche des préoccupations mineures et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne.

Dans le 2<sup>ème</sup> item « **Tension** » Impossibilité de se détendre, réaction de sursaut, fatigabilité, pleurs faciles, Tremblements, Sensation d'être incapable de rester en place.

La patiente nous a répondu par la présence de ces symptômes.

Dans le 3<sup>ème</sup> item « **Craintes** » Du noir, des gens, D'être abandonné, Des animaux, Des grands espaces, Des transports, De la foule, Des avions, De mourir brutalement : La patiente nous a répondu par l'absence de ces symptômes.

Dans le 4<sup>ème</sup> item « **Insomnie** » Difficultés d'endormissement, Sommeil interrompu, Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil, Rêves pénibles, Cauchemars, Angoisses ou malaises nocturnes.

La patiente nous a répondu que son sommeil est perturbé et accompagné par des cauchemars et des rêves pénibles.

Dans le 5<sup>ème</sup> item « **Troubles de la concentration et de la mémoire** » Difficultés de concentration, Mauvaise mémoire, cherche ses mots, Fait des erreurs.

La patiente éprouve des difficultés de la mémoire et de concentration sur son travail quotidienne.

Dans le 6<sup>ème</sup> item « **Humeur dépressive** » Perte des intérêts, Ne prend plus plaisir à ses passe-temps, Tristesse, insomnie du matin.

La patiente a répondu qu'elle est souvent triste et en perte d'intérêt.

Dans le 7<sup>ème</sup> item « **Symptômes somatiques généraux : musculaires** » Douleurs et courbatures dans les muscles, Raideurs musculaires, Sursauts musculaires, Contraction de la mâchoire, Grincements des dents, Voix mal assurée.

La patiente a répondu qu'elle éprouve un peu de douleurs musculaires qu'habituellement.

Dans le 8<sup>ème</sup> item « **Symptômes somatique généraux : sensoriels** » Sifflements d'oreilles, Vision brouillée, Bouffées de chaleur ou de froid. Sensations de faibles, Sensation de picotements, de fourmis : La patiente a répondu que les sensations de pression sont fortes au point que les oreilles bourdonnent, et connaît des sensations de fourmillements de la peau et aussi de faiblesse.

Dans le 9<sup>ème</sup> item « **Symptômes cardio-vasculaires** » Tachycardie, palpitations, Douleurs dans la poitrine, Battements des vaisseaux, Sensation syncopales-Extrasystoles. : La patiente a répondu que leur présence n'est pas claire.

Dans le 10<sup>ème</sup> item « **Symptômes respiratoires** » Difficultés pour avaler , vents - Dyspepsie : douleurs avant ou après les repas , Sensation de brûlure , ballonnements , nausées , vomissements , creux à l'estomac , "coliques" abdominales , Borborygmes , Diarrhée , Constipation . La patiente à répondu que les symptômes respiratoires sont présents mais elle est toujours capable de les contrôler.

Dans le 11<sup>ème</sup> item « **Symptômes gastro-intestinaux** » Difficultés pour avaler , vents - Dyspepsie : douleurs avant ou après les repas , Sensation de brûlure , ballonnements , nausées , vomissements , creux à l'estomac , "coliques" abdominales , Borborygmes , Diarrhée , Constipation : La patiente nous a répondu par l'absence de ces symptômes.

Dans le 12<sup>ème</sup> item « **Symptômes génito-urinaires** » réglés douloureuses ou anormales, Troubles sexuelles (impuissance, frigidité), Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses : La patiente a répondu que leur présence n'est pas claire.

Dans le 13<sup>ème</sup> item « **symptômes du système nerveux autonomes** » Bouché sèche, accès de rougeur, pâlir, vertiges, Maux de tête : La patiente a répondu qu'un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents dans sa vie quotidienne.

Dans le 14<sup>ème</sup> item « **Comportement du patient pendant l'entretien** » : La patiente s'est montré anxieuse de façon marquée.

### 3- Analyse générale de l'entretien :

Après l'analyse de l'entretien avec Latifa, il y a lieu de souligner qu'elle a développé des troubles psychologiques, y compris l'anxiété, suite à l'autisme de son fils. Le score de 29 points obtenu à la passation de l'échelle d'anxiété d'Hamilton a été partiellement confirmé, ce qui signifie une anxiété allant de modérée à grave. À l'aide de l'entretien et de l'observation directe nous avons pu également confirmer cet état d'anxiété, cela peut s'expliquer par le fait que notre cas Latifa se sent incapable de faire face à la situation désespérée dans laquelle elle se trouve, par ailleurs l'état de son enfant souffrant d'autisme est une source d'anxiété et d'angoisse pour elle.

**Tableau 2: Les résultats de cas Latifa, aux items de l'échelle d'évaluation d'anxiété**

N°	Items	Réponses				
		0	1	2	3	4
01-Humeur anxieuse	Inquiétude, attente du pire, appréhension (anticipation avec peur), irritabilité.				X	
02-Tension	Impossibilité de se détendre, réaction de sursaut, fatigabilité, pleurs faciles, Tremblements, Sensation d'être incapable de rester en place.					x
03- Peur	Du noir, des gens, D'être abandonné, Des animaux, Des grands espaces, Des transports, De la foule, Des avions, De mourir brutalement.	x				
04-Insomnie	Difficultés d'endormissement, Sommeil interrompu, Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil, Rêves pénibles, Cauchemars, Angoisses ou malaises nocturnes.				x	
05-Fonction intellectuelle (cognitive)	Difficultés de concentration, Mauvaise mémoire, cherche ses mots, Fait des erreurs.			x		

06-Humeur Dépressive	Perte des intérêts, Ne prend plus plaisir à ses passe-temps, Tristesse, insomnie du matin.			x		
07-Symptômes somatiques généraux (musculaire)	Douleurs et courbatures dans les muscles, Raideurs musculaires, Sursauts musculaires, Contraction de la mâchoire, Grincements des dents, Voix mal assurée.		x			
08-Symptômes somatiques généraux (sensoriels)	Sifflements d'oreilles, Vision brouillée, Bouffées de chaleur ou de froid. Sensations de faibles, Sensation de picotements, de fourmis.				x	
09-Symptômes cardiovasculaires	Tachycardie, palpitations, Douleurs dans la poitrine, Battements des vaisseaux, Sensation syncopales-Extrasystoles.		x			
10-Symptômes respiratoires	Oppression, Douleurs dans la poitrine, Sensation de blocage, D'étouffement, Soupirs, Respiration rapide au repos.			x		
11-Symptômes gastro-intestinaux	Difficultés pour avaler, vents - Dyspepsie : douleurs avant ou après les repas, Sensation de brûlure, ballonnements, nausées, vomissements, creux à l'estomac, "coliques" abdominales, Borborygmes, Diarrhée, Constipation.	x				
12-Symptômes génito-urinaires	réglés douloureuses ou anormales, Troubles sexuelles (impuissance, frigidité), Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses.			x		
13-Symptômes du système nerveux autonome	Bouche sèche, accès de rougeur, pâlir, vertiges, Maux de tête				x	
14-Comportement lors de L'entretien	<input type="checkbox"/> <b>Général</b> : Mal à l'aise, agitation nerveuse, tremblements des mains, Front plissé, Faciès tendu, Augmentation du tonus musculaires, pâleur faciale. <input type="checkbox"/> <b>physiologique</b> : avale sa salive, Eructation, Palpitations au repos, Accélération respiratoire, Réflexe tendineux vifs, Dilatation pupillaire, Battements des paupières.				x	

**Total : 29 degré d'anxiété.**

## **Deuxième cas Yasmina :**

Yasmina est une femme au foyer âgée de 39 ans et d'un niveau d'instruction terminale, mariée et mère de 3 enfants dont l'ainé est un enfant autiste âgé de 7 ans. Amine a reçu un diagnostic de pédopsychiatrie à l'âge de 2 ans et fait partie depuis une année de l'association d'aide aux enfants autistes.

Durant l'entretien Yasmina était calme, son visage paraissait souriant ou même elle a des larmes aux yeux, mais elle a répondu à nos questions normalement.

### **1-L'analyse de l'entretien :**

Yasmina nous a raconté que son mariage remonte à 2010 avec un homme qu'elle aime, disant un mariage par amour, sa grossesse était programmée et l'idée d'avoir un enfant est voulue par les deux conjoints. Elle dit : « au début de la grossesse tout a changé, j'ai vécu des problèmes familiaux, par ce que tout le temps j'étais stressée et fatiguée ». Elle ajoute : « j'avais toujours mal à la tête à cause des conflits avec la famille de mon mari et de la consommation excessive de doliprane, malgré tout cela l'accouchement s'est passé facilement ». À la naissance du nouveau-né la maman n'a remarqué aucune anomalie car il n'y avait pas de signes, elle déclare qu'au début son bébé semble normal, il prononce les premiers mots (Mama, papa, ma grand-mère, Allah Akbar), mais à l'âge de 2 ans la maman dit que : « mon enfant ne répond pas à mes paroles, il se cogne la tête contre le mur, il se mord les mains et ne parle pas ». Après avoir remarquée tous ses signes là, elle décide de voir un pédopsychiatre qui lui a confirmé que son enfant est autiste.

Au moment de l'annonce du diagnostic la maman était traumatisée, elle nous dit: « ma peur s'est accrue lorsque le pédiatre annonce que cette maladie est difficile », par conséquent la maman est tombée dans une dépression, décrite par la tristesse, les pleurs, les troubles du sommeil, problèmes alimentaire et aussi des sentiments d'inquiétude par rapport à l'avenir de l'enfant. Elle dit : « parfois j'oublie ou je mets les choses, j'ai des problèmes de concentration et des problèmes cardiaques et une difficulté à respirer ».

## 2-L'analyse des résultats de l'échelle d'anxiété d'Hamilton :

Lors de la passation de l'échelle Yasmina était précise dans ses réponses, le score obtenu est 30 points qui sont marqueur d'une anxiété majeur. On a fini par avoir les réponses suivantes :

Dans le 1<sup>er</sup> item « **Humeur anxieuse** » Inquiétude, attente du pire, appréhension (anticipation avec peur), irritabilité. : la patiente à répondu qu'elle est dans un état d'anxiété, d'appréhension ou d'irritabilité, qui peut lui sembler difficile à contrôler, l'inquiétude touche des préoccupations mineures et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne.

Dans le 2<sup>em</sup> item « **Tension** » Impossibilité de se détendre, réaction de sursaut, fatigabilité, pleurs faciles, Tremblements, Sensation d'être incapable de rester en place.

La patiente a répondu que les tensions et l'agitation interférente constamment dans sa vie.

Dans le 3 item « **craintes** » Du noir, des gens, D'être abandonné, Des animaux, Des grands espaces, Des transports, De la foule, Des avions, De mourir brutalement.

La patiente a répondu qu'elle vit de l'anxiété phobique mais qu'elle est capable d'y lutter contre.

Dans le 4 item « **Insomnie** » Difficultés d'endormissement, Sommeil interrompu, Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil, Rêves pénibles, Cauchemars,angoisses ou malaises nocturnes.

La patiente a répondu que la durée et la profondeur du sommeil sont altérées de manière marquée.

Dans le 5 item « **trouble de la concentration et de la mémoire** » Difficultés de concentration, Mauvaise mémoire, cherche ses mots, Fait des erreurs.

La patiente a répondu qu'elle éprouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien de routine.

Dans le 6 item « **Humeur dépressive** » Perte des intérêts, Ne prend plus plaisir à ses passe-temps, Tristesse, insomnie du matin.

La patiente n'a pas répondu clairement si elle est plus abattue ou triste que d'habitude, c'est une réponse vague.

Dans le 7 item « **Symptômes somatiques généraux ; musculaires** » Douleurs et courbatures dans les muscles, Raideurs musculaires, Sursauts musculaires, Contraction de la mâchoire, Grincements des dents, Voix mal assurée

La patiente a répondu que les symptômes sont caractérisés de douleur.

Dans le 8 item « **Symptômes somatiques généraux ; sensoriels** » Sifflements d'oreilles, Vision brouillée, Bouffées de chaleur ou de froid. Sensations de faibles, Sensation de picotements, de fourmis :

La patiente a répondu que les symptômes sensoriels en général sont présent la plupart du temps et interfèrent clairement dans sa vie quotidienne.

Dans le 9 item « **symptômes cardio-vasculaires** » Tachycardie, palpitations, Douleurs dans la poitrine, Battements des vaisseaux, Sensation syncopales-Extrasystoles. : la patiente à répondu que les symptômes cardio-vasculaires sont présents mais qu'elle peut les contrôler.

Dans le 10 item « **symptômes respiratoires** » Difficultés pour avaler , vents - Dyspepsie : douleurs avant ou après les repas , Sensation de brûlure , ballonnements , nausées , vomissements , creux à l'estomac , "coliques" abdominales , Borborygmes , Diarrhée , Constipation . :

La patiente à répondu que les symptômes respiratoires sont présents mais elle est toujours capable de les contrôler.

Dans le 11 item « **symptômes gastro-intestinaux** » Difficultés pour avaler , vents - Dyspepsie : douleurs avant ou après les repas , Sensation de brûlure , ballonnements , nausées , vomissements , creux à l'estomac , "coliques" abdominales , Borborygmes , Diarrhée , Constipation:

La patiente a répondu que les symptômes sont présents la plupart du temps.

Dans le 12 item « **Symptômes génito-urinaires** » réglés douloureuses ou anormales, Troubles sexuelles (impuissance, frigidité), Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses. La patiente a répondu par l'absence de ces symptômes.

Dans le 13 item « **système nerveux automatique** » Bouché sèche, accès de rougeur, pâlir, vertiges, Maux de tête :

La patiente à répondu que plusieurs symptômes autonomes sont présents mais n'interfèrent pas dans sa vie quotidienne.

Dans les 14 items « le comportement pendant l'entretien » la patiente paraissait tendue, nerveuse, agitée, inquiète, tremblante, pâle, en hyperventilation ou en sueur pendant l'entretien, nous disons que c'est une patiente anxieuse de façon marquée.

### 3- Analyse générale de l'entretien :

Après l'analyse de l'entretien avec Yasmina, on souligne qu'elle développe des troubles psychologiques suite à l'atteinte de son fils d'autisme dont manifestement l'anxiété. Le score de 30 points obtenu à la passation de l'échelle d'anxiété majeur, le contenu de l'entretien nous a permis de confirmer l'état d'anxiété, cela peut s'expliquer par le fait que notre cas Yasmina se sent incapable d'affronter la situation dans laquelle se trouve, en effet l'état de son fils représente pour elle une source certaine de stress et d'anxiété.

**Tableau 3: Les résultats de cas Yasmina, aux items de l'échelle d'évaluation d'anxiété:**

N°	Items	Réponses				
		0	1	2	3	4
01-Humeur anxieuse	Inquiétude, attente du pire, appréhension (anticipation avec peur), irritabilité.					X
02-Tension	Impossibilité de se détendre, réaction de sursaut, fatigabilité, pleurs faciles, Tremblements, Sensation d'être incapable de rester en place.				X	
03- Peur	Du noir, des gens, D'être abandonné, Des animaux, Des grands espaces, Des transports, De la foule, Des avions, De mourir brutalement.				x	
04-Insomnie	Difficultés d'endormissement, Sommeil interrompu, Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil, Rêves pénibles, Cauchemars, Angoisses ou malaises nocturnes.				x	
05-Fonction intellectuelle (cognitive)	Difficultés de concentration, Mauvaise mémoire, cherche ses mots, Fait des erreurs.				x	
06-Humeur dépressive	Perte des intérêts, Ne prend plus plaisir à ses passe-temps, Tristesse, insomnie du matin.			x		
07-Symptômes somatiques généraux (musculaire)	Douleurs et courbatures dans les muscles, Raideurs musculaires, Sursauts musculaires, Contraction de la mâchoire, Grincements des dents, Voix mal assurée.		x			

08-Symptômes somatiques généraux (sensoriels)	Sifflements d'oreilles, Vision brouillée, Bouffées de chaleur ou de froid. Sensations de faibles, Sensation de picotements, de fourmis.			x		
09-Symptômes cardiovasculaires	Tachycardie, palpitations, Douleurs dans la poitrine, Battements des vaisseaux, Sensation syncopales-Extrasystoles.				x	
10-Symptômes respiratoires	Oppression, Douleurs dans la poitrine, Sensation de blocage, D'étouffement, Soupis, Respiration rapide au repos.		x			
11-Symptômes gastro-intestinaux	Difficultés pour avaler, vents - Dyspepsie : douleurs avant ou après les repas, Sensation de brûlure, ballonnements, nausées, vomissements, creux à l'estomac, "coliques" abdominales, Borborygmes, Diarrhée, Constipation.		x			
12-Symptômes génito-urinaires	réglés douloureuses ou anormales, Troubles sexuelles (impuissance, frigidité), Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses.	x				
13-Symptômes du système nerveux autonome	Bouche sèche, accès de rougeur, pâlir, vertiges, Maux de tête			x		
14-Comportement lors de L'entretien	<p>☐ <b>Général</b> : Mal à l'aise, agitation nerveuse, tremblements des mains, Front plissé, Faciès tendu, Augmentation du tonus musculaires, pâleur faciale.</p> <p>☐ <b>physiologique</b> : avale sa salive, Eructation, Palpitations au repos, Accélération respiratoire, Réflexe tendineux vifs, Dilatation pupillaire, Battements des paupières.</p>				x	

**Total : 30 degré d'anxiété.**

### **Troisième cas : Linda :**

Linda est une femme au foyer mariée, âgée de 41 ans et d'un niveau d'instruction 4<sup>ème</sup> année moyenne. Elle a deux enfants, le troisième âgé de 8 ans est atteint d'autisme.

Durant l'entretien Linda était calme et souriante, elle a répondu à nos questions sans aucune opposition.

#### **1- L'analyse de l'entretien :**

Linda nous a raconté qu'elle s'est mariée en 2011 avec un homme qu'elle ne connaissait pas, donc c'est un mariage traditionnel. La relation conjugale s'améliore de plus en plus, elle déclare qu'elle était bien et que la grossesse n'était pas programmée mais sans problèmes entre les deux conjoints. Ensuite l'accouchement a été facile et fluide. Quand son enfant a atteint 6 mois elle a remarqué qu'il avait des difficultés à rester debout, à l'âge de 9 mois il développe une anémie suivie d'un problème de perte de cheveux, c'est pourquoi il a pris des médicaments pendant une année complète. À l'âge de 3 ans elle pensait qu'il n'entendait pas, alors elle consulte un psychologue qui lui a confirmé que son enfant est autiste. La mère a été confrontée à de nombreux chocs mais elle a refusé de voir son enfant souffrir d'autisme, ce qui la plonge parfois dans la tension, l'oubli et le manque de sommeil.

#### **2- L'analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton :**

Lors de la passation de l'échelle on n'a pas rencontré des difficultés avec Linda, elle était à l'aise, le score obtenu est de 14 points qui est marqueur d'une anxiété légère, par les réponses suivantes :

Dans le 1<sup>er</sup> item « **humeur anxieuse** » Inquiétude, attente du pire, appréhension (anticipation avec peur), irritabilité : L'inquiétude touche des préoccupations mineures et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne.

Dans le 2<sup>ème</sup> item « **Tension** » Impossibilité de se détendre, réaction de sursaut, fatigabilité, pleurs faciles, Tremblements, Sensation d'être incapable de rester en place.

La patiente nous a répondu qu'elle n'est ni plus ni moins tendue que l'habitude.

Dans le 3<sup>ème</sup> item « **Craintes** » Du noir, des gens, D'être abandonné, Des animaux, Des grands espaces, Des transports, De la foule, Des avions, De mourir brutalement : La patiente nous a répondu par l'absence de ces symptômes.

Dans le 4<sup>ème</sup> item « **Insomnie** » Difficultés d'endormissement, Sommeil interrompu, Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil, Rêves pénibles, Cauchemars, Angoisses ou malaises nocturnes.

La patiente nous a répondu durée et profondeur du sommeil habituelle.

Dans le 5<sup>ème</sup> item « **Troubles de la concentration et de la mémoire** » Difficultés de concentration, Mauvaise mémoire, cherche ses mots, Fait des erreurs.

La patiente éprouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien de routine.

Dans le 6<sup>ème</sup> item « **Humeur dépressive** » Perte des intérêts, Ne prend plus plaisir à ses passe-temps, Tristesse, insomnie du matin.

La patiente a répondu qu'elle est souvent triste.

Dans le 7<sup>ème</sup> item « **Symptômes somatiques généraux : musculaire** » Douleurs et courbatures dans les muscles, Raideurs musculaires, Sursauts musculaires, Contraction de la mâchoire, Grincements des dents, Voix mal assurée

La patiente a répondu qu'elle éprouve un peu de douleurs musculaire qu'habituellement.

Dans le 8<sup>ème</sup> item « **Symptômes somatique généraux : sensoriels** » Sifflements d'oreilles, Vision brouillée, Bouffées de chaleur ou de froid. Sensations de faibles, Sensation de picotements, de fourmis. La patiente a répondu par l'absence de ces symptômes.

Dans le 9<sup>ème</sup> item « **Symptômes cardio-vasculaires** » Tachycardie, palpitations, Douleurs dans la poitrine, Battements des vaisseaux, Sensation syncopales-Extrasystoles. :

La patiente a répondu que leur présence n'est pas claire.

Dans le 10<sup>ème</sup> item « **Symptômes respiratoires** » Difficultés pour avaler , vents - Dyspepsie : douleurs avant ou après les repas , Sensation de brûlure , ballonnements , nausées , vomissements , creux à l'estomac , "coliques" abdominales , Borborygmes , Diarrhée , Constipation :

La patiente a répondu par l'absence de ces symptômes.

Dans le 11<sup>ème</sup> item « **Symptômes gastro-intestinaux** » Difficultés pour avaler , vents - Dyspepsie : douleurs avant ou après les repas , Sensation de brûlure , ballonnements , nausées , vomissements , creux à l'estomac , "coliques" abdominales , Borborygmes , Diarrhée , Constipation :  
La patiente nous a répondu qu'elle n'est pas claire s'il existe une différence avec le vécu habituel.

Dans le 12<sup>ème</sup> item « **Symptômes génito-urinaires** » réglés douloureuses ou anormales, Troubles sexuelles (impuissance, frigidité), Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses. : La patiente nous a répondu par l'absence de ces symptômes.

Dans le 13<sup>ème</sup> item « **Symptômes de système nerveux autonome** » Bouché sèche, accès de rougeur, pâlir, vertiges, Maux de tête : La patiente a répondu qu'un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents mais n'interfèrent pas dans la vie quotidienne.

Dans le 14<sup>ème</sup> item « Comportement du patient pendant l'entretien » : pendant l'entretien on déduit que la patiente n'est pas facile à évaluer si elle est anxieuse car s'est présentée tendu calme.

### 3-Analyse générale du cas :

Après l'analyse de l'entretien avec Linda, il y a lieu de souligner qu'elle a un certain nombre de troubles psychologiques dont l'anxiété, le score de 14 points obtenu à la passation de l'échelle d'anxiété d'Hamilton a été partiellement confirmé, ce qui signifie une anxiété allant de légère . A l'aide de l'entretien et de l'observation directe nous avons pu également confirmer cet état d'anxiété, cela peut s'expliquer par le fait que notre cas Linda s'estime dans l'incapacité d'affronter la situation dans laquelle elle se trouve, par ailleurs l'état de son fils souffrant d'autisme est une source de stress et d'anxiété pour elle.

**Tableau 4: Les résultats de cas Linda, aux items de l'échelle d'évaluation d'anxiété :**

N°	Items	Réponses				
		0	1	2	3	4
01-Humeur anxieuse	Inquiétude, attente du pire, appréhension (anticipation avec peur), irritabilité.		x			
02-Tension	Impossibilité de se détendre, réaction de sursaut, fatigabilité, pleurs faciles, Tremblements, Sensation d'être incapable de rester en place.			x		
03- Peur	Du noir, des gens, D'être abandonné, Des animaux, Des grands espaces, Des transports, De la foule, Des avions, De mourir brutalement.	x				
04-Insomnie	Difficultés d'endormissement, Sommeil interrompu, Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil, Rêves pénibles, Cauchemars, Angoisses ou malaises nocturnes.		x			

05-Fonction intellectuelle (cognitive)	Difficultés de concentration, Mauvaise mémoire, cherche ses mots, Fait des erreurs.			x		
06-Humeur dépressive	Perte des intérêts, Ne prend plus plaisir à ses passe-temps, Tristesse, insomnie du matin.		x			
07-Symptômes somatiques généraux (musculaire)	Douleurs et courbatures dans les muscles, Raideurs musculaires, Sursauts musculaires, Contraction de la mâchoire, Grincements des dents, Voix mal assurée.			x		
08-Symptômes somatiques généraux (sensoriels)	Sifflements d'oreilles, Vision brouillée, Bouffées de chaleur ou de froid. Sensations de faibles, Sensation de picotements, de fourmis.		x			
09-Symptômes cardiovasculaires	Tachycardie, palpitations, Douleurs dans la poitrine, Battements des vaisseaux, Sensation syncopales-Extrasystoles.			x		
10-Symptômes respiratoires	Oppression, Douleurs dans la poitrine, Sensation de blocage, D'étouffement, Soupurs, Respiration rapide au repos.	X				
11-Symptômes gastro-intestinaux	Difficultés pour avaler , vents - Dyspepsie : douleurs avant ou après les repas , Sensation de brûlure , ballonnements , nausées , vomissements , creux à l'estomac , "coliques" abdominales , Borborygmes , Diarrhée , Constipation .	x				
12-Symptômes génito-urinaires	réglés douloureuses ou anormales, Troubles sexuelles (impuissance, frigidité), Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses.	x				
13-Symptômes du système nerveux autonome	Bouché sèche, accès de rougeur, pâlir, vertiges, Maux de tête			x		
14-Comportement lors de L'entretien	<input type="checkbox"/> <b>Général</b> : Mal à l'aise, agitation nerveuse, tremblements des mains, Front plissé, Faciès tendu, Augmentation du tonus musculaires, pâleur faciale. <input type="checkbox"/> <b>physiologique</b> : avale sa salive, Eructation, Palpitations au repos, Accélération respiratoire, Réflexe tendineux vifs, Dilatation pupillaire, Battements des paupières.	x				

**Total : 14 degré d'anxiété**

### **Quatrième cas Salima :**

Salima est une femme au foyer âgée de 42 ans d'un niveau d'instruction 3<sup>ème</sup> année moyenne, mariée depuis 25 ans et mère de 3 enfants, elle a un garçon autiste âgé de 12 ans.

Durant l'entretien Salima s'est montré calme et compréhensive, elle a répondu à nos questions sans aucune opposition.

#### **1-L'analyse de l'entretien :**

Salima nous a raconté que son mariage remonte à 2000 avec un homme qu'elle aime disant un mariage par amour. Sa grossesse était programmée et l'idée d'avoir un enfant est voulue par les deux conjoints. Salima nous a dit : « que la grossesse s'est déroulée dans les conditions favorable et qu'il n'y avait aucun problème émouvant ». Ainsi que l'accouchement s'était passé normalement, et à terme. A la naissance du nouveau-né la maman n'a remarqué aucune anomalie, par ce qu'il n'y avait pas de symptômes, elle dit qu'au début il été un bébé normal, il prononce les premiers mots « Mama », « papa » mais à l'Age de 18 mois la maman dit que : « mon enfant a développé des gestes comme le regarde périphérique, il tourne des choses ». A l'âge de 2 ans elle décidé de voir un pédopsychiatre qui lui confirmé le diagnostic que son fils est autiste.

La réaction de Salima à l'annonce du diagnostic de son enfant était un évènement traumatique pour elle. Elle dit : « c'est un très grand choc pour moi ». Par conséquent la maman a sombré dans une dépression décrite par la tristesse, pleurs, en disant : « parfois je m'isole pour pleurer, je ne dors pas bien la nuit ». On trouve aussi de la sensibilité, elle est devenue fragile, lorsqu'elle dit « des fois je me trouve pleurant sans raison, et je m'énerve au pré de ma famille. Et aussi un sentiment d'inquiétude lorsqu'elle dit : « c'est l'avenir de mon enfant qui m'inquiète beaucoup plus...etc. je pose toujours la question, pourquoi je n'ai pas réussi à avoir un enfant normal ».

## 2. L'analyse de l'échelle de l'anxiété d'Hamilton :

Lors de la passation de l'échelle. Salima était précise dans ses réponses, le score obtenu est 31 points, marqueur d'une anxiété modérée à grave. On a fini par avoir les réponses suivantes :

Dans le 1<sup>er</sup> item « **Humeur anxieuse** » Inquiétude, attente du pire, appréhension (anticipation avec peur), irritabilité.

La patiente a répondu qu'elle est dans un état d'anxiété, d'appréhension ou d'irritabilité, qui peut lui sembler difficile à contrôler, l'inquiétude touche des préoccupations mineurs et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne.

Dans le 2<sup>em</sup> item « **Tensions nerveuse** » Impossibilité de se détendre, réaction de sursaut, fatigabilité, pleurs faciles, Tremblements, Sensation d'être incapable de rester en place

La patiente a répondu qu'elle est plus nerveuse et tendue que d'habitude.

Dans le 3<sup>em</sup> item « **craintes** » Du noir, des gens, D'être abandonné, Des animaux, Des grands espaces, Des transports, De la foule, Des avions, De mourir brutalement.

La patiente a répondu qu'elle vit de l'anxiété phobique mais elle est capable de lutter contre cette anxiété.

Dans le 4<sup>em</sup> item « **insomnie** » Difficultés d'endormissement, Sommeil interrompu, Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil, Rêves pénibles, Cauchemars, Angoisses ou malaises nocturnes.

La patiente a répondu que la durée du sommeil et sa profondeur sont altérés de manière marquée, le total des épisodes de sommeil n'est que de quelques heures sur 24 h.

Dans le 5<sup>em</sup> item « **trouble de la concentration et de la mémoire** » Difficultés de concentration, Mauvaise mémoire, cherche ses mots, Fait des erreurs.

La patiente éprouve des difficultés de la mémoire et de concentration sur son travail quotidien de routine

Dans le 6<sup>em</sup> item « **Humeur dépressive** » Perte des intérêts, Ne prend plus plaisir à ses passe-temps, Tristesse, insomnie du matin.

La patiente a répondu qu'elle n'est pas claire si elle est plus abattue ou triste que d'habitude, c'est une réponse vague.

Dans le 7<sup>em</sup> item « **Symptômes somatiques généraux: musculaire** » Douleurs et courbatures dans les muscles, Raideurs musculaires, Sursauts musculaires, Contraction de la mâchoire, Grincements des dents, Voix mal assurée.

La patiente à répondu que les symptômes sont caractérisée de douleur.

Dans le 8 item « **Symptômes somatiques généraux: sensoriels** » Sifflements d'oreilles, Vision brouillée, Bouffées de chaleur ou de froid. Sensations de faibles, Sensation de picotements, de fourmis.

La patiente à répondu que les symptômes sensoriels en général sont présent, la plupart du temps.

Dans le 9 item « **symptômes cardio-vasculaires** » la patiente à répondu que les symptômes cardio-vasculaires sont présents, mais elle peut les contrôler.

Dans le 10 item « **symptômes respiratoires** » Tachycardie, palpitations, Douleurs dans la poitrine, Battements des vaisseaux, Sensation syncopales-Extrasystoles.

La patiente à répondu que les symptômes respiratoires sont présents, mais elle est toujours capable de les contrôler.

Dans le 11 item « **symptômes gastro-intestinaux** » Difficultés pour avaler , vents - Dyspepsie : douleurs avant ou après les repas , Sensation de brûlure , ballonnements , nausées , vomissements , creux à l'estomac , "coliques" abdominales , Borborygmes , Diarrhée , Constipation

La patiente à répondu par l'absence de ces symptômes.

Dans le 12 item « **Symptômes urinaires et génitaux** » Règles douloureuses ou anormales, Troubles sexuelles (impuissance, frigidité), Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses

La patiente à répondu par l'absence de ces symptômes.

Dans le 13 item « **système nerveux automatique** » Bouché sèche, accès de rougeur, pâlir, vertiges, Maux de tête.

La patiente à répondu que a plusieurs symptômes autonomes son présents, mais n'interfèrent pas dans la vie quotidienne.

Dans 14 item « **le comportement pendant l'entretien** » pendant l'entretien, on déduit que la patiente anxieuse de façon marquée.

### **3- Analyse générale de l'entretien :**

Après l'analyse de l'entretien avec Salima, il y a lieu de souligner qu'elle a développé des troubles psychologiques, y compris l'anxiété, suite à l'autisme de son fils. Le score de 31 points obtenu à la passation de l'échelle d'anxiété d'Hamilton a été partiellement confirmé, ce qui signifie une anxiété allant de majeur à grave. À l'aide de l'entretien et de l'observation

directe nous avons pu également confirmer cet état d'anxiété, cela peut s'expliquer par le fait que notre cas Salima se sent incapable de faire face à la situation désespérée dans laquelle elle se trouve, par ailleurs l'état de son enfant souffrant d'autisme est une source d'anxiété et d'angoisse pour elle.

**Tableau 5: Les résultats de cas Salima, aux items de l'échelle d'évaluation d'anxiété :**

N°	Items	Réponses				
		0	1	2	3	4
01-Humeur anxieuse	Inquiétude, attente du pire, appréhension (anticipation avec peur), irritabilité.				X	
02-Tension	Impossibilité de se détendre, réaction de sursaut, fatigabilité, pleurs faciles, Tremblements, Sensation d'être incapable de rester en place.				X	
03- Peur	Du noir, des gens, D'être abandonné, Des animaux, Des grands espaces, Des transports, De la foule, Des avions, De mourir brutalement.			X		
04-Insomnie	Difficultés d'endormissement, Sommeil interrompu, Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil, Rêves pénibles, Cauchemars, Angoisses ou malaises nocturnes.				X	
05-Fonction intellectuelle (cognitive)	Difficultés de concentration, Mauvaise mémoire, cherche ses mots, Fait des erreurs.				X	
06-Humeur Dépressive	Perte des intérêts, Ne prend plus plaisir à ses passe-temps, Tristesse, insomnie du matin.			X		
07-Symptômes somatiques généraux (musculaire)	Douleurs et courbatures dans les muscles, Raideurs musculaires, Sursauts musculaires, Contraction de la mâchoire, Grincements des dents, Voix mal assurée.			X		
08-Symptômes somatiques généraux (sensoriels)	Sifflements d'oreilles, Vision brouillée, Bouffées de chaleur ou de froid. Sensations de faibles, Sensation de picotements, de fourmis.			X	X	

09-Symptômes cardiovasculaires	Tachycardie, palpitations, Douleurs dans la poitrine, Battements des vaisseaux, Sensation syncopales-Extrasystoles.				x	
10-Symptômes respiratoires	Oppression, Douleurs dans la poitrine, Sensation de blocage, D'étouffement, Soupirs, Respiration rapide au repos.		x			
11-Symptômes gastro-intestinaux	Difficultés pour avaler, vents - Dyspepsie : douleurs avant ou après les repas, Sensation de brûlure, ballonnements, nausées, vomissements, creux à l'estomac, "coliques" abdominales, Borborygmes, Diarrhée, Constipation.	X				
12-Symptômes génito-urinaires	réglés douloureuses ou anormales, Troubles sexuelles (impuissance, frigidité), Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses.	X				
13-Symptômes du système nerveux autonome	Bouche sèche, accès de rougeur, pâlir, vertiges, Maux de tête			x		
14-Comportement lors de L'entretien	<input type="checkbox"/> <b>Général</b> : Mal à l'aise, agitation nerveuse, tremblements des mains, Front plissé, Faciès tendu, Augmentation du tonus musculaires, pâleur faciale. <input type="checkbox"/> <b>physiologique</b> : avale sa salive, Eructation, Palpitations au repos, Accélération respiratoire, Réflexe tendineux vifs, Dilatation pupillaire, Battements des paupières.			x		

**Total : 31 degré d'anxiété**

## 2- Discussion des hypothèses :

Dans cette partie du quatrième chapitre, nous allons examiner nos idées pour répondre à la question posée dans notre étude .Pour confirmé ces hypothèses, nous nous appuyons sur les données recueillies lors des entretiens semi-directifs et de l'échelle d'anxiété d'Hamilton avec les cas mères d'enfants autistes rencontrées à l'association « Espérance ».

### **Hypothèse :**

Suite à l'analyse de l'entretien semi-directif de recherche du première cas se manifestée plusieurs symptômes de l'anxiété notamment la dépression, choc, tristesse, trouble de sommeil, sentiments d'inquiétude et la peur, la chose qui a été confirmé lors de l'entretien ou notre cas a exprimé clairement son anxiété quand elle dit : « comment va-t-il vivre si on disparaître un jour ? » et aussi elle dit : « je me pose toujours cette question, je voyais son avenir flou ». Les résultats sur l'échelle de l'anxiété d'Hamilton viennent confirmer l'état d'anxiété manifeste ou elle a obtenu le score de 29 signifiant une anxiété modérée à grave.

Le deuxième cas à manifestée plusieurs symptômes de l'anxiété dont tristesse, dépression, pleur, trouble de sommeil, larme aux yeux, sentiments d'inquiétude difficulté dans la respiration, problème de concentration, la chose qui a été aussi confirmé lors de l'entretien ou notre cas Yasmina a exprimé clairement sont anxiété quand elle dit : « parfois j'oublie ou je mets les choses ». Les résultats sur l'échelle de l'anxiété d'Hamilton viennent confirmer l'état d'anxiété manifeste ou elle a obtenu le score de 30 signifiant une anxiété majeure.

Le troisième cas à manifestée plusieurs symptômes de l'anxiété dont des troubles de sommeil, oubli, la tension, la chose qui a été aussi confirmé lors de l'entretien notre cas Linda a exprimé son anxiété quand elle dit : « elle refuse de voir son enfant souffrir d'autisme ». Les résultats sur l'échelle de l'anxiété d'Hamilton vient confirmer cet état d'anxiété manifeste ou elle a obtenu le score de 14 ce qui signifie une anxiété léger.

Le quatrième cas à manifestée plusieurs symptômes de l'anxiété dont tristesse, pleur, la sensibilité, fragilité, la nervosité, sentiment d'inquiétude, trouble de sommeil, la chose qui a été aussi confirmé lors de l'entretien de l'entretien notre cas Salima a exprimé clairement son anxiété quand elle s'est exprimé « je me pose toujours la question, pourquoi je n'ai pas réussi à avoir un enfant normal ». Les résultats sur l'échelle de l'anxiété d'Hamilton viennent confirmer l'état d'anxiété manifeste ou elle a obtenu le score de 31 signifiant une anxiété grave à majeure.

A partir les résultats que nous avons obtenus avec nos quatre cas en procédant l'échelle d'anxiété d'Hamilton, avec un score moyen de 26, classé comme modéré à grave et en tenant compte des observations et de l'analyse des entretiens, il est clair que tous les cas confirment notre hypothèse selon laquelle les mères d'enfants atteints d'autisme manifestent de l'anxiété

**Tableau 6: Tableau récapitulatif des résultats de quatre cas :**

Cas	Age	scores	Estimations
01	29 ans	29	Anxiété modéré à grave
02	36 ans	30	Anxiété majeur
03	41 ans	14	Anxiété léger
04	42 ans	31	Anxiété majeur
	Moyenne	M= 26	Modéré à grave

## *Conclusion*

## Conclusion :

L'autisme est considéré comme l'un des troubles les plus complexes et les plus difficiles auxquels chaque maman peut être confrontée, entraînant des défis importants en termes d'orientation et de prise en charge.

Notre étude a mis en évidence les conséquences de la prise en charge d'un enfant autiste. On a souligné à quel point cette responsabilité peut être exigeante, en tenant compte de la diversité, de l'intensité et de la fréquence des symptômes, et en évaluant leur impact sur la vie quotidienne. Le manque d'autonomie des enfants autistes constitue une source de stress et d'anxiété pour les mamans, mettant en lumière les principales difficultés qu'elles vivent au quotidien.

L'anxiété chez les mamans peut surgir dans diverses situations, et la santé mentale des enfants autistes accentue et aggrave leurs difficultés, confrontant les mamans à des nombreux défis au quotidien.

Dans cette recherche, nous avons posé une question et, en nous basant sur quelques lecteurs et la consultation des ouvrages ainsi qu'une pré-enquête, nous avons supposé des réponses des cas que nous avons investigués et analysés, concernant l'anxiété chez les mères ayant un enfant autiste.

Nous avons formulé une hypothèse que nous avons essayé de vérifier sur le terrain.

Dans le cadre de notre recherche sur quatre cas de l'anxiété chez les mères des enfants autistes, nous avons observé que la souffrance psychique et l'anxiété varient d'une femme à une autre, chaque cas étant unique. En utilisant des entretiens semi-directifs, nous avons pu comprendre les différences individuelles et confirmer notre hypothèse selon laquelle les mères d'enfants atteints d'autisme souffrent de l'anxiété. Ce qui a été confirmé par les quatre cas étudiés.

Enfin, cette recherche est une expérience enrichissante, qui nous a permis d'apprendre énormément sur l'anxiété chez les mères ayant un enfant autiste.

Nous espérons voir de nouvelles recherches, plus approfondies et plus poussées au sujet de l'autisme, qui est devenu un phénomène de société.

Proposer des pistes de recherche telles que l'épuisement émotionnel des mères d'enfants autistes, la résilience des parents lors de l'annonce du diagnostic, et les stratégies d'adaptation des mamans avec plusieurs enfants autistes, est une démarche importante pour élargir les connaissances sur ce sujet complexe.

## *Liste bibliographique*

## Liste bibliographique :

### Ouvrage :

- 1-Aktouf. O. (1987). Méthodologie des sciences sociales, approche quantitative des organisations, une introduction à la démarche classique et une critique, les presses universitaires. Éd les presses université de Montréal, Québec.
- 2-American Psychiatric Association.(2005). DSM-5 : Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux, Paris : Masson.
- 3- Bertrand J. (2008). Autisme, le gène introuvable de la science business. Paris : de seuil.
- 4--Bernadette. (2015). Autisme comprendre et agir. (3<sup>ème</sup> Ed).Paris: Dunod.
- 5-Bouvard, M. (2021). Traiter les troubles anxieux chez l'enfant et adolescent ( 2<sup>ème</sup> Ed).France : Dunod.
- 6-Bouvard, M, Cottraux, J. (1996). Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie. Paris, édition Masson.
- 7-Bruchon.M, Schweitzer, M. (2014). Psychologie de la santé. (2<sup>ème</sup> éd). Paris, France : Dunod.
- 8-Catherine, B-Frédérique.B. (2012) .L'autisme de l'enfance a l'âge Adulte. (2<sup>ème</sup> ed).Paris : Médecine-science.
- 9-Carole, T, bruno, G. (2003). L'autisme. Paris, Ed: Nathan
- 10-Chahraoui. KH, Bénony. H. (1999). L'entretien clinique. Paris, Dunod.
- 11-Chahraoui, KH, Bénony. H. (2003). Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique. Paris, Dunod.
- 12- Debray Q.Azais F et Ranger G, (1998). Psychologie de l'adulte. Paris, édition Masson.
- 13- Dominique, y. (2014). A la découverte de l'autisme. Paris : Dunod.
- 14-Fischer G-N. (2002). Traiter de la psychologie de la santé .Paris, édition Dunod.
- 15-Graziani, P. (2003). Anxiété et troubles anxieux .Paris : Nathan.
- 16- Guy, B. (2005). Manuel de psychopathologie. Paris : Dunod.
- 17- Ladouceur, R et coll.(1999). Les troubles anxieux approche cognitive et comportemental. Paris, Masson.
- 18- Lelord. G, Savage, D. (1990). « L'autisme de l'enfant ». Paris, édition Masson.
- 19- Madeleine. (2001). Méthode des sciences sociales. (11<sup>ème</sup> Ed).Paris: Dalloz.
- 20-Naou,R.(2007). Trouble anxieux : diversité des approches théoriques l'information psychiatrique, vol 83, N°9.

- 21--Ould Taleb, M. (2015). Manuel de pédopsychiatrie. Oran : OPU.
- 22-Palazzolo.J. (2007). Dépression et anxiété mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge. Paris, France : Masson.
- 23-Pascal, L et Joëlle et Chrystèle, B. (2007). Les troubles su développement psychologique. (.2<sup>eme</sup> Ed) Masson.
- 24- Rogé, B. (2003). Autisme, comprendre et agir .Paris : Dunod.
- 25-Rogé, B. (2004). Le syndrome d’asperger et l’autisme de haut niveau. France.
- 26-Servant, D. (2012). Gestion de stress et d’anxiété. (3<sup>eme</sup> Ed) Masson
- 27-Tardif, C, Gepner.B. (2003). L’autisme. Ed Nathan.

### **Dictionnaires :**

- 1-Alain, (1988). Lexique de la psychanalyse, A mond Colin, Ed Masson, Paris.
- 2-Sillamy.N. (1999). Dictionnaire de psychologie. Paris, Larousse

### **Site internet :**

- 1-<https://www.autisme-ressources-lr.fr>. Consulté le27/04/2024
- 2-<https://library.fes.de/pdf-files/buras/beirut/12945.pdf>. Consulter le 28/02 /2024
- 3-[https://www.Cairn.info/revue-le\\_journal-des-psychologues-2008-1-page-28.htm](https://www.Cairn.info/revue-le_journal-des-psychologues-2008-1-page-28.htm) consulter le 27 /04 /2024

# *Annexes*

## **Annexe 1 : Guide d'entretien**

### **Les informations personnelles :**

- Non ?
- Prénom ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- Travaillez-vous ?si oui quelle profession ?
- Depuis quand êtes vous marier ?
- Combien d'enfant avez-vous ?
- Quel est le classement e votre enfant ?

### **-Axe I : Les renseignements concernant la grossesse de la mère :**

- Est-ce que la grossesse été programmée ?
- A propos de la grossesse comment ça été passé ?
- Est-ce que c'set un enfant désiré ou non ?
- Durant la grossesse, avez-vous vécu des situations conflictuelles ?

### **Axe II : Les renseignements concernant le vécu de l'annonce de l'autisme de l'enfant :**

- Pouvez vous nous parlez des symptômes que vous avez remarqué et à quel âge avez-vous constaté que votre enfant atteint de ce trouble ?
- Pouvez vous nous parler de votre réaction la première fois quand on vous à annoncé le diagnostic de votre enfant ?
- Comment vivez- vous le trouble de votre enfant ?
- Pouvez vous nous parlez de votre réaction face aux crises de votre enfant ?
- Comment elle est la réaction avec votre famille, amis, voisin ? Comment ils vous voient ?

### **Axe III : Les renseignements concernant l'anxiété de la mère ?**

- Comment vous réagisse en face des comportements de votre enfant ?
- Est-ce que vous êtes inquiété ?
- Est-ce que vous attendez quelques choses de pire ?
- Est-ce que vous avez des difficultés d'endormissement ?
- Es-ce que vous êtes triste ?
- Est-ce que vous avez des troubles de respiration ?
- Est-ce que vous avez des troubles sexuelles ?comment vous sentez aux près de ton marié ?

**Axe IV : les renseignements concernant le coté relationnelle familiale et social :**

-YA t'il un changement dans votre vie relationnel de couple ?

-Est -ce que y avez de changement par apport à votre comportement ?vis-à-vis votre enfant?

Votre mariée ?

-Est -ce que votre famille à remarquer qu'il ya un changement dans votre comportement ?,

---

## **Annexe n° 2 :L'échelle de l'anxiété de Hamilton :**

### **Définition du l'échelle d'anxiété :**

Selon Hardy P.et Servant D. (1999) : une échelle d'évaluation clinique consiste à standardiser l'évaluation d'une ou plusieurs caractéristiques non mesurables directement en utilisant des indicateurs des items mesurables directement. Cela permet d'attribuer une ou plusieurs valeurs numériques à la caractéristique étudiée en fonction de règle logique.

### **Historique et application :**

C'est l'échelle la plus utilisée, elle a été conçue pour être utilisée chez les patients ayant un diagnostic d'anxiété a fin d'évaluer la sévérité de l'anxiété. Elle a été traduite en français par P. Pichot en 1969.

### **Mode de passation :**

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

Il comporte quatorze items correspondant à différentes manifestations de l'anxiété. Il s'agit en l'occurrence :

#### **1) Humeur anxieuse :**

Inquiétude, attente du pire, appréhension (anticipation avec peur), irritabilité.

#### **2) Tension :**

Impossibilité de se détendre, réaction de sursaut, fatigabilité, pleurs faciles, Tremblements, Sensation d'être incapable de rester en place.

#### **3) Peur :**

Du noir, des gens, D'être abandonné, Des animaux, Des grands espaces, Des transports, De la foule, Des avions, De mourir brutalement.

#### **4) Insomnie :**

Difficultés d'endormissement, Sommeil interrompu, Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil, Rêves pénibles, Cauchemars, Angoisses ou malaises nocturnes.

#### **5) Fonction intellectuelle (cognitive) :**

Difficultés de concentration, Mauvaise mémoire, cherche ses mots, Fait des erreurs.

#### **6) Humeur dépressive :**

Perte des intérêts, Ne prend plus plaisir à ses passe-temps, Tristesse, insomnie du matin.

**7) Symptômes somatique généraux (de nature musculaire) :**

Douleurs et courbatures dans les muscles, Raideurs musculaires, Sursauts musculaires, Contraction de la mâchoire, Grincements des dents, Voix mal assurée.

**8) Symptômes somatique généraux (de nature sensorielle) :**

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

**9) Symptômes cardiovasculaires :** Tachycardie, palpitations, Douleurs dans la poitrine, Battements des vaisseaux, Sensation syncopales-Extrasystoles.

**10) Symptômes respiratoires :**

Oppression, Douleurs dans la poitrine, Sensation de blocage, D'étouffement, Soupirs, Respiration rapide au repos.

**11) Symptômes gastro-intestinaux :**

Difficultés pour avaler , vents - Dyspepsie : douleurs avant ou après les repas , Sensation de brûlure , ballonnements , nausées , vomissements , creux à l'estomac , "coliques" abdominales , Borborygmes , Diarrhée , Constipation .

**12) Symptômes génito-urinaires :**

Règles douloureuses ou anormales, Troubles sexuelles (impuissance, frigidité), Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses.

**13) Symptômes du système nerveux autonome :**

Bouche sèche, accès de rougeur, pâlir, vertiges, Maux de tête.

**14) Comportements lors de l'entretien :**

- général : Mal à l'aise, agitation nerveuse, tremblements des mains, Front plissé, Faciès tendu, Augmentation du tonus musculaires, pâleur faciale.
- physiologique : avale sa salive, Eructation, Palpitations au repos, Accélération respiratoire, Réflexe tendineux vifs, Dilatation pupillaire, Battements des paupières.

**Cotation :**

Au cours de l'échelle d'anxiété de Hamilton, le praticien évalue chaque item et attribue à chaque fois une note comprise entre 0 et 4.

-la note 0 est donnée lorsque le symptôme est absent.

-la note 1 correspond à une présence très légère.

-la note 2 est attribuée lorsque l'intensité de la manifestation est moyenne.

-la note 3 correspond à une forte présence du symptôme.

-la note 4 est donnée lorsque le symptôme est très aigu, envahissant et invalide le patient.

**Norme :**

<17 =anxiété légère

De 18 à 24 =anxiété légère à modérée

De 25 à 30 =anxiété modérée à grave

30= anxiété majeur

**Annexe n° 3 : Résultats du premier aux items de l'échelle d'évaluation d'anxiété :**

N°	Items	Réponses				
		0	1	2	3	4
01-Humeur anxieuse	Inquiétude, attente du pire, appréhension (anticipation avec peur), irritabilité.				X	
02-Tension	Impossibilité de se détendre, réaction de sursaut, fatigabilité, pleurs faciles, Tremblements, Sensation d'être incapable de rester en place.					X
03- Peur	Du noir, des gens, D'être abandonné, Des animaux, Des grands espaces, Des transports, De la foule, Des avions, De mourir brutalement.	X				
04-Insomnie	Difficultés d'endormissement, Sommeil interrompu, Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil, Rêves pénibles, Cauchemars, Angoisses ou malaises nocturnes.				X	
05-Fonction intellectuelle (cognitive)	Difficultés de concentration, Mauvaise mémoire, cherche ses mots, Fait des erreurs.			X		
06-Humeur Dépressive	Perte des intérêts, Ne prend plus plaisir à ses passe-temps, Tristesse, insomnie du matin.			X		
07-Symptômes somatiques généraux (musculaire)	Douleurs et courbatures dans les muscles, Raideurs musculaires, Sursauts musculaires, Contraction de la mâchoire, Grincements des dents, Voix mal assurée.		X			
08-Symptômes somatiques généraux (sensoriels)	Sifflements d'oreilles, Vision brouillée, Bouffées de chaleur ou de froid. Sensations de faibles, Sensation de picotements, de fourmis.				X	
09-Symptômes cardiovasculaires	Tachycardie, palpitations, Douleurs dans la poitrine, Battements des vaisseaux, Sensation syncopales-Extrasystoles.		X			

10-Symptômes respiratoires	Oppression, Douleurs dans la poitrine, Sensation de blocage, D'étouffement, Soupurs, Respiration rapide au repos.			x		
11-Symptômes gastro-intestinaux	Difficultés pour avaler, vents - Dyspepsie : douleurs avant ou après les repas, Sensation de brûlure, ballonnements, nausées, vomissements, creux à l'estomac, "coliques" abdominales, Borborygmes, Diarrhée, Constipation.	x				
12-Symptômes génito-urinaires	réglés douloureuses ou anormales, Troubles sexuelles (impuissance, frigidité), Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses.			x		
13-Symptômes du système nerveux autonome	Bouche sèche, accès de rougeur, pâlir, vertiges, Maux de tête				x	
14-Comportement lors de L'entretien	<input type="checkbox"/> <b>Général</b> : Mal à l'aise, agitation nerveuse, tremblements des mains, Front plissé, Faciès tendu, Augmentation du tonus musculaires, pâleur faciale. <input type="checkbox"/> <b>physiologique</b> : avale sa salive, Eructation, Palpitations au repos, Accélération respiratoire, Réflexe tendineux vifs, Dilatation pupillaire, Battements des paupières.				x	

**Total : 29 degré d'anxiété.**

**Annexe n° 4 : Résultats du deuxième cas aux items de l'échelle d'évaluation d'anxiété :**

N°	Items	Réponses				
		0	1	2	3	4
01-Humeur anxieuse	Inquiétude, attente du pire, appréhension (anticipation avec peur), irritabilité.					x
02-Tension	Impossibilité de se détendre, réaction de sursaut, fatigabilité, pleurs faciles, Tremblements, Sensation d'être incapable de rester en place.				X	
03- Peur	Du noir, des gens, D'être abandonné, Des animaux, Des grands espaces, Des transports, De la foule, Des avions, De mourir brutalement.				x	
04-Insomnie	Difficultés d'endormissement, Sommeil interrompu, Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil, Rêves pénibles, Cauchemars, Angoisses ou malaises nocturnes.				x	
05-Fonction intellectuelle (cognitive)	Difficultés de concentration, Mauvaise mémoire, cherche ses mots, Fait des erreurs.				x	
06-Humeur Dépressive	Perte des intérêts, Ne prend plus plaisir à ses passe-temps, Tristesse, insomnie du matin.			x		
07-Symptômes somatiques généraux (musculaire)	Douleurs et courbatures dans les muscles, Raideurs musculaires, Sursauts musculaires, Contraction de la mâchoire, Grincements des dents, Voix mal assurée.		x			
08-Symptômes somatiques généraux (sensoriels)	Sifflements d'oreilles, Vision brouillée, Bouffées de chaleur ou de froid. Sensations de faibles, Sensation de picotements, de fourmis.			x		
09-Symptômes cardiovasculaires	Tachycardie, palpitations, Douleurs dans la poitrine, Battements des vaisseaux, Sensation syncopales-Extrasystoles.				x	

10-Symptômes respiratoires	Oppression, Douleurs dans la poitrine, Sensation de blocage, D'étouffement, Soupirs, Respiration rapide au repos.		x			
11-Symptômes gastro-intestinaux	Difficultés pour avaler, vents - Dyspepsie : douleurs avant ou après les repas, Sensation de brûlure, ballonnements, nausées, vomissements, creux à l'estomac, "coliques" abdominales, Borborygmes, Diarrhée, Constipation.		x			
12-Symptômes génito-urinaires	réglés douloureuses ou anormales, Troubles sexuelles (impuissance, frigidité), Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses.	x				
13-Symptômes du système nerveux autonome	Bouche sèche, accès de rougeur, pâlir, vertiges, Maux de tête			x		
14-Comportement lors de L'entretien	<input type="checkbox"/> <b>Général</b> : Mal à l'aise, agitation nerveuse, tremblements des mains, Front plissé, Faciès tendu, Augmentation du tonus musculaires, pâleur faciale. <input type="checkbox"/> <b>physiologique</b> : avale sa salive, Eructation, Palpitations au repos, Accélération respiratoire, Réflexe tendineux vifs, Dilatation pupillaire, Battements des paupières.				x	

**Total : 30 degré d'anxiété.**

**Annexe n°5 : Résultats du troisième cas aux items de l'échelle d'évaluation d'anxiété :**

N°	Items	Réponses				
		0	1	2	3	4
01-Humeur anxieuse	Inquiétude, attente du pire, appréhension (anticipation avec peur), irritabilité.		x			
02-Tension	Impossibilité de se détendre, réaction de sursaut, fatigabilité, pleurs faciles, Tremblements, Sensation d'être incapable de rester en place.			x		
03- Peur	Du noir, des gens, D'être abandonné, Des animaux, Des grands espaces, Des transports, De la foule, Des avions, De mourir brutalement.	x				
04-Insomnie	Difficultés d'endormissement, Sommeil interrompu, Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil, Rêves pénibles, Cauchemars, Angoisses ou malaises nocturnes.		x			
05-Fonction intellectuelle (cognitive)	Difficultés de concentration, Mauvaise mémoire, cherche ses mots, Fait des erreurs.			x		
06-Humeur Dépressive	Perte des intérêts, Ne prend plus plaisir à ses passe-temps, Tristesse, insomnie du matin.		x			
07-Symptômes somatiques généraux (musculaire)	Douleurs et courbatures dans les muscles, Raideurs musculaires, Sursauts musculaires, Contraction de la mâchoire, Grincements des dents, Voix mal assurée.			x		
08-Symptômes somatiques généraux (sensoriels)	Sifflements d'oreilles, Vision brouillée, Bouffées de chaleur ou de froid. Sensations de faibles, Sensation de picotements, de fourmis.		x			
09-Symptômes cardiovasculaires	Tachycardie, palpitations, Douleurs dans la poitrine, Battements des vaisseaux, Sensation syncopales-Extrasystoles.			x		

10-Symptômes respiratoires	Oppression, Douleurs dans la poitrine, Sensation de blocage, D'étouffement, Soupis, Respiration rapide au repos.	x				
11-Symptômes gastro-intestinaux	Difficultés pour avaler , vents - Dyspepsie : douleurs avant ou après les repas , Sensation de brûlure , ballonnements , nausées , vomissements , creux à l'estomac , "coliques" abdominales , Borborygmes , Diarrhée , Constipation .	x				
12-Symptômes génito-urinaires	réglés douloureuses ou anormales, Troubles sexuelles (impuissance, frigidité), Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses.	x				
13-Symptômes du système nerveux autonome	Bouché sèche, accès de rougeur, pâlir, vertiges, Maux de tête			x		
14-Comportement lors de L'entretien	<input type="checkbox"/> <b>Général</b> : Mal à l'aise, agitation nerveuse, tremblements des mains, Front plissé, Faciès tendu, Augmentation du tonus musculaires, pâleur faciale. <input type="checkbox"/> <b>physiologique</b> : avale sa salive, Eructation, Palpitations au repos, Accélération respiratoire, Réflexe tendineux vifs, Dilatation pupillaire, Battements des paupières.	x				

**Total : 14 degré d'anxiété .**

**Annexe n°6 : Résultats du quatrième cas aux items de l'échelle d'évaluation d'anxiété :**

N°	Items	Réponses				
		0	1	2	3	4
01-Humeur anxieuse	Inquiétude, attente du pire, appréhension (anticipation avec peur), irritabilité.				X	
02-Tension	Impossibilité de se détendre, réaction de sursaut, fatigabilité, pleurs faciles, Tremblements, Sensation d'être incapable de rester en place.				X	
03- Peur	Du noir, des gens, D'être abandonné, Des animaux, Des grands espaces, Des transports, De la foule, Des avions, De mourir brutalement.			X		
04-Insomnie	Difficultés d'endormissement, Sommeil interrompu, Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil, Rêves pénibles, Cauchemars, Angoisses ou malaises nocturnes.				X	
05-Fonction intellectuelle (cognitive)	Difficultés de concentration, Mauvaise mémoire, cherche ses mots, Fait des erreurs.				X	
06-Humeur Dépressive	Perte des intérêts, Ne prend plus plaisir à ses passe-temps, Tristesse, insomnie du matin.			X		
07-Symptômes somatiques généraux (musculaire)	Douleurs et courbatures dans les muscles, Raideurs musculaires, Sursauts musculaires, Contraction de la mâchoire, Grincements des dents, Voix mal assurée.			X		
08-Symptômes somatiques généraux (sensoriels)	Sifflements d'oreilles, Vision brouillée, Bouffées de chaleur ou de froid. Sensations de faibles, Sensation de picotements, de fourmis.			X	X	
09-Symptômes cardiovasculaires	Tachycardie, palpitations, Douleurs dans la poitrine, Battements des vaisseaux, Sensation syncopales-Extrasystoles.				X	

10-Symptômes respiratoires	Oppression, Douleurs dans la poitrine, Sensation de blocage, D'étouffement, Soupirs, Respiration rapide au repos.		x			
11-Symptômes gastro-intestinaux	Difficultés pour avaler, vents - Dyspepsie : douleurs avant ou après les repas, Sensation de brûlure, ballonnements, nausées, vomissements, creux à l'estomac, "coliques" abdominales, Borborygmes, Diarrhée, Constipation.	x				
12-Symptômes génito-urinaires	réglés douloureuses ou anormales, Troubles sexuelles (impuissance, frigidité), Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses.	x				
13-Symptômes du système nerveux autonome	Bouche sèche, accès de rougeur, pâlir, vertiges, Maux de tête			x		
14-Comportement lors de L'entretien	<input type="checkbox"/> <b>Général</b> : Mal à l'aise, agitation nerveuse, tremblements des mains, Front plissé, Faciès tendu, Augmentation du tonus musculaires, pâleur faciale. <input type="checkbox"/> <b>physiologique</b> : avale sa salive, Eructation, Palpitations au repos, Accélération respiratoire, Réflexe tendineux vifs, Dilatation pupillaire, Battements des paupières.			x		

**Total : 31 degré d'anxiété.**

Résumé :

Notre étude porte sur le phénomène de l'anxiété chez les mères d'enfants autistes. Pour ce faire, nous avons sélectionné quatre cas ayant un enfant inscrit à l'association « Espérance » pour enfants autistes à la ville d'Akbou. Nous avons procédé à l'administration d'un entretien semi-directif et de l'échelle d'anxiété d'Hamilton pour la collecte des données auprès de ces mères, ensuite on a effectué les analyses nécessaires afin de vérifier notre hypothèse. Les résultats obtenus ont montré que l'autisme de l'enfant est une source d'anxiété manifeste pour sa mère.

**Mots clé :** autisme, anxiété, mère d'enfant autiste.

**Summary:**

Our study focuses on the phenomenon of anxiety in mother of autistic children. To do this, we a child registered with the association Esperance for autistic children in the city of Akbou. We conducted a semi-structured interview and the Hamilton Anxiety scale to collect data from these mothers, and then performed the necessary analyses to test our hypothesis. The results showed that the child's autism is a source of obvious anxiety for his mothers.

**Key words:** Autism, Anxiety, Anxiety in mothers of children with autism.