



Université Abderrahmane mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

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 de l'enfant atteint d'autisme

_____ *Etude de cinq cas réalisé à l'association d'aide* _____
pour les enfants autistes

Cité Remla. Béjaia

Réalisé par :

HAKEM YASSMINA
HAMMOUI NAWAL

Dirigé par :

M. LAKEHAL S.T

Année universitaire 2016/2017

L'anxiété chez les mères de l'enfant atteint d'autisme

————— *Etude de cinq cas réalisé à l'association* —————
d'aide pour les enfants autistes

Cité Remla.Béjaia

Remerciements

Nous tenons à remercier dieu le tout puissant de nous avoir donné le courage d'accomplir ce travail

Nos remerciements s'adressent à toutes personnes qui nous a apporté de près ou de loin, aide et soutien.

Tout d'abord à nos chers parents pour leur soutien toute au long de nos études

Ensuit, aux mamans de ces enfants autistes qui nous ont donnés les renseignements nécessaire permettent d'accomplir ce travail

A notre encadreur Mr LAKEHAL de nous avoir consacré son temps et de nous avoir accompagné tout le long de cette année.

Nous remercions également les membres du jury qui nous feront l'honneur d'évaluer ce modeste travail.

Nous remercions tout le personnel de l'association d'aide pour les enfants autistes « d'un monde a l'autre » de Bejaia.

Sans oublier le président de l'association Mr BOURAI

Dédicace

Je remercie Allah pour le courage et la volonté qu'il

M'a donnée pour achever ce travail

De tout mon cœur.

Je dédie ce modeste travail a mes très chers parents (Mekhlouf & Malika)

Que j'aime plus que tous et je prie le dieu pour qu'il me les garde.

A mes très chers frères : **Didine & Nadir.**

A mes très chères sœurs : **Noria & Naima.**

A ma copine : la belle princesse Yassmina.

A mes très chères cousine : **Fatima, Hassina, Siham.**

A mes amis : **Sonia, Kahina, Tinhinane, Lamia, Fahima.**

Je tiens à remercier Mon encadreur **MLekehal Samir Tarek**

Enfin je remercier tous ceux qui ont contribué

De près ou de loin à la réalisation de

Ce modeste travail

Nawal

Dédicace

Je remercie Allah pour le courage et la volonté qu'il

M'a donnée pour achever ce travail

De tout mon cœur.

Je dédie ce modeste travail à mes très chers parents (Abd elaziz et hassina) que je l'aime plus que tous et je prie le dieu pour qu'il me les garde.

A mes très chers frères : Sami, Amer et Saleh.

A mes très chères sœurs : Meriem et Mouna.

A mes grandes mères et mes grands pères

A mes cousines surtout Samia, mes tentes surtout Nassima et mes oncles

A ma copine : la belle princesse Nawal.

A mes copines de chambre : Ibtissam et Fouzia.

A mes très chères amies : Ouardia, Nassima, Farida, Wafa.

Je tiens à remercier mon encadreur M Lekehal Samir Tarek.

Enfin je tien à remercier tous ceux qui ont contribué

De prés ou de loin à la réalisation de

Ce modeste travail

Yassmina

SOMMAIRE

Introduction générale

Problématique et hypothèses -----	03
-----------------------------------	----

Partie théorique

Chapitre I : l'anxiété.

Préambule

1- Historique -----	09
2-Définition de l'anxiété-----	10
3-Les types de l'anxiété -----	12
4-Les niveaux de l'anxiété-----	13
5-La biologie de l'anxiété -----	14
6-La symptomatologie anxieuse -----	14
6-1 Symptômes psycho comportemental -----	15
6-2 Symptômes somatique-----	16
7- Les troubles anxieux -----	17
7-1 Le trouble panique -----	17
7-2 La phobie spécifique-----	19
7-3 La phobie sociale-----	19
7-4 Les troubles obsessionnel-compulsif (TOC) -----	20
7-5 Le trouble d'anxiété généralisé (TAG)-----	20

7-6 L'état de stress post- traumatique (TSPT) -----	21
8-diagnostique de l'anxiété-----	21
9-La prise en charge des troubles anxieux -----	23
10-l'annonce du diagnostic de l'autisme aux parents -----	27
11-l'anxiété parental-----	28
Conclusion -----	30
 Chapitre II : l'autisme.	
Préambule	
1-Historique -----	33
2-Définition de l'autisme -----	34
3-Epidémiologie de l'autisme -----	34
4-Classification des troubles autistique -----	35
4-1 Selon la CIM-10-----	35
4-2 Selon le DSM-IV -----	37
5- Les signes cliniques de l'autisme-----	39
5-1 Les troubles de la relation-----	39
5-2 Les troubles de la communication -----	40
5-3 Les troubles de comportement-----	41
5-4 Les troubles associés-----	42
6- L'étiologie de l'autisme -----	43
6-1 Les facteurs biologiques-----	43
6-2 Les facteurs génétiques -----	44
6-3 Les facteurs biochimiques -----	44

6-4 Les facteurs neurobiologiques-----	45
6-5 Les facteurs cognitifs-----	45
7- Diagnostique et évaluation -----	46
7-1 Evaluation clinique-----	46
7-2 Evaluation médicale -----	46
7-3 Evaluation psychomoteur -----	47
7-4 Evaluation psychologique-----	47
7-5 Evaluation du langage -----	48
8- La prise en charge -----	48
8-1 L'éducation structurée-----	48
8-2 Programme ABA-----	49
8-3 Programme TEACCH -----	49
9- Les Autistes de Haut niveaux -----	50
Conclusion-----	51

Partie pratique

Chapitre III : le cadre méthodologique

Préambule

1- Présentation de lieu de la recherche-----	54
2- La démarche de la recherche-----	55
2-1La pré-enquête-----	55
2-2 La méthode clinique-----	56
3-La population d'étude -----	57
4-Les techniques utilisées -----	57
4-1 L'entretien clinique -----	58

4-2 L'entretien semi-directif-----	59
5-Présentation de guide d'entretien-----	59
6-L'échèle de l'anxiété d'Hamilton -----	60
6-1 Historique et définition -----	60
6-2 Mode de passation et de cotation-----	61
6-3 La présentation de l'échelle-----	61

Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats

1- Présentation et analyse des cas

1-1 Présentation et analyse du 1 ^{er} cas-----	65
1-2 Présentation et analyse du 2 ^{ème} cas-----	71
1-3 Présentation et analyse du 3 ^{ème} cas-----	76
1-4 Présentation et analyse du 4 ^{ème} cas-----	81
1-5 Présentation et analyse du 5 ^{ème} cas-----	86
2- Analyse des résultats des cas au vu de l'hypothèse-----	91
Conclusion générale-----	95

Bibliographie.

Annexes.

Introduction Générale

Introduction générale :

L'autisme est l'un des troubles envahissants du développement les plus mystérieux et complexe du siècle. Jusqu'aujourd'hui, l'humanité s'interroge sur la nature de ce phénomène. Car l'étiopathogénie de cette maladie demeure inconnue, et ça préoccupe de nombreux chercheurs et de nombreuses disciplines. L'autisme donc est devenu un problème central dans la pathologie des enfants ; en raison du nombre d'enfants qui en souffrent, et du fait de la particularité de leur fonctionnement psychique et cognitif ainsi que leur comportements. Il est défini par un développement anormal ou déficient avant l'âge de trois ans, et des perturbations caractéristiques du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants : interactions sociales, communication, comportement.

La naissance d'un enfant qui présente un trouble autistique, est souvent une situation de grand changement suscitant une influence plus importante au sein de la famille.

Elle s'accompagne souvent d'une perturbation sur le plan individuel, conjugale et familial. Cette situation n'est pas sans conséquences sur le bien être des parents et surtout les mères en termes de stress, d'anxiété... et de dépression.

Ainsi, être optimiste quant à l'avenir de leurs enfants peut se révéler difficile , voire impossible, pour les parents d'enfants autistes, surtout si ces derniers n'ont pas systématiquement accès aux informations utiles pour faire face efficacement à leur nouvelle situation de vie. Parmi ces informations, on compte la description du trouble et son évolution.

De ce fait, en a envisagé d'investir ce domaine avec cette recherche qui s'intitule « l'anxiété chez la mère de l'enfant atteint d'autisme », en posant les questions suivantes :

- Est-ce que les mères d'enfants atteints d'autisme souffrent d'anxiété significative ? et comment se manifeste -elle ?

Et pour réaliser notre recherche, nous avons opté pour la méthode clinique la plus appropriée pour approcher à la vie intérieure des mères d'enfants atteints d'autisme, et ce à travers une étude de cas.

Notre recherche s'effectuera dans une association d'aide des enfants autistes qui se situe à cité Remla, dans la ville de Bejaia, où nous pouvons vérifier notre hypothèse.

On se basera sur cinq cas (mères) d'enfants autistes, avec lesquels on va faire une investigation psychologique à travers un entretien clinique semi directif, ainsi que l'échelle d'Hamilton pour évaluer leurs anxiétés.

Les objectifs de notre recherche porte sur l'influence du trouble autistique de l'enfant sur le vécu psychique de la mère.

-La réaction des mères vis-à-vis du comportement de leurs enfants.

-Le degré de l'anxiété chez les mères d'enfants atteints d'autisme.

-Clarifier l'impact de la maladie de leurs enfants sur leur vie quotidienne.

Ce travail se compose de deux parties complémentaires, une première partie théorique, et une deuxième partie pratique:

Dans la partie théorique nous exposons deux chapitres : l'un se reporte à l'anxiété et le second sur l'autisme.

La deuxième partie contient aussi deux chapitres : le troisième chapitre concerne le cadre méthodologique de la recherche, le quatrième chapitre : présentation et analyse des résultats, Analyse des résultats des cas au vu de l'hypothèse.

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

Problématique et Hypothèses

Problématique et hypothèses

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

Le fait d'avoir un enfant autiste peut avoir un effet dévastateur sur la santé mentale et physique des parents. Et en particulier la mère étend qu'elle est la plus impliquée dans l'entretien et l'éducation des enfants en plus des autres tâches ménagères. Ce rapprochement et ces interactions avec cet enfant particulier va avoir des conséquences manifestes sur le plan psychologiques en particulier l'anxiété.

L'anxiété peut être définie comme une peur sans objet apparent légitime. Avec sentiment pénible d'attente. Il s'agit d'un état d'appréhension de tension qui provient de l'anticipation d'un danger imminent, c'est une émotion désagréable caractérisée par un sentiment d'un malaise dissimulé et vague. (Graziani, 2003)

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

Avoir un enfant autiste est une situation qui provoque une inquiétude pour les parents et pour l'ensemble de sa famille.

Actuellement l'autisme reste une pathologie la plus douloureuse elle touche des enfants et de manière très précoce elle dure en générale toute une vie, elle atteint la fonction la plus précieuse des relations humaines l'empathie. Entraînant un fossé dans la communication et les échanges et rendant difficile les processus d'attachement affectif. Les troubles du comportement associés, parfois

spectaculaires et difficilement soutenable comme l'automutilation rendent ce trouble « inhumain »

De ce fait, on a envisagé d'investir ce domaine avec cette recherche qui s'intitule « l'anxiété chez la mère de l'enfant atteint d'autisme », en posant la question suivante:

-Est-ce que les mères d'enfants atteints d'autisme souffrent d'une anxiété significative? Et comment se manifeste-elle?

Pour répondre sur ces questions nous avons réalisé en premier lieu un guide d'entretien, qui s'est effectué au siège de l'association des enfants autistes « d'un monde à l'autre » de Bejaïa.

-Hypothèse générale :

- Les mères d'enfants atteints d'autisme manifestent un niveau d'anxiété significative.

Les objectifs de la recherche :

Nous avons choisi ce thème « l'anxiété chez la mère de l'enfant atteint d'autisme » par rapport à son importance. Car c'est un thème d'actualité qui permet d'apporter quelques choses de nouveau vu le manque d'étude en Algérie.

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

- L'influence du trouble de l'enfant sur le vécu psychique de la mère,
- La réaction de la mère vis-à-vis des comportements de son enfant autiste.
- Le degré de l'anxiété chez les mères d'enfants autistes.

- clarifier l'impact de la maladie de leurs enfants sur leurs vies quotidiennes.

Définition et opérationnalisation des concepts

1. Définition du concept « Autisme »

C'est le repliement excessif sur soi, entraînant de la vie imaginative. Cette attitude se retrouve à un degré prononcée chez les schizophrènes. (Sillamy, 2003)

- *L'opérationnalisation du concept :*

- Agitation.
- Replie sur soi.
- Résistance au changement.
- Stéréotypé.
- Hyperactivité.
- Difficultés de concentration et de communication.

2. Définition du concept « Anxiété »

C'est un état émotionnel qui possède la qualité subjective expérimentée de la peur ou d'une émotion très proche. Elle est désagréable, négative, diriger vers le futur, parfois exagérée par rapport à la menace, et inclut des symptômes corporels subjectifs et manifestes.

- **L'opérationnalisation du concept**

- Irritabilité.
- Colère.
- Difficulté de concentration.
- Agitation.
- Mauvaise anticipation.

La partie théorique

Chapitre I

L'anxiété

Préambule :

Lorsqu'un enfant naît avec un handicap, présente un retard de développement ou reçoit un diagnostic d'autisme, cela provoque un important bouleversement dans la vie des parents surtout la mère qui sacrifie plus pour son enfant, ceux-ci doivent apprendre à s'adapter à un enfant «différent», et elles sont inquiètes pour son développement son bien-être et son avenir. Ces mères vivent un choc elles réagissent généralement par l'isolement, elles se laissent envahir par le stress, l'anxiété et les sentiments de dépression. De ce fait, notre étude se portera sur l'un de ces troubles, qui est notamment l'anxiété.

1) Aperçu historique :

En arrivant L'anxiété était déjà décrite dans l'antiquité. Hippocrate, inventeur de la médecine moderne, désignait par «ancho» la sensation physique de serrement, et par argon l'anxiété psychique.

Aussi, il semble que ce n'est qu'au XIX^e siècle que l'anxiété a pu être abordée plus spécifiquement, le philosophe Danois Kierkegaard, conçoit l'angoisse comme inhérente à la condition humaine, moteur de questionnement à l'angoisse à des conceptions parfois très différentes.

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

Depuis De Costa, de nombreux successeurs ont continué à distinguer de façon plus ou moins radicale des tableaux purement somatiques dont nous savons pourtant les réelles intrications avec le fonctionnement psychique. Quelques années après De Costa, Freud (1895) conférait à l'angoisse une place

centrale dans le fonctionnement psychique humain. Ses théories sont complexes et sur certains points contradictoires. Les continuateurs de Freud se sont peu intéressés de manière spécifique à l'angoisse chez l'adulte, s'attachant d'avantage à en repérer la dimension structurante lors du 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 des benzodiazépines, les premières publications sur les attaques de panique 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 du DSM III provoque depuis une dizaine d'années une intense réflexion sur les troubles anxieux. Ces derniers paraissent en effet des terrains de confrontation importants, où la question de la validité de la référence analytique est particulièrement posée. (Guy, 2005)

2) Définitions :

En fait l'amalgame qui existe entre l'anxiété et l'angoisse mérite d'être suscité, afin de mettre en lumière ce qui réunit les deux termes et ce qui les sépare.

a) L'anxiété :

(Du latin *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 aux états anxieux. (Bloch & Coll, 1991). Par contre, Pierluigi G définit l'anxiété comme: «un état émotionnel qui possède la qualité subjective expérimentée de la peur ou d'une émotion très proche. Elle est

désagréable, négative dirigée vers le futur parfois exagérée par rapport à la menace des symptômes corporels subjectifs et manifestes» (Graziani, 2003)

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM- IV) :

La définit comme «une anticipation appréhensive d'un danger ou d'un malheur futur, accompagnée d'un sentiment de dysphorie ou de symptômes somatiques de tension ». (Famose, 1993).

De point de vue cognitive :

L'anxiété c'est ou le sujet perçoit un danger ou une menace, elle est le produit de l'évolution cognitive et correspond à un ensemble de cognitions et affects face à une situation menaçante : sentiment d'appréhension, perception d'un danger imminent. Elle est désagréable, négative dirigé vert le futur, et parfois exagérée par rapport à la menace, et inclut des symptômes corporels subjectifs et manifestes. (Graziani, 2003)

b) L'angoisse :

Est une extrême inquiétude, peur irrationnelle. L'angoisse est une sensation pénible de malaise profond, déterminé par l'impression diffuse d'un danger vague, imminent, devant lequel on reste désarmé et impuissant. Le plus souvent, cet état s'accompagne de modifications neurovégétatives comparable à celle que l'on observe dans le choc émotionnel ; palpitation, sueurs, tremblement, vision brouillé. (Sillamy, 2003)

c) La différence entre l'anxiété et l'angoisse :

La psychiatrie anglo-saxonne ne dispose que d'un seul terme «anxiety» , pour exprimer les concepts d'angoisse et d'anxiété. En allemand, le même mot angst désigne les deux états, ce terme étant directement issu du latin augustia. La psychiatrie française a longtemps conservé une distinction entre les deux

termes : L'anxiété est réservée au versant psychologique, l'angoisse au versant somatique, avec une idée de striction, d'oppression physique.

3) Les types de l'anxiété :

3.1 Anxiété normale :

Est une émotion naturelle, éprouvée par chacun d'entre nous, mais qui varie en sévérité et en fréquence, donc elle fait partie de la nature humaine. D'ailleurs l'anxiété et la peur sont des expériences si communes chez l'être humain que chacun pourrait en donner des exemples personnels, est une réponse normale au stress quotidien, et dans certains cas, elle améliore même la performance. Lorsque l'anxiété est vécue de façon modérée, elle peut motiver l'individu et le pousser à s'en sortir, c'est-à-dire qu'il travail mieux sous pression.

3.2 Anxiété pathologique :

Est la plus répandue des problèmes psychologique (79% des personnes souffrent d'un trouble anxieux). Les individus souffrant d'anxiété ou de trouble anxieux, sont donc des individus qui ne ressentent plus l'anxiété comme une émotion stimulante, mais comme une sensation souffrante et handicapante qui a franchi le seuil de la pathologie.

Donc l'anxiété est considérée comme anormale quand elle n'est rattachée à aucune cause évidente ou identifiable et quand elle devient chronique ou rend l'individu dysfonctionnel. (Robert & Coll, 1999)

3.3 Anxiété trait :

C'est caractéristique individuelle, apparemment innée, qui se manifeste à son tour de deux façons : la prédisposition à éprouver des états de peurs en présence de stimulus qui, pour d'autre individus sont moins fortement anxiogènes, voir pas anxiogènes, voir pas anxiogènes du tout, et la prédisposition à développer

des peurs conditionnelles à l'égard de stimulus qui ne sont pas par eux-mêmes directement anxiogènes. (Bouvard & Couttraux, 2002)

3.4 Anxiété état :

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

Selon SPELBERGER (1966) : «l'anxiété état est plus variable à la situation, elle caractérise l'état émotionnel de l'individu par des sensations subjective d'appréhension et de tension, accompagné ou associées à une activation ou une excitation du système nerveux autonome »

Bien que l'état est temporaire soit souvent transitoire, il peut réapparaître sous l'effet de stimuli appropriés ; il peut durer si ces conditions inductrices persistent.

4) Les niveaux d'anxiété :

4.1 Faible :

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

4.2 Modéré :

Inattention, expression de crainte, perceptions floues, insomnie.

4.3 Sévère :

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

4.4 Panique :

Incapacité de se concentrer ou à communiquer, activité motrice augmentée, vomissements, tachypnée. (Swearingen, 1999)

5) La biologie de l'anxiété :

Les trois neurotransmetteurs incriminés dans l'anxiété sont la noradrénaline, la sérotonine et l'acide Gama-amino- butyrique. Des produits noradrénergiques et sérotoninergiques ont ainsi un effet anxiogène assez marqué tandis que des agents gabargiques possèdent au contraire un certain potentiel anxiolytique.

L'hypothèse d'un dysfonctionnement gabargique dans la pathologie anxieuse est fortement encouragé par l'action clinique des benzodiazépines substances agonistes gaba à l'effet anxiolytique. Les défauts de régulation des systèmes noradrénergiques et sérotoninergiques incriminés dans l'anxiété demeurent en revanche plus obscures.

Les neurones concernés issue du locus coeruleus et du raphé médian se projettent vers le cortex cérébral et le système limbique, aires cérébrales semblent jouer un rôle déterminant dans la neurobiologie de l'anxiété. (Beche-Richard & Bungener, 2004)

6) La symptomatologie anxieuse :

Comme tout effet, l'anxiété s'exprime dans deux registres : psycho comportemental et somatique.

6.1 Symptômes psycho comportementale :

a-Une sensation subjective de malaise, de tension interne.

b-Sentiment d'appréhension, de crainte.

c-Sensation d'être inutile.

d-Irritabilité-confusion-abstention à faire quoi que ce soit.

e-sentiment d'insécurité, Nervosité, désire de s'échapper de tout, de fuir.
(Reynaud, 1996)

f-Les pensées de l'anxieux 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 catastrophiques dont les thèmes sont des échecs probables : la survenue d'une maladie gravissime, d'un accident mortel, des problèmes financiers. (Palazzolo, 2007)

g-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).

h-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.

i-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.

j-Ainsi, par la mimique et le comportement, l'anxiété s'exprime et se montre facilement ressentie par les membres de l'entourage. Un certain degré de contagion anxieuse existe habituellement, susceptible d'aboutir dans certains cas à un certains rejet du patient par son entourage, ou, dans des circonstances plus particuliers, à des phénomènes de groupe (peurs collectives, mouvements de foules). (Guy, 2005)

6.2 Symptômes somatique:

Ils sont très variés et correspondent à un hyperfonctionnement du système nerveux autonome :

A) Sur le plan cardiovasculaire :

Tachycardie, troubles mineurs du rythme cardiaque (notamment des ectasystoles bénignes avec pauses compensatoires qui donnent quelque fois l'impression à l'anxieux que son cœur va s'arrêter), douleurs précordiales (le patient redoute de «faire un infarctus» modifications labiles de la tension artérielle.)

B) Sur le plan respiratoire :

Les signes vont d'une discrète oppression à des sensations plus intenses d'étouffement, voire de «souffle coupé», sueurs ou bouffées de chaleur.

C) Sur le plan digestif :

Sensation de «boule dans la gorge» qui peut gêner l'alimentation qui peut provoquer des nausées et des vomissements, trouble de transit (diarrhée), douleurs épigastriques. (Reynaud, 1996)

D) Sur le plan neurologique :

Des vertiges, maux de tête, troubles de sommeil, difficultés de concentration, problème de mémoire, une dépersonnalisation, sensation d'irréalité.

F) Sur le plan neuromusculaire :

Tension musculaire quelquefois douloureuse (notamment céphalées postérieures dites de « tension », tremblements, paresthésies, bourdonnement d'oreilles. (Palazzolo, 2007)

G) Sur le plan vaso-moteur :

Hypersudation parfois profuse, pâleur, bouffées vaso-motrices.

H) Sur le plan génito-urinaire :

Pollakiurie, difficultés sexuelles (impuissance ou éjaculation précoce chez l'homme ; frigidité, dyspareunie chez la femme).

La présence de signes somatiques est constante lors des états anxieux

7) Les troubles anxieux :**7.1 Le trouble panique :**

Parmi les troubles anxieux, le trouble de panique, qui se subdivise en trouble panique avec agoraphobie, ou sans agoraphobie.

a)-Classification du DSM-IV :

Les caractéristiques cliniques de l'attaque de panique, du trouble panique sans agoraphobie et du trouble de panique avec agoraphobie, après plusieurs élaborations successives, sont maintenant relativement bien définies.

b)-L'attaque de panique :

L'attaque de panique consiste une période bien délimitée d'anxiété ou de malaise très intense, accompagnée par au moins 4 symptômes somatiques et cognitifs. La plupart des clients font état de plus rapidement un sommet et est accompagnée d'un sentiment de danger ou de catastrophe imminente et d'un besoin urgent de fuir.

Les 13 symptômes les plus fréquents sont :

1-les palpitations ou la tachycardie.

2-la transpiration.

- 3- les tremblements ou secousses musculaires.
- 4- une sensation d'étouffement ou de manque d'air.
- 5- une sensation d'étranglement.
- 6- une douleur ou un inconfort thoracique.
- 7- Des nausées ou des troubles digestifs.
- 8- Une sensation de vertige ou d'instabilité.
- 9- Un sentiment d'irritabilité ou de dépersonnalisation.
- 10- La peur de perdre le contrôle de soi ou devenir fou.
- 11- La peur de mourir.
- 12- Des engourdissements ou des picotements.
- 13- Des frissons ou des bouffées de chaleur.

c)-L'agoraphobie :

Pourrait être difficile de s'échapper ou dans lesquelles aucun secours ne pourrait être disponible en cas d'attaque de panique ou de symptômes de type panique.

d)-Le trouble panique sans agoraphobie(TPSA) :

Est caractérisé la présence d'attaque de panique récurrentes et inattendues à propos desquels il existe une inquiétude persistante.

e)-Le trouble panique avec agoraphobie (TPA) :

Est caractérisé à la fois par des attaques de panique récurrentes et inattendues et par une agoraphobie, c'est-à-dire la présence d'agoraphobie. Les personnes ayant des attaques de paniques récurrentes et inattendues appréhendent des

endroits ou la panique est déjà survenue.

(Robert, André, & Jean-Marie, 2002)

7.2 La phobie spécifique :

La phobie spécifique ou phobie simple(PS) consiste en une peur d'objet ou de situations particuliers et bien circonscrits. Elle a fait objet de nombreuses études depuis les tout débuts de l'approche comportementale, probablement parce qu'il est relativement facile d'en mesurer les différents paramètres et de préciser les situations anxiogène. (Robert, André, & Jean-Marie, 2002)

-La phobie spécifique se caractérise par une peur importante et persistante d'un objet ou d'une situation spécifique par exemple : l'avion, les hauteurs, les animaux, les injections ou le sang. (Robert, André, & Jean-Marie, 2002)

-Il s'agit d'une peur intense, irraisonnée et ciblée concernant des animaux (araignées, oiseaux....), des choses (couteaux, sang.....), des situations (obscurité, hauteurs, lieux clos, eau).Les phobies spécifiques peuvent provoquer une angoisse intense, voire une attaque de panique. (Suzy & Guido, 2000)

7.3 La phobie sociale :

La situation sociale la plus anxiogène et la plus fréquente chez les personnes qui souffrent d'une phobie sociale est d'avoir à parler en public, suivre de près par des situations comme les réceptions, les réunions et le fait de parler à des personnes en autorité.

-La principale caractéristique de la phobie social consiste en une peur importante et persistante de situations sociales ou de situations de performance et (par exemple : des examens) où l'individu est exposé à la présence de personnes étrangères ou au regard d'autrui. Il craint alors d'être humilié ou embarrassé à cause de ses façons d'agir ou de ses symptômes d'anxiété

(rougissement, palpitations, sudation, tremblement, bafouillages, évitement du contact visuel, etc.), tout en reconnaissant que sa peur est excessive ou irrationnelle.

7.4 Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) :

Ce trouble se définit par la présence d'obsessions et de compulsions les premiers sont des pensées, des images ou des impulsions intrusives et difficiles à chasser, créant de la détresse chez l'individu (APA DSM-IV.1994). La dimension obsédante de ces manifestations est souvent qualifiée d'égo dystonique, c'est-à-dire que l'individu interprète le contenu des obsessions qui l'habitent comme étranger à lui-même et contraire à ses croyances et valeurs.

Pour établir le diagnostic interférant de façon importante avec le travail, les activités sociales, les relations avec les autres ou la vie affective. Le temps passé à l'accomplissement des rituels est un indicateur de la gravité de la maladie. (Suzy & Guido, 2000)

7.5 Le trouble anxieux généralisé:

Le trouble généralisé c'est l'inquiétude hors de proportion et incontrôlable caractérise ce trouble qui est alimenté en continu par des soucis irréalistes. Le trouble anxieux généralisé (TAG) est défini par la présence quotidienne, pendant plus de six mois consécutifs, des symptômes suivants :anxiété excessive, persistante et irrationnelle touchant la plupart des situations de la vie quotidienne, difficultés majeurs à «se raisonner» et à contrôler ses préoccupations, il faut également avoir trois signes au moins parmi la liste suivante : agitation, fatigabilité, difficultés de concentration et trous de mémoire, irritabilité, douleurs, troubles du sommeil. (Suzy & Guido, 2000)

7.6 L'état de stress post-traumatique (TSPT):

Est caractérisé par la reviviscence d'un évènement entraînant traumatique, accompagné de symptôme d'activation neurovégétative par l'évitement des stimuli associés au traumatisme.

8) Le diagnostic de trouble anxieux :

Le diagnostic est essentiel pour le clinicien afin de guider sa prise en charge. En effet, chaque trouble anxieux répond à des traitements spécifiques. Leur dépistage est souvent difficile par le fait que les patients n'évoquent pas toujours leurs symptômes et que les patientes physiques sont souvent au premier plan. Il importe, quelque soit la pratique (généraliste ou spécialisée), d'adopter une démarche diagnostique structurée qui n'exclut en rien une attitude globale d'écoute et de soutien du patient.

Comme le souligne Pelissolo (202), « l'anxiété fait partie du registre émotionnel normal de l'être humain, et son caractère éventuellement pathologique doit être évalué à partir de critères diagnostiques aussi précis que possible. Il existe en effet de véritables "maladie de l'anxiété", qui sont surtout caractérisées par la persistance dans le sujet (souffrance subjective, handicap social ou professionnel par exemple, etc.). Il s'agit d'états différents des états dépressifs, même si leur coexistence est possible chez certains patients ». les motifs de consultation du patient anxieux peuvent être très différents :

Il s'agit d'un problème aigu ou d'un problème évoluant depuis de nombreuses années : il existe certaines situations d'urgence anxieuses de panique ou d'état d'agitation ou encore présentant une menace suicidaire. Le plus souvent, l'anxiété se présente comme un trouble évoluant depuis plusieurs mois ou années ;

Le patient exprime sa plainte anxieuse ou attribue son mal-être à un problème somatique : en médecine générale, souvent le patient anxieux s'exprime par une

plainte somatique ou un malaise diffus qui se traduisent par de la fatigue des troubles du sommeil ou des douleurs variées. Ces plaintes peuvent aboutir à une demande d'examen complémentaires ou de prescriptions. Certains patients vont parler avec beaucoup plus de précision de leurs symptômes anxieux. Des comportements peuvent être évoqués d'emblée (rituels, phobie) orientant aussitôt le diagnostic. Le patient a souvent une présentation somatique de son trouble et parfois même un diagnostic comme la spasmophilie (qui correspond en fait aux attaques de panique) ;

Il s'agit d'une demande du patient ou d'une demande de l'entourage : c'est souvent le cas pour des troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent où la demande émane des parents. Le conjoint ou l'entourage proche chez l'adulte peut être à l'initiative de consultation ;

Le trouble est isolé, ou associé et compliqué à d'autres troubles : parfois, le patient présente un trouble « pur », mais bien souvent le diagnostic n'est pas évident et plusieurs troubles anxieux peuvent être associés. Du fait de leur fréquence, les dépressions et les dépendances à l'alcool et aux substances doivent être systématiquement recherchées. C'est alors à l'occasion d'une complication d'un autre trouble psychique, particulièrement une dépression, que le patient anxieux est diagnostiqué pour la première fois,

Le patient consulte pour la première fois pour son problème ou il existe un long passé de prises en charge multiples : de ce fait, il peut mal connaître l'anxiété ou au contraire être déjà très informé sur les troubles anxieux.

Le temps de l'évaluation est important pour le diagnostic, le suivi, la compréhension et pour proposer la thérapie la mieux adaptée. (Dominique, 2012)

9) La prise en charge des troubles anxieux

9.1 Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

Les TCC est un traitement qui combine des éléments issus des thérapies comportementales qui se basent sur les théories de l'apprentissage et axées sur le changement de comportement où le patient apprend à se libérer des mauvais comportements, tel que le comportement d'évitement dans des situations déclenchant l'anxiété ; et à les remplacer par un comportement adéquat. Son objectif essentiel est de faire apprendre au patient comment endiguer les pensées négatives qui entretient ou aggravent l'anxiété. On utilise entre autre des exercices de relaxation et des consignes concrètes. la thérapie cognitivo-comportementale comprend quatre aspects principaux :

a-l'information permet, grâce à un modèle explicatif, de diminuer les conceptions erronées au sujet de l'anxiété.

b-Il s'agit, lors de restructuration cognitive, de contrecarrer la peur à l'aide d'exercices mentaux et d'apprendre à juger plus réalistement les situations anxiogènes.

c- Les exercices d'expositions sont la confrontation progressive du patient avec les situations angoissantes, il apprend à supporter la peur.

d- Le principe de base du traitement n'est pas seulement de réduire l'anxiété des patients, mais de leur fournir aussi des stratégies pour faire face à l'anxiété, qu'ils peuvent ensuite employer eux-mêmes (techniques respiratoires, exercices de détentes musculaires, exercices de perceptions). (Hattenschwiler J.Hock P.2002).

La théorie cognitivo-comportementale peut s'appuyé aussi, sur des exercices tel que :

- ***La relaxation :***

La relaxation est une approche thérapeutique qui permet de se détendre, de se reposer, et de se remettre en forme. Il s'agit de plusieurs techniques dérivées de grands courants théoriques, et chaque technique a des objectifs différents des applications différentes, voire des publics différents. Car même si les effets sont les mêmes, tel que : la détente musculaire, bien être physique, relâchement des tensions psychologiques, diminution de l'anxiété, le choix de telle ou telle méthode par le thérapeute dépendra des exigences de l'indication clinique. Parmi les techniques utilisées :

- La technique de Jacobson :

Elle permet de dénouer les muscles grâce à une méthode de contraction et de décontraction. Elle est très efficace surtout pour les débutants parce qu'elle est simple, pratique et les sensations sont immédiates.

- La technique de Schultz :

Training Autogène (Auto-hypnose) ; avec cette technique on peut atteindre tout ce qui peut être défini sous le terme « détente et immersion psychique ». Elle ressemble à un état de somnolence aux premiers stades du sommeil physiologique.

-La sophrologie :

Ce terme signifie « science de l'esprit serein », Elle utilise le psychisme pour découvrir son espace intérieur. Un exercice de cette méthode consiste à se concentrer sur les différentes parties du corps (la main droite, le poignet droit, etc.), on continue ce cheminement intérieur pour arriver à un état de relaxation.

-L'Eutonie :

C'est une technique d'expression corporelle et recherche la grande liberté du corps dans les mouvements, dans les déplacements. J'ai fait tel mouvements, j'observe les contractions et je retrouve mon juste tonus, « eutonie ». (Pierluigi, 2003)

9.2 La thérapie psychanalytique :

Les approches psychanalystes arrivent en deuxième ligne dans les recommandations actuelles concernant la prise en charge des troubles anxieux. Ce constat est justifié par le manque d'études contrôlées pour ces traitements, ainsi qu'en raison d'une adaptation plus tardive de la psychanalyse aux tendances contemporaines de la psychopathologie et de la psychothérapie centrées sur le symptôme. Un tel exemple d'adaptation est le développement récent d'une psychothérapie psychodynamique focalisée sur le trouble de panique (PFPP). Pour déterminer la manière d'aborder le travail psychothérapique, pour définir ses objectifs ou pour évaluer les résultats du traitement. Les psychanalystes se focalisent plus volontiers sur la conflictualité intrapsychique, les mécanismes de défense ou la levée du refoulement. Ainsi qu'une description de la manière de prendre en compte ces facteurs dans une psychothérapie psychanalytique. Le transfert est en particulier considéré comme un outil central de compréhension et d'action thérapeutique.

Les différentes étapes de la DFPP sont décrites en trois phases :

La première centrée, sur la symptomatologie panique, vise à mettre en évidence la signification inconsciente des symptômes, au moyen d'une investigation du contexte dans lequel les symptômes sont apparus et des sentiments qui prévalent à ce moment, d'une recherche de la signification personnelle donnée aux symptômes, et enfin d'une exploration des sentiments et du contenu des épisodes d'attaque de panique à proprement dit. Le thérapeute peut alors

progressivement formuler à son client diverses interprétations des conflits sous-tendant l'apparition du trouble.

La seconde phase du traitement vise à diminuer la vulnérabilité du sujet à la récurrence des attaques de panique. Le thérapeute approfondit avec son client l'exploration des conflits à même de déclencher une attaque de panique, à mesure qu'ils se réactualisent dans le transfert.

La dernière partie est réservée à une élaboration de la séparation, thématique conflictuelle centrale chez ces sujets. La limitation temporelle du traitement permet un travail fécond de cette thématique. Quelques objectifs et écueils des débuts de prise en charge sont abordés, comme par exemple le développement de l'alliance thérapeutique, la motivation et la capacité du patient à s'engager dans un processus psychodynamique, ou la résistance au traitement liée à l'humiliation de présenter des symptômes incontrôlables, les mécanismes de défense les plus souvent à l'œuvre du tableau symptomatique comme (la formation réactionnelle, l'annulation rétroactive, la somatisation et l'externalisation).

L'élaboration de ces phénomènes transférentiels, qui peuvent s'accompagner de manifestations anxieuses paroxystiques, permet au sujet de mieux comprendre ses fantasmes et ses conflits, de les relier à ses symptômes, ce qui a des effets thérapeutiques et diminue la vulnérabilité à la rechute. (Thierry C. et coll. 2004)

9.3 La pharmacothérapie

Parmi les médicaments qu'on peut prescrire à l'anxiété, on trouve : les benzodiazépines, l'hydroxyzine (Atarax), la buspirone (Buspar), l'étifoxine (Stresam), les carbamates, les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS), les antidépresseurs inhibiteurs de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA), les antidépresseurs tricycliques, les bêta-bloquants, et

autres médicaments tels les antipsychotiques ou les neuroleptiques sédatifs. (Palazzolo, 2007)

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

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

Comme tous les autres parents, ceux ayant un enfant avec TSA jouent un rôle naturel et essentiel dans l'éducation de leur enfant, mais ils sont aussi des acteurs majeurs de sa prise en charge et de son accompagnement. Pour cette raison, il est primordial que les professionnels chargés des interventions les fassent participer à la prise en charge et partagent régulièrement avec eux la connaissance et la compréhension qu'ils ont de leur enfant.

Des échanges réguliers avec les parents sont nécessaires pour faire le point des besoins de leur enfant, partager les mêmes buts, approches et objectifs éducatifs ou thérapeutiques, et favoriser la généralisation des habiletés qu'il a développées dans le cadre d'interventions spécialisées. (Amaria, Céline, & Jacqueline, 2015)

11) L'anxiété parentale

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

Ce stress tient d'une part à la lourdeur des soins quotidiens requis par les enfants qui, à long terme, entraîne de la fatigue, de l'irritabilité, voire de la dépression. S'ajoutent également les contraintes imposées par les programmes d'intervention, notamment ceux effectués intensivement au domicile familial mais aussi ceux effectués sur divers sites et requérant de nombreux déplacements. De plus, la relation parents-enfant peut elle-même devenir source de stress, l'interaction au quotidien devenant plus structurée et systématique, qu'il s'agisse du bain, des temps de repas ou des loisirs. Le stress des parents peut en outre être aggravé par le manque de réciprocité dans l'interaction et les difficultés de communication avec l'enfant, dont ils ne parviennent pas toujours à décoder correctement les besoins. Plus encore, les troubles du comportement tels que l'agressivité ou les épisodes d'automutilation augmentent gravement le stress des familles, d'autant qu'ils les marginalisent socialement.

L'ensemble des études mesurant l'état de santé des mères d'enfants avec TSA démontrent qu'elles ont des taux élevés, autour de 50 %, de stress. La « rupture » que représente dans leur existence, l'annonce du diagnostic de leur enfant peut expliquer en partie une telle détresse, mais s'y ajoute un sentiment d'insécurité sur l'avenir de leur enfant pouvant être à l'origine d'anxiété et d'une perception négative de leurs compétences parentales. Enfin, ce stress apparaît très lié aux problèmes de sommeil et d'alimentation, particulièrement fréquents chez les enfants avec TSA et malheureusement insuffisamment diagnostiqués et pris en charge.

Eisenhower et al. (2005) ont étudié l'impact de diverses situations de handicap sur la santé psychologique des mères de jeunes enfants âgés de 3 à 5 ans. Ils ont observé que les mères d'enfants autistes manifestaient davantage de

stress que celles ayant des enfants atteints de trisomie 21, même quand ces derniers manifestaient un taux équivalent de troubles de comportement. Certains symptômes de l'autisme, comme les stéréotypies et les rituels parfois extrêmement envahissants, pourraient expliquer ce résultat. Les réactions de l'entourage à ces comportements et la stigmatisation qui peut en résulter, surtout quand le handicap n'est pas manifeste physiquement, constituent des expériences fréquemment rapportées par les mères d'enfants autistes. Cette stigmatisation peut également affecter la santé de manière indirecte lorsqu'elle conduit à l'isolement ou au sentiment d'incompétence parentale.

Le faible niveau d'interaction de l'enfant pourrait aussi augmenter le stress de ses parents, en particulier celle de sa mère, l'interaction mère enfant étant l'une des composantes les plus valorisées socialement du rôle maternel. En effet, le modèle idéalisé dans lequel la relation maternelle se construit au travers d'échanges nombreux, complices et chaleureux (Des carries et Corbeil, 2002) peut apparaître inatteignable aux yeux des mères d'enfants autistes, qui se perçoivent alors comme « imparfaites ».

Enfin, le sentiment de culpabilité que provoquent chez certains parents les difficultés développementales de leur enfant est parfois exacerbé chez les mères en raison des résidus de croyances populaires reliant encore malencontreusement autisme et déficit relationnel. (Amaria, Céline, & Jacqueline, 2015)

Synthèse

Vu la vulnérabilité de l'individu face aux circonstances indésirables de la vie, sa réaction est susceptible d'être un trouble anxieux. Celui-ci peut se manifester à des niveaux différents et en des situations différentes mais, en conséquences de cela, il peut devenir pathologique si notamment on ne s'est pas doté d'un moyen d'adaptation efficace à la situation anxiogène. De ce fait, les mères d'enfants autistes ne sont guère à l'abri de cette situation anxiogène provoquée par la survenue de l'handicap de leurs enfants.

Chapitre II

L'autisme

Préambule

L'autisme est un trouble développemental débutant avant l'âge de 3 ans. Il touche simultanément :

- Les interactions sociales
- La communication, à la fois verbale et non verbale
- Le comportement avec des gestes répétitifs, stéréotypés, des rituels, des intérêts restreints

D'autres troubles existent dans les domaines de la cognition, de la motricité, de la sensorialité. Les personnes atteintes de troubles du spectre de l'autisme (TSA) ont des incapacités permanentes et sévères ; leurs besoins sont complexes. Sans un accompagnement de qualité, respectueux de ses besoins, la personne avec TSA ne pourra pas développer ses potentialités ; elle risque alors de se retrouver en grande souffrance, qui bien souvent s'exprimera par des troubles du comportement, compromettant son intégration dans les structures qui l'accueillent. Au contraire, bien comprises et donc bien accompagnées, les personnes avec TSA peuvent développer tout leur potentiel et vivre pleinement et dignement.

Définition :

L'autisme :

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 suivants : interactions sociales réciproques, communication, comportements au caractère restreint et répétitif ».

1) Aperçu historique de l'autisme :

L'autisme est un trouble dont la description est relativement récente. En effet, ce n'est qu'en 1943 que le psychiatre américain d'origine autrichienne Leo Kanner décrit sous le nom d'autisme infantile des particularités de comportement de certains enfants : tendance à l'isolement, besoin d'immuabilité et retard de langage.

Dans les années 50-70 les conceptions psychanalytiques ont fortement marqué la psychiatrie française et la compréhension de l'autisme. L'autisme était alors relié aux « psychoses infantiles », terme employé dans les classifications officielles jusqu'en 1980.

Par la suite d'autres courants de recherche théorique ont pris une importance croissante dans l'étude du développement normal et pathologique de l'enfant : biologie, psychologie développementale, sciences cognitives... La compréhension des troubles autistiques a été fortement modifiée par ces contributions, et continue d'être enrichie par les recherches actuelles.

En 1980 le concept de psychose infantile a été abandonné au plan international, en même temps qu'est apparu le terme de Trouble Envahissant du Développement (en 1975 dans la CIM 9) et en 1980 dans le DSM-III.

L'autisme est conçu actuellement comme un trouble neuro-développemental aux origines multifactorielles, notamment génétiques.

Il existe actuellement une controverse pour savoir si l'autisme et les différents types de TED représentent un continuum, ou s'il s'agit d'entités différentes justifiant le terme de « spectre des troubles autistiques » (Autisme Spectrum Disorders) qui tend à devenir le plus utilisé.

Il est intéressant de souligner que les premières personnes à avoir reçu le diagnostic d'autisme viennent tout juste d'atteindre le troisième âge.

2) Définition de L'autisme :

Le terme « autisme » vient des grecques autos qui signifie « soi-même » a pour origine l'impression donnée par d'être complètement replié sur lui-même.

Selon la classification internationale des maladies de l'OMS (CIM 10), l'autisme est un trouble envahissant du développement qui affecte les fonctions cérébrales. Il n'est plus considéré comme une affection psychologique ni comme une maladie psychiatrique.

Différentes terminologies sont utilisées : Autisme, Trouble autistique, spectre autistique, TED (Troubles envahissants du développement), TSA (Troubles du Spectre Autistique) et ASD (Autisme Spectre Disorders).

L'autisme est un trouble sévère et précoce du développement de l'enfant apparaissant avant l'âge de 3 ans. Il est caractérisé par un isolement, une perturbation des interactions sociales, des troubles du langage, de la communication non verbale et des activités stéréotypées avec restriction des intérêts.

Ce trouble touche environ 1 personne sur 1000 personnes et près de cinq fois plus les garçons que les filles.

3) Epidémiologie :

Les études épidémiologiques récentes affichent un taux de prévalence de 0,6%

Or, il y a trente ans, l'autisme était considéré comme une maladie rare 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.

En effet, les chiffres établis antérieurement l'étaient sur la base d'une définition plus restreinte de l'autisme dit « de Kanner ».

Or depuis les années quatre vingt dix les deux classifications internationales qui servent de références (DSM-IV et CIM 10) ont introduit de nouveaux syndromes ; le syndrome d'asperger, les troubles spécifiques du développement, encore appelés « Autisme atypique », le syndrome de rett, L'x fragile.

Il faut aussi prendre en considération l'utilisation d'instruments cliniques performants dans le diagnostic de l'autisme ; ceci a fait croître la prévalence de 4 à 5 enfants pour 10,000 naissances.

L'autisme de Kanner touche beaucoup plus les garçons que les filles : près de 4 garçon pour une fille.

Si l'on considère l'ensemble des troubles autistiques et apparentés, les chiffres sont plus élevés.

Il existe une prévalence de 10 à 11 enfants pour 10,000 naissances. (Roge, 2003)

4) Classification des troubles autistiques :

4.1 Selon la CIM-10 :

4.1.1 L'autisme infantile :

Trouble envahissant de 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.

L'autisme infantile selon Kanner se définit comme un désordre fondamental qui consiste dans « l'inaptitude des enfants à établir des relations normale avec les Golse et Delion, l'autisme est une pathologie qui entraîne un dysfonctionnement relationnel ». Actuellement, l'autisme infantile appartient aux groupes des troubles envahissant du développement et il est défini par un trépied symptomatique : anomalies qualitatives des interactions sociales, anomalies qualitatives de la communication, comportements, activités et intérêts restreints répétitifs et stéréotypés. C'est un trouble qui débute avant l'âge de trois ans et qui dure toute la vie. (Bertrand, 2008)

4.1.2 Autisme atypique :

Ce trouble se distingue de l'autisme infantile par l'âge d'apparition de ce trouble, et par le non correspondance des critères de diagnostic. Ce diagnostic se justifie par l'apparition de ce trouble au-delà de trois ans et que les anomalies sont discrètes, et aussi par l'absence d'un signe normalement atteint dans l'autisme. (Roge, 2003)

4.1.3 Le syndrome de rett :

Trouble qui touche principalement les filles, il se caractérise par une période de développement normale ou presque normale, suivie d'une perte total ou partielle du langage et de la motricité fonctionnelle des mains, lié à un blocage du périmètre crânien. Il se manifeste entre 07 et 24 Mois et se caractérise par une perte de la motricité fonctionnelle et une apparition des mouvements stéréotypés des mains. (Roge, 2003)

4.1.4 Syndrome d'Asperger :

Trouble du développement dans lequel se trouvent des anomalies qualitatives des interactions sociales réciproques qui rassemble 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 bonnes qualités. Une maladresse motrice est souvent associée. (Roge, 2003)

4.2 Selon le DSM IV :

4.2.1 Autisme infantile :

Les manifestations varient selon le stade de développement et l'âge chronologique du sujet par une sévère altération des altérations sociales et une altération de la perception. L'enfant atteint peut ignorer les autres enfants, n'avoir aucune notion de besoin des autres.

Les sujets atteints de ce trouble ont un mode de comportement restreint répétitifs et stéréotypés. Ils ne sont souvent préoccupés que par un seul sujet. Ils peuvent passer leur temps à aligner un nombre précis de joués toujours dans le même ordre et aussi insister pour que les choses restent toujours pareilles ou manifester une résistance et une détresse extrême à des changements mineurs de l'environnement.(Guelfi .J-D et al, 1995)

4.2.2 Autisme atypique :

L'autisme atypique est compris dans le trouble envahissant de développement non spécifié, se caractérise par des anomalies sévères et envahissantes dans le développement de l'interaction sociale réciproque, et des intérêts et des activités, mais sans que les critères soient réunis pour porter un diagnostic de trouble envahissant spécifique, de schizophrénie, de trouble de la personnalité schizophréniforme, ou de trouble évitant de la personnalité (par exemple, sujet qui présente les troubles de l'autisme mais avec une apparition des signes au-delà de trois ans, ou sujet dont la symptomatologie est atypique, ou dont la symptomatologie est juste sous le seuil de significativité. (Roge, 2003)

4.2.3 Syndrome de rett :

Ce syndrome se caractérise par un développement prénatal et périnatal apparemment normal dans les cinq premiers mois ensuite une apparition d'un ensemble de signes pathologiques qui se caractérise par un ralentissement de la croissance de la tête entre l'âge de 5 et 48 mois et une perte des habiletés manuelles fonctionnelles antérieurement acquises entre 5 et 30 mois. Cette perte est accompagnée de l'apparition de mouvements stéréotypés des mains et une perte précoce de l'engagement social, bien que l'interaction sociale se développe souvent par la suite. Plus un développement sévèrement anormal du langage réceptif, expressif et un retard psychomoteur sévère. (Roge, 2003)

4.2.4 Syndrome d'asperger :

Ce syndrome se caractérise par des anomalies qualitatives de l'interaction sociale et des comportements, et par des anomalies d'intérêts et activités restreintes, ces anomalies entraînent des altérations significatives dans le fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Ce

syndrome ne présente ni un retard significatif ou dans le développement des compétences concernant l'autonomie personnelle et les comportements.

Les signes du syndrome d'asperger ne correspondent pas à ceux d'un autre trouble envahissant du développement ou à ceux de la schizophrénie. (Roge, 2003)

5) Les signes cliniques de l'autisme :

5.1 Les troubles de la relation :

Ces perturbations se traduisent par des comportements déviants dont l'expression peut varier considérablement d'un sujet à l'autre.

Chez les uns, c'est l'apparence d'une indifférence qui domine, parfois accompagnée d'un évitement du contact physique.

L'ignorance des autres personnes ; le contact visuel réciproque, l'acquisition du sourire social dès les premières semaines ne sont pas observés.

Plus tard, on observe aussi comporter des balayages visuels inopérants.

La durée d'exploration est très courte ce qui renforce une certaine incapacité à traiter les informations d'ordre social et affectif.

Chez les autres, ce peut être davantage des réactions excessives d'agrippement, même si les capacités de réception et d'expression sont à la base déficitaire. Des cris et des pleurs sans raison apparente sont enregistrés.

Un des traits dominants de cette inadéquation sociale s'avère être aussi des comportements d'anticipation qui se mettent habituellement en place dès le très jeune âge.

D'ailleurs un des premiers signes qui alarme les parents, lorsqu'ils constatent que leur enfant ne tend pas les bras lorsqu'ils s'apprêtent à le prendre et qu'il n'ajuste pas sa posture une fois pris dans les bras. (Roge, 2003)

5.2 Les troubles de la communication :

Les difficultés de communication, tant dans le registre verbal que non verbal, apparaissent elles aussi massivement entre 2 et 5 ans.

Elles touchent aussi bien la capacité de compréhension des signaux et des codes sociaux que la capacité d'utilisation de ceux-ci.

L'expression gestuelle, comme le pointage du doigt vers un objet ou un aliment convoité, reste pratiquement inexistant pendant des années et lorsqu'elle apparaît, elle est rarement coordonnée avec le regard.

Le geste de solliciter le parent pour qu'il participe à sa propre activité est le plus souvent absent. De même que le jeu de « faire semblant » ou de « cache-cache ».

Les conduites d'imitation se mettent très difficilement en place.

Les mimiques de l'interlocuteur sont mal décodées, comme si l'autiste ne pouvait interpréter à leur vue les émotions correspondantes telles la peur, la colère, la joie ou la tristesse.

La communication verbale est gravement atteinte elle aussi, bien que 50% des autistes parviennent à un certain niveau de production de la parole.

D'après (Mottron, 1996) le langage n'est pas relié au QI de façon linéaire mais qu'il suit une évolution par paliers.

Après avoir été mutique, puis longtemps écholalique, l'enfant autiste manifeste généralement par la suite un phénomène d'inversion pronominale (il exprime ses besoins en « tu » ou en « il » au lieu de « je » par exemple).

Doué fréquemment d'une mémoire auditive, il n'est pas rare de l'entendre ultérieurement rapporter mot à mot de longs passages qu'il a mémorisés à partir de conversations ou de films.

On observe toutefois une différence marquée entre ces productions très fidèles à l'original et les réponses qu'il fournit aux demandes de l'intervenant.

Ces dernières présentent des immaturités grammaticales propres à son niveau général de développement langagier.

Cependant lorsque ces enfants sont d'intelligence normale ou supérieure, ils acquièrent habituellement une qualité de langage tout à fait comparable à celle des enfants normaux sur les plans tant syntaxique que grammaticale.

(enigme de l'autisme.http, 2015)

5.3 Les troubles du comportement :

Les problèmes de comportements sont une des caractéristiques de l'autisme. Chez les enfants jeunes, on observe souvent qu'ils n'utilisent pas les jouets d'une façon fonctionnelle, l'attention étant parfois dirigée vers un objet à l'exclusion des autres.

Sa manipulation entraîne généralement des comportements répétitifs comme des mouvements de rotation. Ces activités stéréotypées peuvent être produites sans l'aide d'un objet et touchent souvent une partie du corps. Ces enfants peuvent passer leur temps à tourner, se balancer, agiter les doigts ou la main devant les yeux.

Le sujet peut adopter des postures étranges dans lesquelles il peut se figer pendant de longs moments.

Lorsque l'autiste grandit, le changement le plus minime dans son environnement l'amène souvent à une grande intolérance et à une forte angoisse. (Roge, 2003)

5.4 Les troubles associés :

La déficience mentale est une condition qui accompagne fréquemment l'autisme, puisque 75% d'entre eux auraient un quotient inférieur à 70 et 50 % se situerait entre 25 et 50.

Il n'en reste pas moins que l'évaluation psychométrique de ces enfants se révèle particulièrement difficile, en raison de leur symptomatologie ce qui peut accroître la fréquence des diagnostics de déficience mentale.

De plus , le fait même que ces enfants ne puissent pas toujours bénéficier d'un programme intensif de stimulation cognitive en bas âge a de fortes chances de ralentir le développement de leur intelligence .

On observe par ailleurs une incidence élevée de troubles du sommeil, et de trouble de l'alimentation. Il existe aussi des retards manqués dans l'acquisition de la propreté.

C'est toute fois le développement sensori-moteur qui semble le plus inhabituel chez ces enfants. (Roge, 2003)

Lelord a envisagé l'hypothèse d'un trouble du développement des structures nerveuses responsables du filtrage et de la modulation sensorielle, émotionnelle et posturo motrice. (Lelord & Sauvage, 1990)

Ce trouble expliquerait le caractère hyper sélectif de leur attention et leurs comportements d'hyper réactivité face aux stimulations extérieures.

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

6) Etiologie de l'autisme :

L'autisme est un trouble envahissant du développement qui suscite beaucoup d'intérêt chez les chercheurs quant à son étiologie.

Ci-dessous, sont présentés cinq facteurs qui expliquent les causes de ce syndrome.

6.1 Les Facteurs biologiques :

Le Dr Bertrand Rimland est le premier à avoir introduit l'hypothèse de l'origine organique. Il entreprend en 1974 une recherche avec la participation de 20 chercheurs venus du monde entier.

Partant de l'idée ; que l'autisme n'est pas unique, c'est un syndrome dont les causes sont multiples.

Dans son étude il est intéressé à l'aspect anatomique, électro physiologique et biochimique des symptômes autistiques.

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

- l'âge d'apparition précoce des symptômes cliniques.
- Une inaptitude profonde à communiquer avec autrui.
- un retard du langage.

- comportements ritualisés.
- motricité perturbée et stéréotypies.

(Rutter & Schopler, 1991)

6.2 Les Facteurs génétique:

Plusieurs études se portant sur les jumeaux monozygotes et dizygotes ont recherché un ou des gènes responsables du trouble autistique. Les jumeaux monozygotes montrent une relativement forte concordance au syndrome autistique, alors qu'il en existe une très minime chez les dizygotes.

Par ailleurs, on a remarqué que l'autisme partageait certaines régions chromosomiques avec d'autres pathologies.

Il ne fait aucun doute que l'autisme ait une origine génétique mais, aujourd'hui, les chercheurs ne sont pas en mesure d'affirmer clairement quel gène est responsable de l'autisme. (Rutter & Schopler, 1991)

6.3 Les facteurs biochimiques :

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

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

mauvaise assimilation de certains aliments, notamment les céréales (gluten) et les produits laitiers. (Amar, 2004)

6.4 Les facteurs neurobiologiques :

On observe chez la plupart des sujets atteints d'autisme une macrocéphalie, c'est à-dire, une augmentation du périmètre crânien.

Chaque région du cerveau semble perturbée : le cervelet, qui intègre les informations tactiles et la sensibilité profonde, assure l'orientation dans l'espace, régule le tonus, la coordination et la force musculaires ; le système limbique qui gère essentiellement les émotions ainsi que les autres zones cérébrales telles que les régions corticales, le tronc cérébral présentent des anomalies. (Des dysfonctionnement cérébrale)

6.5 Les facteurs cognitifs :

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

Selon le pédopsychiatre Andrew Meltehoff de l'université de Washington, il existe un défaut central chez la personne avec autisme ; leur incapacité à se représenter ce que les autres pensent.

On estime que vers l'âge de 4 ans les enfants d'une manière générale réalisent que les autres personnes ont leurs propres désirs, et pensent autrement qu'eux.

Par contre les enfants autistes pensent que tout le monde pense comme eux. Ils ne savent pas que leurs parents, leurs frères et sœurs, camarades ... pensent et voient les choses autrement qu'eux. (Roge, 2003)

7) Diagnostic et évaluation :

L'autisme est un trouble du développement très sévère qui nécessite une démarche extrêmement rigoureuse dans l'argumentation et l'évolution de la gravité du trouble. La confusion qui a longtemps existé quant aux critères diagnostiques de l'autisme infantile, s'est sensiblement dissipée avec une description précise des symptômes autistiques, puisqu'on s'oriente vers l'existence d'un groupe de symptômes. (Rutter & Schopler, 1991)

Pour poser le diagnostic d'autisme il faut non seulement opérer un regroupement de symptômes dits autistiques, mais tenir compte du contexte social et familial de l'enfant de son histoire médicale et biologique et les hypothèses étiologiques avancées.

7.1 Evaluation clinique :

Le bilan clinique repose en premier sur l'ensemble des renseignements recueillis sur l'histoire de l'affection.

Un bilan clinique au moyen d'instruments cliniques quantitatifs qui regroupent la plupart des comportements observés chez l'enfant autiste. (Lelord & Sauvage, 1990)

7.2 Evaluation médicale :

L'intérêt des examens propres à la pédiatrie, la neurologie, et la neuropsychologie va croissant.

On s'attarde sur l'exploration des incidents lié à la grossesse, à l'accouchement, ainsi qu'aux affections métaboliques, infectieuses, génétiques...

Pour contribuer à la connaissance et à la compréhension de l'autisme, des disciplines qui se sont longtemps ignorées ; tels que la pédiatrie, la neurologie, la psychologie, la psychiatrie, l'imagerie fonctionnelle... se sont rapprochées grâce à l'avancée de la recherche scientifique dans les domaines biologique, génétique et la percée des neurosciences. (Lelord & Sauvage, 1990)

7.3 Evaluation psychomotrice :

Il est également important à réaliser de manière précise, car il nous renseigne en particulier sur la manière dont l'enfant investit son corps.

Par exemple, il peut révéler la méconnaissance, de la part de l'enfant, de certaines parties de son corps, comme les parties qu'il ne peut pas voir par l'absence de représentation mental de celle-ci.

L'évaluation portera sur :

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

7.4 Evaluation psychologique :

L'examen psychologique repose sur deux objectifs :

L'évaluation du niveau de développement de l'enfant afin de préciser les capacités intellectuelles, perceptives, motrices, et linguistiques de l'enfant.

Il existe des épreuves d'intelligence non verbale et verbale, de développement du langage, de la communication, de la mémoire visuelle auditive, et l'organisation de programmes thérapeutiques et éducatifs.

Dans le cadre de l'examen psychologique, le psychologue dispose d'échelles d'observation permettant de décrire finement une symptomatologie comportementale dans les domaines variés tels que le mode de contact avec son entourage, l'utilisation des objets. (Lelord & Sauvage, 1990)

7.5 Evaluation du langage :

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

8) La prise en charge des enfants autistes :

La prise en charge des enfants autistes exige une intervention thérapeutique dans le but d'améliorer leurs comportements par un programme qui se compose des interventions éducatives dans l'ensemble des domaines du développement.

8.1 L'éducation structurée :

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

L'éducation proposée aux enfants autistes est spécifique car le développement des enfants autistes présente des particularités dont il faut tenir compte pour

planifier les apprentissages et les organiser de manière cohérente en fonction des objectifs poursuivis. Les enfants porteurs d'autisme font difficilement des apprentissages spontanés. Ce programme se base sur des fonctions telles que l'imitation, la perception, la motricité, l'attention, ainsi que le langage et la communication dans le but de développer et d'améliorer ces capacités pour une meilleure adaptation à son entourage. (Roge, 2003)

8.2 Programme ABA :

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

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

8.3 Programme TEACCH :

Le programme TEACCH a été conçu en 1966 à l'université de Caroline du Nord par Schopler, actuellement il est considéré comme le programme le plus influent pour les personnes autistes, ce programme repose sur le travail comportemental avec la personne atteinte d'autisme se situe dans un partenariat avec les professionnels qui l'encadrent habituellement et avec sa famille. Il s'agit de faire comprendre le fonctionnement particulier sur le plan cognitif et social, et

d'accompagner la mise en place de stratégies éducatives adaptées et d'aider la famille à gérer le cursus scolaire ou professionnel.

Ce travail au niveau comportemental est complété par la dimension cognitive dès que la personne concernée a le niveau requis pour y accéder. Une première approche est l'entraînement aux habilités sociales sur un premier plan, la personne est entraînée à reconnaître et à comprendre les émotions. Ce travail se fait généralement à l'aide de supports visuels sous forme d'images, de photos ou de vidéos. Un travail complémentaire est effectué par l'apprentissage de comportements à adopter et à mettre en œuvre dans le bon contexte social. (Roge, 2003)

9) Autisme de haut niveau :

L'autisme de haut niveau est une forme rare d'autisme les enfants affectés présentent les symptômes de l'autisme infantile (interactions sociales difficiles, troubles du comportement, perception du monde et émotions altérées, centre d'intérêt spécifiques...) néanmoins, leur évolution s'effectue de manière satisfaisante. Malgré leurs troubles, ils parviennent à interagir avec les autres.

Kim peek, qui a inspiré le célèbre personnage du film Rain Man illustre l'autisme de haut niveau.(Santé –médecine journal des femmes. Com)

Synthèse

On peut considérer l'autisme comme un trouble qui reste toujours méconnu par rapport aux facteurs déclenchant, et ceci à beaucoup suscité la curiosité des chercheurs ce qui a donné lieu à un nombre considérable de théorie. C'est l'un des sujets les plus complexes qui nécessite une intervention multidisciplinaire pour une meilleure prise en charge.

Il est nécessaire de prendre en considération non seulement les enfants autistes mais aussi à contrôler la vie de leurs parents et surtout les mères.

La partie pratique

Chapitre III

Méthodologie de la recherche

Préambule :

La méthodologie est une phase primordiale dans toute recherche scientifique, elle comporte un ensemble d'étape logique et organisées qui rend le travail objectif.

1) Présentation de lieu de recherche:

Nous avons effectué notre recherche au sein d'une association d'aide pour enfants autistes dont le siège est situé à cité Remla à Bejaia nommé d'un monde à l'autre(ADEA). Est une association qui a été créé en Août 2012 sous l'agrément numéro 08 /2012, cette association fait partie intégrante d'une l'unité de prise en charge des enfants autistes de Ihaddaden c'est une association à caractère socio-éducatif.

L'unité a ouvert ses portes le 03 mars, pour les enfants autistes qui sont pris en charge en demi-pension .la capacité d'accueil ne dépasse pas 15 enfants, on trouve 08 autistes intégré.

Sa structure est composée d'un appartement, F3 une salle qui est le bureau de l'association et autre considéré comme atelier de travail, et des salles de stimulation et une cuisine

- **Le personnel :**

Cette association est constituée de 7 employés, dont : une éducatrice, quatre orthophonistes, chargé d'améliorer et d'aider les enfants sur le plan langagier. Accompagner d'une psychologue scolaire, tous inclus dans la prise en charge adapté à ses enfants autistes, ainsi que l'orientation de leurs parents.

- **Les projets de l'association :**

La création d'un centre de prise en charge des enfants autistes, peut accueillir tous les enfants de la wilaya de Bejaia .pouvoir créer des classes spéciales dans les écoles publiques.

2) La démarche de la recherche

2.1 La pré-enquête :

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

Selon Madeleine. G, la pré-enquête consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments prévus pour effectuer l'enquête. Si l'on a des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs. (Madeleine, 2001)

On a effectué notre pré-enquête au niveau de l'association d'aide pour enfants autistes dont le siège est situé à cité Remla à Bejaia nommé d'un monde à l'autre. La où s'est rapproché de notre population d'étude, qui est les mères d'enfants autistes afin d'observer leurs situations, et faire face a leurs anxiété, à travers un entretien et une échelle d'évaluation.

Aussi on a écouté l'ensemble des conseils des professionnels de cette association (psychologues cliniciens, Orthophonistes, Educateurs) , et celui de notre directeur de recherche , qui nous ont aidés à avancer dans notre recherche.

2.2 La méthode clinique: Dans notre recherche nous avons opté pour la méthode clinique la plus appropriée pour approcher à la vie des mères d'enfants atteints d'autisme, et ce à travers une étude de cas.

Lagache (1949) dit que les méthodes cliniques envisagent la conduite dans sa perspective propre, relevé aussi fidèlement que possible la manière d'être, d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation cherche à en établir le sens, la structure et à résoudre ces conflits. (Chahraoui & Coll, 2003)

Elle répond aux exigences de références à l'étude de cas, à la singularité des sujets et la totalité des situations concrètes. Elle utilise l'entretien, les tests et les échelles d'évaluation, le dessin et le jeu, l'observation pour l'étude de cas. (Pedinelle, 1994)

La méthode clinique devra définir son hypothèse de recherche, ses outils méthodologiques qu'on aura sélectionnés. (Castarede, 2003)

➤ **L'étude de cas :**

Elle est définie en tant que « observation approfondie de sujets particuliers qui se poursuit parfois pendant des années, au cours desquelles sur son milieu de vie, sur l'incidence psychologique de certains événements sociaux, sur les accidents de santé ; document personnels : production artistique (dessin, peintures, journaux intimes, etc.). On procède de façon analogue pour les groupes, de l'ensemble des éléments recueillis, on tire de précieux enseignements sur les sujets eux-mêmes, mais aussi des hypothèses, et des lois d'ordre général ». (Sillamy, 2003)

L'étude de cas sert à accroître les connaissances concernant un individu donné, elle permet de regrouper un grand nombre de données issues des méthodes différentes (entretiens, tests projectifs, questionnaires, échelles cliniques,

témoignages de proches), afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son contexte de vie.

L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques, mais tente de révéler le problème d'un sujet dans un contexte de la vie où sont prise en compte différents niveaux d'observation et de compréhension, organisation de la personnalité, relations avec l'environnement et avec l'entourage, événements présent et passés .De l'ensemble de ces données descriptives, le clinicien essaiera de focaliser l'analyse sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraîné la situation problématique ». (Chahraoui & Coll, 2003)

La méthode de l'étude de cas consiste donc à rapporter une situation réelle prise dans son contexte, et à analyser pour voir comment se manifestent et évoluent les phénomènes auxquelles chercheur s'intéresse.

3) La population d'étude

Notre population d'étude comprend cinq sujets, que nous avons sélectionnés à partir de onze cas qu'on a déjà consulté, après les avoir sollicités et obtenu leurs consentements pour participer avec nous dans cette recherche, en leur expliquant la nature et l'objectif de notre recherche, ainsi que son déroulement qui inclura la réalisation des entretiens avec enregistrement et la passation d'une échelle d'évaluation d'anxiété.

4) Les techniques utilisées

La technique, peut être l'outil ou le moyen approprié qui permet au chercheur de réaliser sa recherche, tout en suivant les procédures que cette technique peut suggérer afin d'aboutir aux objectifs désirés.

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 essentiel et de garantir une collecte d'observation et /ou de mesures prétendues scientifiquement acceptables et réunissant suffisamment de qualités d'objectivité et de rigueur pour être soumises à des traitements analytique. (Aktouf, 1987)

Les techniques mises en œuvre dans notre pratique sur le terrain sont ; l'entretien clinique de recherche de type semi-directif et l'échelle d'anxiété d'Hamilton.

4.1 L'entretien clinique

L'entretien clinique est la technique principale sur laquelle s'appuient le psychologue, qu'il soit à visée thérapeutique ou d'évaluation ou encore dans un but de recherche, l'entretien se fonde sur la parole. La prise de parole permet aux partenaires de se présenter et de se situer dans le dispositif. De plus, la parole offerte au patient met le clinicien en position de devoir écouter ce que le patient a à dire. Dans cette mise en acte singulière de la parole transparaît la position de sujet, soit sa vérité ainsi que sa place qu'il réserve au psychologue dans le dispositif, se présentent également des informations

Nécessaires au clinicien concernant les motifs de la consultation, l'histoire du patient, les antécédents personnels et familiaux, l'histoire des troubles et le moment de leur apparition. Le mode de fonctionnement psychique est appréhendé à partir d'une analyse psycho-dynamique qui inclut la prise en compte des mécanismes de défenses, du mode de relation d'objet, des modes d'investissement libidinal et la nature de conflit psychique est appréhendé à partir d'une analyse psycho-dynamique qui inclut la prise en compte des mécanismes de défenses, du mode de relation d'objet, dès d'investissement libidinal et la nature de conflit psychique. (Capdeveille & Coll, 2004)

Il existe trois type d'entretien clinique : l'entretien directif, l'entretien non directif, et l'entretien semi-directif, ce dernier qu'on va utiliser dans notre recherche, est défini comme suit :

4.2 L'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif se définit en tant que guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance. Bien entendu le chercheur pose une question puis laisse le sujet s'exprimer librement mais seulement sur le thème proposé sans l'interrompre.

Car l'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien propose un cadre qui permet au sujet de dérouler son récit. Autrement dit ce type d'entretien favorise l'expression libre et associative à partir d'une question ouverte tout en orientant la personne sur des questions précises pour lesquelles l'examineur souhaite une réponse. (Chahraoui & Coll, 2003)

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

5) Présentation du guide d'entretien :

Le guide d'entretien comprend des axes thématiques à traiter, le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne doivent pas être posées d'une manière directe, il s'agit d'avantage de thème à aborder que le chercheur connaît bien. (Chahraoui & Coll, 2003)

L'entretien clinique se fait avec un guide d'entretien, dans lequel le clinicien intervient auprès des sujets qui constituent sa population d'étude. Il est plus ou moins structuré, il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions, d'opérations et d'indications qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'entretien. La consigne doit être formulée à l'avance par le clinicien et elle doit être généralisée et identique pour tous les sujets.

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 relationnelle familiale et sociale.

6) L'échelle de l'anxiété d'Hamilton

6.1 Historique et définition

L'échelle d'Hamilton a été l'une des premières échelles de notation développée pour mesurer la gravité des symptômes d'anxiété. Elle a été présentée par HAMILTON en 1959, comme instrument permettant l'évaluation quantitative de l'anxiété névrotique. En 1976, elle a été incluse par le NIMH dans le "ECDEU Assessment Manual". Elle a été traduite en français par PICHOT P.

6.2 Mode de passation et cotation:

Elle comporte 14 items que va coter un évaluateur après un entretien clinique classique. D'après Pichot, P la note 0 correspond à l'absence de manifestation des symptômes, la note 1 correspond à des manifestations d'intensité légère, la note 2 correspond à des manifestations d'intensité moyenne, 3 à des manifestations d'intensité forte et 4 à des manifestations d'intensité extrême, véritablement invalidante La note 4 ne doit être attribuée qu'exceptionnellement à des malades ambulatoires. La cotation est déterminée par la symptomatologie actuelle c'est-à-dire, le comportement au cours de l'entretien ou des symptômes d'une durée maximum d'une semaine.

-La note 1 correspond à une présence très légère.

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

-La note 3 correspond est à une forte présence du symptôme.

-La note 4 est donnée lorsque le symptôme est très aigu, envahissant et invalide le patient. (Bouvard & Coutraux, 2002)

6.3 La présentation de l'échelle

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

1. Humeur anxieuse

Inquiétude, Attente de pire, appréhension (anticipation avec peur), irritabilité, consommation de tranquillisants.

2. Tension

Impossibilité de se détendre, réaction de sursaut, pleurs faciles, tremblements, sensation d'être incapable de rester en place, Fatigabilité.

3. Peurs

De mourir brutalement, d'être abandonné, du noir, des gens, des animaux, de la foule, des grands espaces, des ascenseurs, des avions, des transports, etc.

4. Insomnie

Difficultés d'endormissement, Sommeil interrompu, Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil, rêves pénibles, cauchemars, Angoisse ou malaise nocturnes.

5. Fonctions intellectuelles (cognition)

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 somatiques généraux (musculaire)

Douleurs et courbatures, raideurs musculaires, Sursauts musculaires, Grincements des dents, contraction de la mâchoire, voix mal assurée.

8. Symptômes somatiques généraux (sensorielle)

Sifflement d'oreilles, Vision brouillée, bouffées de chaleurs ou de froids, Sensations de faiblesse, sensation de fourmis, de picotements.

9. Symptômes cardiovasculaires

Tachycardie, palpitation, douleurs dans la poitrine, battements des vaisseaux, sensations syncopales, extrasystoles.

10. Symptômes respiratoires

Oppression, douleur dans la poitrine, sensation de blocage, d'étouffement, soupirs, respiration rapide au repos.

11. Symptômes gastro-intestinaux

Difficultés pour avaler, douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlure, ballonnement, reflux, nausées, vomissements, creux à l'estomac, Coliques abdominales, borborygmes, diarrhée, constipation.

12. Symptômes génito-urinaires

Règles douloureuses ou anormales, Troubles sexuels (impuissance, frigidité), Miction : fréquentes, urgentes, ou douloureuses.

Respiratoire, Réflexe tendineux vifs, dilatation pupillaire, Battements des paupières.

Chapitre IV

Présentation et analyse des Résultats

1. Présentation et analyses des cas

1^{er} cas : Nadia

Nadia est une jeune femme âgée de 39 ans, d'un niveau d'instruction de 2^{me} AS Lycéenne, elle ne travaille pas, femme au foyer, mariée depuis 13 ans mère de deux enfants, elle a une fille âgée de 13 ans et un garçon autiste âgé de 3 ans.

Résumé de l'entretien

Durant l'entretien, Nadia à été calme, compréhensive, elle a répondu à nos questions sans aucune opposition, pourtant au début, elle na pas acceptée de nous voire, parce qu'elle était vraiment toucher par le trouble de son enfant, elle ne veut pas revenir de tout ce qui est passé. Mais après elle à accepté de nous voir et elle a répondait avec des phrases complète, son visage paraît triste, et elle était stressante.

Analyse qualitative de l'entretien

Nadia nous a raconté que son mariage remonte à 2004, c'était le fruit d'une relation amoureuse. La relation conjugale formait donc un couple normale, «comme tous les ménages» dit-elle en souriant. Elle vivait bien avec son conjoint. La grossesse était programmée et l'idée d'avoir un 2^{me} enfant était voulu par les deux conjoints même si la grande distance entre la 1^{re} grossesse et la 2^{me} grossesse été grande (11ans). L'enfant imaginaire était présent dans la tête de Nadia et elle veut bien réalisée le rêve de sa fille qui est D'avoir un frère. La découverte de la grossesse était un moment de joie et d'enchantement pour le couple et la famille. Ensuite Nadia nous assure que la grossesse s'est déroulée dans des conditions favorable, et qu'il n'y avait aucun problème émouvant. Ainsi que l'accouchement, s'était passé normalement, et à terme. La maman dit qu'elle n'a remarquée aucune anomalie au niveau du bébé lors de sa

naissance, parce qu'il n'y a pas de symptômes, elle dit qu'au début il été un bébé normal, il prononce les premiers mots «Mama», «Papa» aussi il a fait ses premiers pas à 9 mois, mais après elle a remarqué qu'il a développé des gestes comme « le regard périphérique, il tourne des choses,...etc.», pour cela elle a découvert qu'il ya une anomalie, à 18 mois elle décidé de voir un psychologue et elle dit qu'il ya une amie qu'elle a conseillé, après avoir le psychologue et il a donné une lettre d'orientation chez un pédopsychiatre et lui confirmer le diagnostic que son fils est autiste.

L'annonce du diagnostic de l'enfant était un événement traumatique pour les parents surtout pour elle et une blessure narcissique. Elle dit, «c'est un très grand choc pour moi. Jusqu'à présent je le vis», nous déclare t elle. Par conséquent la maman a sombré dans une dépression décrite par la tristesse, pleurs, en disant : «ma vie s'est effondrée en un instant, parfois je m'isole pour pleurer, je ne dors pas bien la nuit».

On révèle également un sentiment de culpabilité lorsqu'elle dit : « je me prive de tout, afin que ma conscience soit tranquille». On trouve aussi de la sensibilité, elle est devenu fragile, lorsqu'elle dit : «des fois je me trouve pleurant sans raison, ou je m'énerve au pré de ma famille pour une chose de rien». Comme aussi elle nous révèle un sentiment d'inquiétude lorsqu'elle dit : «c'est l'avenir de mon enfant qui m'inquiète beaucoup, plus....et je pose toujours la question, pourquoi j'ai pas réussi à avoir un enfant normal ?». Comme aussi en peut souligner la présence de sentiment de la timidité, lorsque elle dit : «je le cache, car je ne voulais pas que les autres le voire.....je n'aime pas leurs jugements».

-L'analyse du résultat sur l'échelle d'anxiété d'Hamilton :

- **Présentation des résultats.**

Nadia a eu le score de 19, qui signifie une anxiété légère à modérée car :

Dans le 1^{er} item «**Humeur anxieuse**» qui couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le future, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible. La patiente a répondu que quelques fois, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficiles, à contrôler car l'inquiétude porte sur des blessures graves arrivé que cela interfère avec la vie quotidienne.

Dans le 2^{eme} item «**Tension nerveuse**» qui inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée. La patiente a répondu que l'agitation intérieure et la nervosité sont si intenses ou fréquentent qu'elles interfèrent occasionnellement avec son travail et sa vie quotidienne.

Dans le 3^{eme} item «**Craintes**» qui inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics d'être seule, de la circulation, des inconnus, du noir, etc. Il est important de noter s'il y a eu davantage d'anxiété phobique que d'habitude pendant cet épisode. La patiente a répondu mais n'est pas clair si ces craintes sont présentes ou pas.

Dans le 4^{eme} item «**Insomnie**» qui couvre l'expérience subjective de la patiente concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération. La patiente a répondu que la durée est peu ou pas réduite (par exemple par de légères difficultés d'endormissement), mais il n'y a pas d'altération de la profondeur du sommeil.

Dans le 5^{eme} item «**Troubles de la concentration et de la mémoire**» qui couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidienne et les problèmes de mémoire. La patiente a répondu qu'elle n'a ni plus ni moins de difficultés à se concentrer que d'habitude.

Dans le 6^{ème} item «**Humeur dépressive**» qui couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir. La patiente a répondu qu'elle est plus clairement concernée par des vécus déplaisant, bien qu'elle ne sente ni impuissant ni sans espoir.

Dans le 7^{ème} item «**Symptômes somatiques généraux (musculaire)**» qui couvre la faiblesse, raideur, allodynie ou douleur, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque. La patiente a répondu qu'elle n'est ni plus ni moins douloureuse ni n'éprouve plus de raideurs dans les muscles que d'habitude.

Dans le 8^{ème} item «**Symptômes somatiques généraux (sensorielle)**» qui inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision flou, des boufféesde chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillements. La patiente a répondu que les sensations de pression sont fortes au point que les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillements de la peau.

Dans le 9^{ème} item «**Symptômes cardiovasculaires**» qui inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsations, de «cognement» dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir. La patiente a répondu que ces symptômes est absents.

Dans 10^{ème} item «**Symptômes respiratoires**» qui couvre les sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirante. La patiente a répondu qu'elle a des difficultés occasionnelles pour contrôler les symptômes respiratoires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne.

Dans le 11^{ème} item « **Symptômes gastro-intestinaux**» qui couvre les

difficultés à avaler, la sensation de «descente» brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'œsophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être «remplir», la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée. La patiente a répondu par l'absence de symptômes gastro-intestinaux.

Dans le 12^{ème} item «**Symptômes génito-urinaires**» qui inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection. La patiente a répondu par l'absence de symptômes génito-urinaires.

Dans le 13^{ème} item «**Symptômes du système nerveux autonome**» qui inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges. La patiente a répondu que un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents, mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne.

Dans le 14^{ème} item « **comportement lors de l'entretien** » : pendant l'entretien la patiente paraît, tendu, nerveuse, agitée, inquiété, tremblante, pâle, en sueur, une estimation globale est faite sur base de ces observations, nous montre que la patiente est modérément anxieuse.

Analyse générale du cas de Nadia :

On note en générale que le cas Nadia a manifesté un certain nombres de troubles psychologiques dont manifestement de l'anxiété, le score obtenu sur l'échelle d'Hamilton vient le confirmer en partie (19) estimé légère à modéré, le contenu de l'entretien ainsi que l'observation directe nous a permis de confirmer en partie cet état d'anxiété, ce dernier peut s'expliquer par le fait que notre cas s'estime dans l'incapacité d'affronter la situation dans laquelle elle se trouve , en effet l'état de son fils représente pour elle une source manifeste et constante de

stress et d'anxiété devant lesquels elle se trouve incapable de réagir dont telle ou telle situation.

2^{ème} cas: Sonia

Sonia est une jeune femme âgé de 36 ans, d'un niveau d'instruction Doctorat, elle travail comme enseignante des sciences de langage, mariée, mère seul enfant autiste âgé de 4 ans.

1-Résumé de l'entretien

Durant l'entretien Sonia a été calme, compréhensive et elle a répondu à nos questions sans aucune opposition.

2-Analyse qualitative de l'entretien

Sonia s'est mariée en 2011, avec un homme qu'elle aime. la relation conjugale formait donc, un couple normal « comme tous les ménages dit-elle en souriant. L'idée d'avoir un enfant été pas voulue. C'est-à-dire que la grossesse n'était pas programmé car elle n'était pas prête, elle a soulevé qu'elle était durant cette période stressé par rapport à ses études parce qu'elle était entrain de préparer la thèse de Doctorat. Ainsi que épuisée par le trajet qu'elle faisait quotidiennement entre la maison et le travail. Ensuite, l'accouchement était à terme, mais provoqué .A la naissance du nouveau né, il n'a pas pleuré, il fallu le frappé à ses fesses .Autrement, Sonia n'a remarqué aucun trouble, c'est après quelques mois que le bébé commençait à présenter des anomalies concernant le regard et l'attention.

La réaction de Sonia à l'annonce du diagnostic de l'enfant était un événement traumatique pour elle, « c'est un choc pour moi- jusqu'à présent je le vis » nous déclare t : elle, par conséquent la maman a sombré dans une dépression décrite par la tristesse, pleurs, troubles du sommeil, en disant « ma vie s'est effondrée en un instant, parfois je m'isole pour pleurer, je ne dors pas la nuit ».

L'autisme de l'enfant a beaucoup influencé sur la vie psychique de Sonia ,dans

laquelle on peut trouver des troubles de l'humeur à caractère dépressif dû aux sentiments de déception et perte d'intérêt, telle que la tristesse, lorsque elle dit : « j'aime rester seule », « je suis désespéré », « j'ai croyait vivre le bonheur avec l'enfant ». On souligne aussi un sentiment d'inquiétude par rapport à l'avenir de l'enfant quand elle dit : « je veux qu'il acquiert son autonomie, si non, comment il va vivre si on disparaîtra un jour ».

3-1'analyse du résultat sur l'échelle d'anxiété d'Hamilton

- **Présentation des résultats**

Sonia eu le score de 21, qui signifie une anxiété léger a modérée car :

Dans le 1^{er} item « **Humeur anxieuse** » qui couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le future, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible .la patiente a répondu qu'elle est pus inquiète et plus irritable, le sentiment d'effroi est présent si souvent qu'il interfère de manière marqué avec sa vie quotidienne.

Dans le 2^{eme} item « **tension nerveuse** » qui inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, et la fatigue agitée. La patiente a répondu que l'agitation intérieure et la nervosité sont si intense ou fréquentes qu'elles interfèrent occasionnellement avec le travail et sa vie quotidienne.

Dans le 3^{eme} item « **Craintes** »qui inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans les lieux publics, d'être seule, de la circulation, des inconnus, du noir, etc.il est important de noter s'il y a eu davantage d'anxiété phobique que l'habitude pendant cet épisode. la patiente a répondu qu'elle vit de l'anxiété phobique mais elle est capable de lutter contre.

Dans le 4^{eme} item « **insomnie** » qui couvre l'expérience subjective de la patiente concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois

nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération. La patiente a répondu que la profondeur du sommeil étant plus superficiel .l'entièreté du sommeil est quelque peu perturbée.

Dans le 5^{ème} item « **troubles de la concentration et de la mémoire** » qui couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire. La patiente a répondu qu'elle n'a ni plus ni moins de difficultés à se concentrer que d'habitude.

Dans le 6^{ème} item « **humeur dépressive** » qui couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir .la patiente a répondu qu'elle est plus clairement concerné par des vécus déplaisants, bien qu'elle ne sente ni impuissante ni sans espoir.

Dans le 7^{ème} item « **Symptômes somatiques généraux (musculaire)** » qui incluent la faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque. La patiente a répondu que les symptômes sont caractéristiques de la douleur.

Dans le 8^{ème} item « **Symptômes somatique généraux (sensorielle)** » qui incluent une fatigabilité accrue ainsi que la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid et des sensations de fourmillements. La patiente nous a répondu que les sensations de pression sont fortes, et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillement de la peau.

Dans le 9^{ème} item « **Symptômes cardiovasculaires** » qui inclut les tachycardies, les palpitations, l'oppression, la douleur dans les vaisseaux

sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir, la patiente a répondu par l'absence de ces symptômes.

Dans le 10^{ème} item « **Symptômes respiratoires** » qui couvre les sensations de constriction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirante. La patiente a répondu qu'elle a des difficultés occasionnelles pour contrôler les symptômes respiratoire qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

Dans le 11^{ème} item « **Symptômes gastro-intestinaux** » qui couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brulant dans l'œsophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée. La patiente a répondu qu'il n'est pas clair s'il existe une différence avec le vécu habituelle.

Dans le 12^{ème} item « **Symptômes génito-urinaire** » qui inclut des symptômes non lésionnels ou psychique s comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection. La patiente a répondu qu'il n'est pas clair si présents ou non (ou s'il existe une différence avec le vécu habituel).

Dans le 13^{ème} item « **Symptômes du système nerveux autonome** » qui inclut la sécheresse buccale, les rougeurs, ou la pâleur, les bouffés de transpirations et les vertiges. La patiente a répondu qu'un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents, mais interfèrent pas avec la vie quotidienne et son travail.

Dans le 14^{ème} item « **Comportements lors de l'entretien** » pendant l'entretien une estimation globale est faite sur base de nos observations, la patiente s'est

montrée modérément anxieuse.

4-Analyse générale du cas de Sonia :

Sonia a développée un certain nombre de troubles psychologiques notamment l'anxiété suite à l'atteinte de son fils d'autisme. et ça est confirmé par le score obtenu sur l'échelle ou elle a eu le score de (21), ce qui signifie une anxiété légère à modéré, le contenu de l'entretien ainsi que l'observation directe nous a permis de confirmer son état d'anxiété, ce dernier peut s'expliquer par le fait que notre cas s'estime dans l'incapacité d'affronter la situation dans laquelle elle se trouve, en effet l'état de son fils représente pour elle une source de stress et d'anxiété qui ont bouleversé la vie de ce cas.

3^{ème} cas : Fahima

Fahima est une jeune femme âgée de 36 ans, femme au foyer, mariée et mère de deux enfants, dont l'aîné et autiste «Abdeslam » âgé de 3 ans et demi. Fahima a un niveau d'instruction de terminal. Abdeslam a été diagnostiqué par un pédopsychiatre à l'âge de 24 mois et intégré dans l'association d'aide pour les enfants autiste depuis une année.

1-Résumé de l'entretien

Durant l'entretien Fahima a été perturbé, stressé son visage paraît souriant, ou même temps elle a des larmes aux yeux mais elle a répondu à nos questions sans aucune opposition.

2-Analyse qualitative de l'entretien

Fahima nous raconte qu'elle s'est mariée depuis cinq ans. C'était en 2012 Avec un homme qu'elle ne connaissait pas antérieurement. Donc c'est un mariage traditionnel. Par la suite, la relation conjugale s'améliore de plus en plus, et elle déclare qu'elle était bien, ou on souligne l'idéalisation de soi. Le couple vivait donc en harmonie. La grossesse était programmée, et l'idée d'avoir un enfant était voulue par les deux conjoints, l'enfant imaginaire aussi était présent, la maman s'est fantasmée d'avoir un enfant ; intelligent, instruit, etc. la découverte de la grossesse était un moment de joie et d'enchantement pour le couple. Elle dit qu'à 4 mois de la grossesse tout a changé. Elle dit « j'ai vécu des problèmes familiaux qu'il a poussé à haïr son bébé. Parce que tout le temps est stressé, fatigué...Etc. elle dit aussi « que la grossesse était catastrophique ». Ensuite ; l'accouchement été dure. A la naissance de nouveau né, il n'a pas pleuré, il a fallu de le frapper à ces fesses. Après la naissance de son enfant elle a abandonnée.

A l'âge de 15 mois elle a remarqué que son enfant à quelques choses donc elle à décider de dire au pédiatre après quelques mois le pédiatre la orienté chez un pédiatre qu'il a diagnostiqué Abdeslam après il a confirmé que Abdeslam est autiste.

La réaction de Fahima à l'annonce du diagnostic était bouleversante est traumatique. C'était un moment très difficile d'ailleurs elle avait perdu conscience « je ne connais rien, on dirait que j'étais dans un autre monde, c'est maintenant que je me rends compte », nous dit elle, « je passais des jours et des nuits à pleurer. La maman a fait une dépression réactionnelle puis après elle à commencé à faire le deuil afin d'accepter la situation de son fils.

Fahima nous révèle plusieurs troubles psychologiques, qui sont liés à la survenue de l'handicap de son fils. Parmi ces troubles : on trouve la tristesse lorsqu'elle dit : « je passe des jours et des nuits à pleurer ». La maman révèle aussi un sentiment d'inquiétude dans le passage qui dit « je ne le laisse à personne pour s'occuper de lui, et je ne fais confiance à personne » .ainsi que lorsqu'elle dit : « je voyais son avenir flou ». Fahima a paraît sensible quand elle dit « je n'aime pas qu'on le traite de handicap, ou qu'on me traite d'une maman d'un fils autiste ».

3- L'analyse du résultat l'échelle d'anxiété d'Hamilton

- **Présentation des résultats**

Fahima a eu le score de 28, qui signifie une anxiété modéré à grave car :

Dans le 1^{er} item « **humeur anxieuse** » qui couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le future, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible. Attente de pire. La patiente a répondu que quelques fois, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficile à

contrôler car l'inquiétude porte sur des blessures grave ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur.

Dans le 2^{eme} item « **tension nerveuse** » qui inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements plus en plus la tension et l'agitation interfèrent constamment avec la vie quotidienne.

Dans le 3^{eme} item « **craintes** » inclut la peur ou la crainte d'être dans un foule, peurs de mourir brutalement d'être seule, de la circulation des inconnus, du noir etc.la patiente à rependu qu'elle est forte ne peur de rien.

Dans le 4^{eme} item « **Insomnie** » qui couvre, l'expérience subjective de la patiente concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération.la patiente a rependu que le sommeil est peu profond et accompagner des cauchemars et des rêves de son fils.

Dans le 5^{eme} item « **trouble de la concentration et de la mémoire** » qui couvre les difficultés les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire.la patiente à répondu qu'elle éprouve ni plus ni moins de difficultés à se concentrer que d'habitude.

Dans le 6^{eme} item « **Humeur dépressive** » qui couvre à la fois la communication non-verbal de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir. La patiente a répondu qu'elle montre des signes non-verbaux clairs de dépression ou de perte d'espoir.

Dans le 7^{eme} item « **Symptômes somatiques généraux (musculaire)** » qui couvre la faiblesse, raideur, allodynie ou douleur, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la

nuque. La patiente a répondu qu'elle souffre des douleurs musculaires.

Dans le 8^{ème} item « **Symptômes somatiques généraux (sensorielle)** » : qui inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillements. La patiente a répondu que les sensations de pression sont fortes au point que les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillements de la peau.

Dans le 9^{ème} item « **Symptômes cardiovasculaires** » : qui inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsations, de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir. La patiente a répondu que les symptômes cardiovasculaires sont présents, mais elle peut les contrôler.

Dans le 10^{ème} item « **Symptômes respiratoires** » qui couvre les sensations de constriction ou de contraction dans la poitrine et respiration soupirante. La patiente a répondu qu'elle a des difficultés occasionnelles pour contrôler les symptômes respiratoires.

Dans le 11^{ème} item « **Symptômes gastro-intestinaux** » qui couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'œsophage ou l'estomac) , les douleurs abdominales mises en relation avec les repas , la sensation d'être « rempli » ; la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée. La patiente a répondu qu'elle souffre vraiment de ces symptômes.

Dans le 12^{ème} item « **Symptômes génito-urinaires** » qui inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs, pendant les rapports

(dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection. La patiente a répondu qu'elle souffre vraiment de ces symptômes.

Dans le 13^{ème} item « **Symptômes du système nerveux autonomes** », qui inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges. La patiente a répondu par la présence de ces symptômes peu claire.

Dans le 14^{ème} item « **Comportement lors de l'entretien** » pendant l'entretien la patiente sait montrer qu'elle est un peu stressé et perturbé et elle n'est pas claire, elle fait des grimaces incontrôlable, et elle bouge beaucoup.

4-Analyse générale du cas de Fahima:

On générale le cas à manifestée certains troubles psychologiques dont manifestement l'anxiété, le score obtenu dans la passation de l'échelle d'anxiété d'Hamilton vient le confirmé en partie (28) ce qui signifie une anxiété modéré à grave, le contenu de l'entretien ainsi que l'observation directe nous a permis de confirmer cet état d'anxiété , ce dernier peut s'expliquer par le fait que notre cas s'estime dans l'incapacité d'affronter la situation dans laquelle elle se trouve, effet l'état de son fils qui souffre d'autisme représente pour elle une source d'anxiété et d'angoisse.

4^{ème} cas : Nassima

Il s'agit de Nassima, âgé de 42 ans, d'un niveau d'instruction de 4^{ème} année, moyenne, mariée, femme au foyer, elle a un seul garçon âgé de 5 ans qui souffre d'autisme.

1-Résumé de l'entretien

Durant l'entretien, Nassima à été calme, compréhensive, son visage paraît triste, elle s'est montré coopérante, elle a répondu à nos questions sans aucune opposition.

2-Analyse qualitative de l'entretien

Nassima nous a raconté que son mariage remonte à 2005, avec un homme qu'elle ne connaissait pas .donc c'est un mariage traditionnel. Mais la relation conjugale était bien .la grossesse était programmée, et l'idée d'avoir un enfant était voulue par les deux conjoints.la découverte de la grossesse était un moment de joie pour le couple. L'accouchement était passé le plus normalement possible A la naissance de nouveau né la maman n'a remarquée aucune anomalie, et quand il avait l'âge de 13 mois, il a prononcé les premiers mots en disant « Mama, papa »dit Nassima c'est juste récemment, qu'on vient de découvrir qu'il y'a quelque chose qui n'est pas normal. Elle dit qu'elle remarqué que son fils ne pointe pas, il tourne les objets et il fait des crises, après tout ça elle a décidé de voir un pédopsychiatre, qui a confirmé le diagnostic.

Au moment de l'annonce du diagnostic, la maman était traumatisée. C'était un moment très difficile, elle dit à ce moment là « je ne reconnais rien, on dirait que j'étais dans un autre monde ».c'est après quelques mois qu'elle a commencé à accepter la situation de son fils.

L'autisme de l'enfant a beaucoup influencé sur la vie psychique de Nassima

,comme des sentiments de déception et perte d'intérêt , telle que la tristesse lorsque elle dit « j'aime rester toute seule », « j'étais désespéré », Ainsi , il y a un sentiment de crainte quant au risque d'avoir d'autres enfants autistes, On souligne aussi un sentiment d'inquiétude par rapport à l'avenir de l'enfant .On a remarqué aussi que Nassima est très attaché à son fils parce-que c'est son enfant unique .

3- Analyse du résultat sur l'échelle d'anxiété d'Hamilton cas de Nassima

- **Présentation des résultats**

Nassima a eu le score de 30, marqueurs d'une anxiété modéré a grave car :

Dans le 1^{er} item « **Humeur anxieuse** » qui couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible. La patiente a répondu qu'elle ne se sent ni plus ni moins sur elle et n'est ni plus ni moins irritable que d'habitude.

Dans le 2^{eme} item « **Tension nerveuse** » qui inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée. La patiente dit clairement être incapable de se détendre et est emplie d'agitation intérieure, qu'elle trouve difficile à contrôler, mais c'est toujours sans influence sur sa vie quotidienne.

Dans le 3^{eme} item « **Craintes** » qui inclut la crainte d'être dans une foule , des animaux , d'être dans des lieux publics, d'être seule, de la circulation, des inconnus, du noir , etc. Il est important de noter s'il y a eu davantage d'anxiété phobique que d'habitude pendant cet épisode.

La patiente nous a répondu qu'il n'est pas clair si ces craintes sont présentes ou pas.

Dans le 4^{ème} item « **Insomnie** » qui couvre l'expérience subjective de la patiente concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération. La patiente nous a répondu que la durée du sommeil et sa profondeur son altérée de manière marquée. Le total des épisodes de sommeil n'est que de quelques heures sur 24.

Dans le 5^{ème} item « **Troubles de la concentration et de la mémoire** » qui couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire. La patiente nous a répondu qu'elle éprouve des difficultés prononcées de concentration, de mémoire, de prise de décisions ; par exemple, pour lire un article dans le journal ou regarder une émission télévisée jusqu'à sa fin.

Dans le 6^{ème} item « **Humeur dépressive** » qui couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir. La patiente est plus clairement concerné par des vécus déplaisants, bien qu'elle ne se sente ni impuissante ni sans espoir.

Dans le 7^{ème} item « **Symptômes somatique généraux (musculaire)** » qui inclut la faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles. La patiente nous a répondu que les douleurs musculaires interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie et le travail quotidiens de la patiente.

Dans le 8^{ème} item « **Symptômes somatiques généraux (sensorielle)** » qui inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et de fourmillements. La patiente nous a répondu que les symptômes

sensoriels en général sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail de la patiente.

Dans le 9^{ème} item « **Symptômes cardiovasculaires** » qui inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsations, de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir. La patiente a répondu qu'elle a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes cardio-vasculaire, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

Dans le 10^{ème} item « **Symptômes respiratoires** » qui couvre les sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration sœurpirante. La patiente a répondu que les symptômes respiratoires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail de la patiente.

Dans le 11^{ème} item « **Symptômes gastro-intestinaux** » qui couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'œsophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée. La patiente nous a répondu qu'elle a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes gastro-intestinaux, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

Dans le 12^{ème} item « **Symptômes génito-urinaires** » qui inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection. La patiente a répondu qu'elle ne présente pas ses symptômes.

Dans le 13^{ème} item « **Symptômes du système nerveux autonome** » qui inclut la sécheresse buccale , les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges. La patiente a répondu que occasionnellement, un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents à un degré tel qu'ils interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et son travail.

Dans le 14^{ème} item « **comportement lors de l'entretien** » pendant l'entretien une estimation globale est faite sur base de nos observations, la patiente s'est montrée anxieuse de façon marquée à tel point qu'on la trouvée tendue, inquiète, et agitée.

4-Analyse générale de l'entretien

On souligne que Nassima a développé des troubles psychologiques notamment l'anxiété suite à l'atteinte de son fils d'autisme. Le score obtenu dans la passation de l'échelle d'anxiété d'Hamilton vient confirmer en grande partie (30) estimé une anxiété modéré à grave , le contenu de l'entretien ainsi que l'observation directe nous a permis de confirmer en partie cet état d'anxiété .

L'état de son fils représente pour elle une source manifeste de d'angoisse, de stress qui ont influencé sur son psychisme.

5^{ème} cas Meleaze :

Il s'agit de Meleaze, âgé de 41 ans, d'un niveau d'instruction de 3^{ème} année primaire, Marié, elle a 3 filles et un garçon âgé de 5 ans qui souffre d'autisme.

1-Résumé de l'entretien

Durant l'entretien, Meleaze s'est montré triste, mais malgré ça elle à répondu à nos questions sans aucune opposition.

2-Analyse qualitative de l'entretien

Meleaze raconte que son mariage remonte à 1997, avec un homme qu'elle ne connaissait pas antérieurement. Donc c'est un mariage traditionnel. Par la suite la suite, la relation conjugale s'améliore de plus en plus, et elle déclare qu'elle était bien au début. La grossesse était programmée, et l'idée d'avoir un enfant était voulue par les deux conjoints, la maman s'est fantasmé d'avoir un enfant ; intelligent, instruit, etc. Donc la découverte de la grossesse était un moment de joie et d'enchantement pour le couple, l'accouchement était normal, la maman dit qu'elle n'a remarqué aucune anomalie au niveau du bébé lors de sa naissance, parce qu'il n'y a pas de symptômes. S'est à partir de sept mois qu'elle a remarquée que son bébé a quelques choses parce que il commencer a présenté des symptômes (il tourne les yeux, il ne fixe pas le regarde, ...etc. Par la suite, les parents l'ont emmené chez un pédopsychiatre, qui leur a confirmé le diagnostic.

Au moment de l'annonce du diagnostic, la maman était traumatisée. Elle racontait qu'elle était choquée, quand elle a entendu l'annonce du pédopsychiatre .Elle disait : « j'ai failli avoir une crise », elle parlait en pleurant : « j'ai cru que le monde s'est arrêté »,et elle se sentait même déprimée, il s'agissait d'une dépression réactionnelle, quand elle disait : « je ne dormais

pas la nuit, et je revivais tout ce que le pédopsychiatre me disait , quand je dormais », je sentais que ma tête tournait , ..., et je me rappelle de tous les mots, ... ».

C'est la maman qui subit tout, et c'est elle seule qui s'occupe de la prise en charge de son fils.

On a remarqué un sentiment d'ambivalence par rapport à son attitude vis-à-vis de son fils, tantôt elle dit « je ne sais pas », (un moment de pleurer), elle ajoute aussi : « mon fils est tout pour moi », « si dieu le veut, il va être mieux » en pleurant encore. Comme on a soulevé un sentiment d'inquiétude par rapport à l'avenir de son fils et ses études, dans l'éventuelle disparition de la maman, quand elle dit : « comment il va faire ses études, si quelqu'un va lui faire du mal, qui va s'occuper de lui si je ne serai pas avec elle, après ma mort ».

3- Analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton

- **Présentation des résultats**

Meleaze à eu le score de **43**, qui signifie une anxiété grave car :

Dans le 1^{er} item « Humeur anxieuse » qui couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible. La patiente a répondu quelques fois, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficile à contrôler par l'inquiétude porte sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur, il est arrivé que cela interfère avec sa vie quotidienne.

Dans le 2^{eme} item « Tension nerveuse » qui inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée. La patiente nous a répondu que l'agitation intérieure et la nervosité sont si intense ou fréquentes qu'elles interfèrent occasionnellement avec le travail et la vie

quotidienne de la patiente.

Dans le 3^{ème} item « **Craintes** » qui inclut la crainte d'être dans une foule , des animaux , d'être dans des lieux public, d'être seul, de la circulation, des inconnus , du noir etc.il est important de noter s'il y a eu davantage d'anxiété phobique que d'habitude pendant cet épisode . La patiente nous a répondu par l'absence de ses symptômes.

Dans le 4^{ème} item « **Insomnie** » qui couvre l'expérience subjective de la patiente concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est pas en considération. La patiente a répondu que la durée du sommeil et sa profondeur est altérée de manière marquée. Le total des épisodes de sommeil n'est que de quelques heures sur 24.

Dans le 5^{ème} item «**Troubles de la concentration et de la mémoire**» qui couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire. La patiente a répondu qu'elle éprouve des difficultés prononcées de concentration, de mémoire de prise de décision par exemple, pour lire un article dans le journal ou regarder une émission télévisée jusqu'à sa fin.

Dans le 6^{ème} item «**Humeur dépressive**» qui couvre à la fois la communication non verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir. La patiente a fait des observations sur son abattement ou son sentiment d'impuissance ou les signes non-verbaux sont prépondérants pendant l'entretien, de plus la patiente ne peut pas être distraite de son état.

Dans le 7^{ème} item «**Symptômes somatiques généraux (musculaire)**» qui couvre la faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou

moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque. La patiente a répondu que les douleurs musculaires sont présentes la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail de la patiente.

Dans le 8^{ème} item « **Symptômes somatique généraux (sensorielle)** » qui inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelle des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillements. La patiente a répondu que les symptômes sensorielle en général sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail de la patiente.

Dans le 9^{ème} item « **Symptômes cardiovasculaire** » qui inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsations, de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir. La patiente a répondu que les symptômes cardiovasculaires sont présent la plupart du temps et interfèrent clairement avec sa vie quotidienne et son travail.

Dans le 10^{ème} item « **symptômes respiratoires** » qui couvre les sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirant. La patiente a répondu que les symptômes respiratoire sont présents la plupart de temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail.

Dans le 11^{ème} item « **Symptômes gastro-intestinaux** » qui couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'œsophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli » la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominale et diarrhée. La patiente a répondu qu'elle a des difficultés occasionnelle à contrôler les

symptômes gastro-intestinaux, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

Dans le 12^{ème} item « **Symptômes génito-urinaires** » qui inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection. La patiente a répertorié un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents mais n'interfèrent pas avec le travail et la vie quotidienne de la patiente.

Dans le 13^{ème} item « **Symptômes du système nerveux autonome** » qui inclut la sécheresse buccale, et les vertiges. La patiente a répondu que les symptômes sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail de la patiente.

Dans le 14^{ème} item « **comportement lors de l'entretien** » pendant l'entretien une estimation globale est faite sur base de nos observations nous montre que la patiente est anxieuse de façon marquée.

Analyse générale du cas de Meleaze :

Meleaze a développé des troubles psychologiques suite à l'atteinte de son fils d'autisme dont le manifestement de l'anxiété, le score obtenu lors de la passation de l'échelle d'anxiété d'Hamilton vient le confirmer en grande partie (43) estimé grave ou majeur, le contenu de l'entretien ainsi que l'observation directe nous a permis de confirmer l'état d'anxiété de ce cas, ce dernier peut s'expliquer par le fait que ce dernier s'estime dans l'incapacité d'affronter la situation dans laquelle elle se trouve, en effet l'état de son fils représente pour elle une source manifeste de stress, et d'anxiété qui a changé toute sa vie.

2. Analyse des résultats des cas au vu de l'hypothèse

Les mères d'enfants atteints d'autisme manifestent un niveau d'anxiété significatif.

Les cinq cas que nous avons étudié tendent à confirmer notre hypothèse, cela se confirme à travers les résultats obtenus dans l'analyse des entretiens, les observations directes et l'échelle d'anxiété d'Hamilton, en effet lors de l'entretien du premier cas, ce dernier a manifesté plusieurs symptômes du tableau clinique de l'anxiété notamment des tremblements, larmes aux yeux, tristesse et fragilité chose qui a été confirmée quand il a exprimé clairement son anxiété et son désarroi : « c'est un grand choc pour moi et, jusqu'à présent je le vis », et aussi lorsque elle a dit « ma vie s'est effondrée en un instant, parfois je m'isole pour pleurer, je ne dors pas bien la nuit », les résultats sur l'échelle d'anxiété d'Hamilton vient enfin étayer en grande partie l'état d'anxiété, ou il a obtenu le score de 19, signifiant une anxiété légère à modérée.

le deuxième cas à manifesté plusieurs symptômes du tableau clinique de l'anxiété dont l'inquiétude, pleur facile, fatigabilité, peur de mourir brutalement, d'être abandonné chose qui a été aussi confirmé lors de l'entretien ou notre cas a exprimé clairement son anxiété quand il s'est exprimé « j'aime rester seule », « je suis désespéré », « je croyais vivre le bonheur avec l'enfant », « comment il va vivre si on disparaîtra un jour ». Les résultats sur l'échelle d'anxiété d'Hamilton vient confirmer l'état d'anxiété significative, ou il a obtenu le score de 21, qui signifie une anxiété légère à modéré.

le troisième cas à manifesté aussi plusieurs symptômes du tableau clinique de l'anxiété dont des tremblements des mains, agitations, des problèmes de respirations (elle respire difficilement), larmes aux yeux, chose qui a été observée et notée lors de l'entretien ou notre cas a exprimé son anxiété quand il

exprimé lorsqu'il a dit : « je passe des jours et des nuits à pleurer », ce dernier révèle aussi un sentiment d'inquiétude ou il dit « je ne le laisse à personne, pour s'occuper de lui, et je ne fais confiance à personne », aussi lorsqu'il dit « je voyais son avenir flou ». Les résultats sur l'échelle de l'anxiété d'Hamilton vient confirmer cet état d'anxiété manifeste ou il a obtenu le score de 28 ce qui signifie une anxiété modéré à grave.

Le quatrième cas a manifestée des symptômes plus prononcés du tableau clinique de l'anxiété dont la tristesse, agitation, lorsqu'elle parle elle avait un visage rouge, elle parle et elle avait des larmes aux yeux chose qui a été confirmé lors de l'entretien ou notre cas a exprimé clairement son anxiété : « je m'isole de tout le monde », « j'aime rester toute seule », « j'ai été désespérée », ainsi , il ya un sentiment évident de crainte quant au risque d'avoir d'autres enfants autiste lorsqu'elle dit « j'ai peur d'avoir d'autres enfants autistes ». Les résultats sur l'échelle de l'anxiété d'Hamilton viennent confirmer l'état d'anxiété grave ; il a obtenu le score de 30, signifiant une anxiété modéré à grave.

le cinquième cas a présentée quant à lui la majeure partie des symptômes de l'anxiété ; la tristesse, agitation, tremblements des mains, sueur, étouffement chose qui a été confirmé lors de l'entretien et l'observation en effet ce cas a exprimé clairement son état d'anxiété extrême quand il a dit « j'ai failli avoir une crise », elle parlait en pleurant « j'ai cru que le monde s'est arrêté », en plus d'un profond sentiment de déprime, « je ne dormais pas la nuit, et je revivais tout ce que le pédopsychiatre me disait, quand je dormais », « je sentais que ma tête tournait, et je me rappelle de tous les mots du pédopsychiatre ». Les résultats sur l'échelle de l'anxiété d'Hamilton vient confirmer parfaitement cet état d'anxiété en obtenant un score de 43 signifiant une anxiété grave a majeure.

D'après les résultats obtenus chez nos quatre cas sur l'échelle d'anxiété de

Hamilton avec un score moyen de $M=28,2$ estimée modéré à grave, (voir tableau 1), et les observations notées ainsi que l'analyse du contenu des entretiens, il est évident que l'ensemble des cas, confirment notre hypothèse selon laquelle, les mères d'enfants atteints d'autismes manifestent un niveau d'anxiété significatif.

Cas	Age (an)	Scores	Estimations
01	39	19	anxiété légère à modérée
02	36	21	anxiété légère à modérée
03	36	28	anxiété modérée à grave
04	42	30	anxiété modérée à grave
05	41	43	anxiété grave ou majeure
	Moyenne	$M=28,2$	anxiété modérée à grave

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des résultats

Conclusion générale

Partant de l'idée que l'autisme se manifeste par des troubles du comportement, de communication et des relations sociales et arrivant que ces anomalies affectent la vie des parents surtout les mères étant donné qu'elles sont le plus souvent en charge de leurs enfants.

Notre recherche a essayé de confirmer cette idée en répondant à la question

-Est-ce-que les mères d'enfants atteints d'autisme souffrent d'une anxiété significative ?

Pour aboutir à une réponse, on a opté pour une étude clinique de cinq cas (mères d'enfants atteints d'autisme)

Les résultats obtenus par les différents outils d'investigation psychologique (échelle d'anxiété d'Hamilton, les entretiens, les observations) ont confirmé que les mères ayant des enfants atteints d'autisme manifestent effectivement des signes d'anxiétés très significatives.

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

Bibliographie

Liste bibliographique

Ouvrage :

- 1-Amaria, B, Céline, D & Jacqueline, M. (2015). *Education thérapeutique des parents d'enfant avec troubles du spectre autistique*. Paris: Masson.
- 2-Amar, T, (2004). *Mon enfant souffre de troubles du développement*. Paris: La découverte.
- 3-Aktouf, O, (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative, une organisation, une introduction à la démarche classique et une critique*. Québec: les presses université.
- 4-Beche-Richard, C & Bungener, C. (2004). *Psychopathologie de l'adulte*. Paris: Armand Colin.
- 5-Bouvard, M & Couttraux, J. (2002). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*. Paris: Masson.
- 6-Bertrand, J. (2008). *Autisme, le gène introuvable de la science business*. Paris: Seuil.
- 7-Cathrine, B & al. (2006). *Les personnes atteintes d'autisme, identification, compréhension, intervention*. Brussels: Belgam.
- 8-Capdeveille, V & Coll. (2004). *Psychologie clinique et psychopathologie*. Paris: Armand colin.
- 9-Castarede, M-F. (2003). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris: Belin.
- 10-Chahraoui, K & Coll. (2003). *Méthodes évaluation et recherche en psychologie clinique*. Paris: Dunod.
- 11-Chiland, C. (1983). *L'entretien clinique* . Paris: PUF.
- 12-Dominique, S. (2012). *Gestion du stress et de l'anxiété*. Paris: Masson.

Liste bibliographique

- 13-Famose, J-P. (1993). *Anxiété et performance*. Paris: INSEP.
- 14-Graziani, P. (2003). *Anxiété et troubles anxieux*. Paris: Nathan.
- 15-Guy, B. (2005). *Manuel de psychopathologie*. Paris: Dunod.
- 16-Lelord, G & Sauvage, D. (1990). *L'autisme de l'enfant*. Paris: Masson.
- 17-Madeleine, G. (2001). *Méthode des sciences sociales*. Paris: DALLOZ.
- 18-Roge, B. (2003). *Autisme, comprendre et agir*. Paris: Dunod.
- 19-Rutter, M & Schopler, E. (1991). *L'autisme une réévaluation des concepts et du traitement*. Paris: PUF.
- 20-Palazzolo, J. (2007). *Dépression et Anxiété, mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge*. PARIS: Masson.
- 21-Pierluigi, G. (2003). *Anxiété et trouble anxieux*. Tours: Nathan.
- 22-Pedinielle, J. (1994). *Introduction a la psychologie clinique* (éd. 2eme). Paris: Masson.
- 23-Roge, B. (2003). *Autisme, comprendre et agir*. Paris: Dunod.
- 24-Rutter, M & Schopler E. (1991). *L'autisme une réévaluation des concepts et du traitement*. Paris: PUF.
- 25-Reynauld, M. (1996). *Addiction et psychiatrie*. Paris: Masson.
- 26-Robert, L & Coll. (1999). *Les troubles anxieux, approche cognitive et comportementale*. Paris: Masson.
- 27-Robert, L. André, M. & Jean-Marie, B. (2002). *Les troubles anxieux*. Québec: Masson.
- 28-Suzy, S & Guido, B. (2000). *L'anxiété et les troubles anxieux*. Paris: Medecine et Hygiene.

Liste bibliographique

29-Swearingen, P-L. (1999). *Guide de poche des soins médicaux chirurgicaux*. Paris: BERTI.

Les dictionnaires :

1-Bloch, H & Coll. (1991). *Grand dictionnaire de psychologie*. Paris: Larousse_Bordas.

2-Sillamy, N. (2003). *Dictionnaire de psychologie*. Paris: Larousse-vuef.

Site internet :

1-([http : // L'énigme de l'autisme-pistes nouvelles](http://L'énigme de l'autisme-pistes nouvelles), 1996). Consulté le 03 janvier 2017.

Annexes

Le 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 ?

ECHELLE D'HAMILTON D'EVALUATION DE L'ANXIETE

1. Humeur anxieuse

Cet item couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible.

0 – Le/la patient(e) ne se sent ni plus ni moins sûr(e) de lui/d'elle et n'est ni plus ni moins irritable que d'habitude.

1 – Que le/la patient(e) soit plus irritable ou se sente moins sûr(e) de lui/d'elle que d'habitude est peu clair.

2 – Le/la patient (e) exprime plus clairement qu'il/elle est dans un état d'anxiété, d'appréhension ou d'irritabilité, qui peut lui sembler difficile à contrôler. Néanmoins, l'inquiétude touche des préoccupations mineures et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne du/de la patient(e).

3 – Quelques fois, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficiles à contrôler car l'inquiétude porte sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur. Il est arrivé que cela interfère avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

4 – Le sentiment d'effroi est présent si souvent qu'il interfère de manière marquée avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

2. Tension nerveuse

Cet item inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée.

0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins tendu(e) que d'habitude

1 – Le/la patient (e) semble quelque peu plus nerveux(nerveuse) et tendu(e) que d'habitude.

2 – Le/la patient(e) dit clairement être incapable de se détendre et est empli(e) d'agitation intérieure, qu'il/elle trouve difficile à contrôler, mais c'est toujours sans influence sur sa vie quotidienne.

3 – L'agitation intérieure et la nervosité sont si intenses ou fréquentes qu'elles interfèrent occasionnellement avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).

4 – Les tensions et l'agitation interfèrent constamment avec la vie et le travail du/de la patient(e).

3. Craintes

Cet item inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, d'être seul(e), de la circulation, des inconnus, du noir etc. Il est important de noter s'il y a eu davantage d'anxiété phobique que d'habitude pendant cet épisode.

0 – Absentes

1 – Il n'est pas clair si ces craintes sont présentes ou pas.

2 – Le/la patient(e) vit de l'anxiété phobique mais est capable de lutter contre.

3 – Surmonter ou combattre l'anxiété phobique est difficile, ce qui fait qu'elle interfère avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e) d'une certaine manière.

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

4. Insomnie

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

0 – Durée et profondeur du sommeil habituelles

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

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

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

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

5. Troubles de la concentration et de la mémoire

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

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

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

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

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

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

6. Humeur dépressive

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

0 – Absente

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

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

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

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

<p>7. Symptômes somatiques généraux : musculaires Faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque.</p>
<p>0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins douloureux(se) ni n'éprouve plus de raideurs dans les muscles que d'habitude.</p>
<p>1 – Le/la patient(e) semble éprouver un peu plus de douleurs ou de raideurs musculaires qu'habituellement.</p>
<p>2 – Les symptômes sont caractéristiques de la douleur.</p>
<p>3 – Les douleurs musculaires interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie et le travail quotidiens du/de la patient(e).</p>
<p>4 – Les douleurs musculaires sont présentes la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).</p>

<p>8. Symptômes somatiques généraux : sensoriels Cet item inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillements.</p>
<p>0 – Absent</p>
<p>1 – Il n'est pas clair si les indications du/de la patient(e) indiquent des symptômes plus prononcés qu'habituellement.</p>
<p>2 – Les sensations de pression sont fortes au point que les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillements de la peau.</p>
<p>3 – Les symptômes sensoriels en général interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).</p>
<p>4 – Les symptômes sensoriels en général sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).</p>

<p>9. Symptômes cardio-vasculaires Cet item inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsations, de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir.</p>
<p>0 – Absents</p>
<p>1 – Leur présence n'est pas claire</p>
<p>2 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents, mais le/la patient(e) peut les contrôler.</p>
<p>3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes cardio-vasculaires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.</p>
<p>4 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).</p>

10. Symptômes respiratoires

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

0 – Absents

1 – Présence peu claire

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

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

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

11. Symptômes gastro-intestinaux

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

0 – Absents

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

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

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

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

12. Symptômes urinaires et génitaux

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

0 – Absents

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

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

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

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

13. Autres symptômes du SNA Cet item inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges

0 – Absents

1 – Présence peu claire.

2 – Un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents, mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents à un degré tel qu'ils interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

14. Comportement pendant l'entretien

Le/la patient(e) peut paraître tendu(e), nerveux(se), agité(e), inquiète, tremblant(e), pâle, en hyperventilation ou en sueur, pendant l'entretien. Une estimation globale est faite sur base de ces observations.

0 – Le/la patient(e) n'apparaît pas anxieux(se).

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est anxieux(se).

2 – Le/la patiente est modérément anxieux(se).

3 – Le/la patient(e) est anxieux(se) de façon marquée.

4 – Le/la patient(e) est submergé(e) par l'anxiété; par exemple : il/elle tremble de tout son corps

<17: légère

18 – 24: légère à modérée

25 – 30: modérée à grave

Remarque;

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

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

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