

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES.

DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

OPTION : PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Thème :

**Sources de stress chez les
mères des enfants autistes**

Mémoire de fin de cycle ; en vue de l'obtention du diplôme de
Master

Présenté par :

M^{elle} : SAADI Nabila

Encadré par :

M^r : BENKERROU Fiadh

Session : juin 2013

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES.

DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

OPTION : PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Thème :

**Sources de stress chez les
mères des enfants autistes**

Mémoire de fin de cycle ; en vue de l'obtention du diplôme de
Master

Présenté par :

M^{elle} : SAADI Nabila

Encadré par :

M^r : BENKERROU Fiadh

Session : juin 2013

Remerciement

- ❖ *Nous tenons tout d'abord à remercier dieu le tout puissant de nous avoir accordé santé et volonté pour accomplir ce travail.*

- ❖ *En exprimant notre profonde gratitude à notre enseignant monsieur BENKKEROU Fiadh qui a contribué à la réalisation de ce mémoire, pour m'avoir honoré en acceptant d'encadrer ce travail et pour : ses orientations ; ses conseils et sa grande patience tout au long de la période de notre travail.*

- ❖ *Nous désirons aussi présenter nos sincères remerciements à monsieur AIT BELKACEM Mohamed président de l'association des psychologues de la wilaya de Bejaia de nous avoir aidé, et conseillé.*

- ❖ *Nous tenons également à remercier nos enseignants et toute personne ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.*

- ❖ *Nous présentons nos vifs remerciements à tout les membres du personnel de l'association de prise en charge des enfants autistes de la wilaya de Bejaia. Notamment à monsieur YAKOUBEN Sofiane.*

dédicaces

Je dédier ce modeste travail à :

- *Mes très chers parents et ma grand-mère qui m'ont aidé tout au long de mes études, et pour lesquels j'exprime toutes ma tendresse et amour, aux quels je ne rendrais jamais assez et je prie dieu de les récompensés de tout les sacrifices et amour donnés ;*
- *Mes frères : SAMIR et son épouse SABRINA ainsi que mon adorable neveux IDRIS, RACHID, FARID et sa fiancé AMEL.*
- *Mes sœurs : NAIMA, ALLALA.*
- *Mon fiancé AZEDINE ainsi qu'à toute ma belle famille.*
- *Ma grande famille surtout à ma cousine FATIMA.*
- *Mes amies FAHIMA, NASSIMA, YASMINA, NADIA, HADJIRA, FATIHA et tout les étudiants master2 psychologie clinique.*
- *Mes collègues de travail : NABILA, WASSILA, NABILA.*
- *A toutes personnes qui m'ont aidé et soutenu durant la réalisation de ce travail.*

Sommaire

Liste des abréviations

Introduction.....	I
-------------------	---

Partie théorique :

Chapitre I : Le cadre méthodologique de la recherche

1- Problématique.....	01
2- Hypothèses.....	07
3- La pertinence de l'étude.....	07
4- Les objectifs de l'étude.....	08
5- Définition et opérationnalisation des concepts clés.....	08

Chapitre II : L'autisme

Préambule.....	12
1- Définition de l'autisme.....	12
2- Aperçu historique de l'autisme.....	13
3- Description clinique.....	14
4- La prévalence de l'autisme.....	21
5- L'étiologie de l'autisme.....	22
6- La classification.....	23
7- Critère d'évaluation de l'autisme.....	26
8- Diagnostic différentiel.....	27
9- Les différentes conceptions de l'autisme.....	29
10- Un aperçu des traitements.....	31
Conclusion	33

Chapitre III : Le stress

Préambule.....	35
1- Définition du stress.....	36
2- Histoire du stress.....	37
3- Les symptômes du stress.....	39
4- Les modèles théoriques du stress.....	40
5- Les sources de stress chez les parents d'enfants autistes.....	47
Conclusion.....	51

Partie pratique :

Chapitre IV : Méthode et techniques utilisées

1- Présentation du lieu de l'étude.....	54
2- L'échantillon de l'étude.....	54
3- La pré enquête.....	55

4- La méthode utilisée.....	57
5- Les techniques utilisées.....	57
6- L'analyse des données.....	64
7- Les limites de l'étude.....	67

Chapitre V : Analyse, discussion et interprétation des résultats

1- Présentation et analyse des résultats.....	69
2- Discussion et interprétations des résultats.....	92

Conclusion générale.....97

Liste bibliographique

Annexes

Liste des abréviations :

Abréviation	Appellation complète
ABA	Analyse Appliquée du Comportement.
ANDEM	Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale.
CFTMEA	Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et Adolescent
CIM10	Classification statistique International des Maladies
DSM-IV	Manuel Diagnostic et Statistique des troubles Mentaux
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SGA	le Syndrome Général d'Adaptation
TSA	Troubles du Spectre Autistique
TED	Trouble Envahissant du Développement

Introduction

Être parent peut être l'une des expériences les plus merveilleuses et les plus enrichissantes qui soient. Par moment, il arrive que les exigences et les préoccupations de la vie quotidienne nous causent du stress. Si on y ajoute le stress associé au fait de prendre soin des enfants, les parents peuvent se sentir irrités, anxieux. Ces tensions font normalement et inévitablement partie de la vie familiale et les parents doivent trouver des solutions pour y faire face afin de ne pas se sentir dépassés.

En général, les parents dont un enfant présente des incapacités ou une maladie chronique vivent un stress plus élevé que les parents dont les enfants n'ont pas d'incapacité.

L'autisme est un trouble envahissant du développement 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 .

La sévérité et la forme des troubles varient d'une personne à l'autre. Deux personnes qui sont autistes ne sont jamais semblables. Ce handicap peut être associé à d'autres comme : une déficience intellectuelle, des troubles sensoriels ou moteurs, des maladies génétiques, de l'épilepsie, etc. Les caractéristiques de l'autisme peuvent être classées en trois catégories : les relations sociales, la communication et l'imagination. C'est ce qu'on appelle la triade.

L'autisme est un syndrome qui effraie et fascine tout à la fois. Il été et est encore l'objet de virulentes polémiques. Cependant, les professionnels comme aussi les associations de parents s'accordent à reconnaître que c'est une pathologie lourde qui entraîne beaucoup de

difficultés dans la vie quotidienne et a des conséquences importantes pour tous les membres de la famille de l'enfant atteint, et ce tant sur le plan affectif que du point de vue social. Ceci est encore renforcé par le manque de concertation constaté entre les différents protagonistes.

A travers cette recherche nous voulant explorer dans un premier temps la problématique du stress chez les mères des enfants autistes, puis regrouper les informations disponibles qui peuvent expliquer ses sources.

Pour cela nous allons présenter notre travail comme suit :

La première est la partie théorique ; elle est subdivisée en trois chapitres intitulés :

Chapitre I : Le cadre méthodologique de la recherche

Chapitre II : L'autisme

Chapitre III : Le stress

La deuxième est la partie pratique ; elle est consacrée aux chapitres suivants :

Chapitre IV : Méthode et techniques utilisées

Chapitre V : Analyse, discussion et interprétation des résultats

Conclusion.

Partie théorique

Chapitre I : Le cadre méthodologique de la recherche

1) Problématique :

Selon l'anthropologue (Claude Lévi-Strauss, 1943) une famille est une communauté de personnes réunies par des liens de parenté existant dans toutes les sociétés humaines. Elle est dotée d'un nom, d'un domicile, et crée entre ses membres une obligation de solidarité morale (qui peut se concrétiser par la réalisation d'une vendetta) et matérielle (notamment entre époux et parents-enfants), censée les protéger et favoriser leur développement social, physique et affectif. Généralement, la famille est composée d'un père, d'une mère, et d'enfants.

Etre parent d'un bébé magnifique et en pleine santé, et apprendre quelques années après sa naissance qu'il est autiste, est un véritable choc. En effet, cet enfant n'est pas atteint par une maladie curable mais par un véritable handicap souvent irréversible qui fait de lui un être différent. (Tétreault et al 2002).

Les parents sont très souvent bouleversés par l'annonce d'un diagnostic d'autisme ou d'un trouble envahissant du développement. Quel que soit l'âge de l'enfant au moment où le diagnostic est prononcé, ils vivent un sentiment d'échec; celui de ne pas avoir conçu un enfant «normal», en bonne santé.

L'autisme appartient à la famille des troubles envahissants du développement (TED). Il agit principalement sur les possibilités de communication de l'enfant, orale ou non verbale; il crée également des difficultés d'interactions sociales et limite les centres d'intérêt (DSM-IV-TR, 2000). Il existe plusieurs variantes d'autisme, voire plusieurs degrés, de même que des

approches différentes ainsi qu'un éventail de techniques de compensation, d'accompagnement scolaire et de pédagogies adaptées et différenciées qui ne cessent d'évoluer.

Un expert dans le domaine de l'autisme (Pullen, 2009, p. 14) a déclaré que «beaucoup de parents d'enfants autistes ont du mal à faire face à leurs propres besoins personnels, sans parler des nombreux besoins de leur enfant avec l'autisme». Après le premier diagnostic de TSA, les parents doivent apprendre à faire face à tous les changements qui se produisent au sein de leur famille. Les parents peuvent avoir des difficultés à travers les routines quotidiennes et peuvent avoir besoin de faire un usage personnel sacrifices tout en équilibrant une vie de famille, les relations conjugales et l'emploi.

Tous ces changements peuvent être stressant pour une personne à manipuler. Il est prouvé qu'un enfant atteint de TSA peut mettre en danger la relation conjugale et baisse la satisfaction conjugale (Rivers et Stoneman, 2003).

L'ensemble des effets néfastes du stress subi par les parents, tels la fatigue chronique, l'irritabilité, l'angoisse, voire le désespoir et les problèmes de santé mentale ou physique, réduisent le temps, l'énergie et la disponibilité nécessaires aux activités et à l'intimité du couple (Benson et al, 1989).

Les études indiquent que les différentes phases qui ponctuent la vie de ces parents les conduisent à trois parcours possibles pour Impact de l'autisme sur la vie des parents la dynamique conjugale.

Tout d'abord, certains parents traversent positivement cette épreuve qui, finalement, consolide leur couple en raison même des efforts consentis pour faire face à la situation (Martin et al, 1993). D'autres vivent des moments difficiles qui mettront temporairement leur couple à l'épreuve. Chez les parents dont le ménage était déjà vacillant, l'arrivée d'un enfant autiste multiplie les possibilités d'une séparation. (Ibid).

Le fait d'avoir un enfant autiste peut avoir un effet dévastateur sur la santé mentale des parents (la majorité des recherches sont fondées sur les parents d'enfants autistes et peu de recherches portent sur les parents d'enfants atteints d'autres formes de TSA).

Les recherches sur les familles ont constamment démontré que les parents (en particulier les mères) d'enfants autistes ressentent plus de stress, sont plus déprimés et souffrent davantage de difficultés de santé mentale que les parents d'enfants ayant d'autres types de handicaps ou aucun handicap (Sanders et Morgan, 1997).

Le stress ressenti par la famille peut être lié aux caractéristiques spéciales de l'autisme comme les difficultés de comportement de l'enfant et son manque d'aptitudes à la communication et à l'établissement de rapports sociaux (Weiss, 1991) et à d'autres facteurs généraux comme le niveau de développement de l'enfant, le fardeau des soins quotidiens à fournir et le caractère chronique de l'autisme (Koegel et al, 1992).

En outre, la culture de la famille détermine dans une large mesure la signification qu'elle accorde au fait d'avoir un enfant atteint de TSA ainsi que sa propension à chercher de l'aide à l'extérieur (Bailey et al, 1999). D'autres facteurs peuvent aussi contribuer au stress

que ressentent les familles : le fait que l'autisme soit mal compris par la collectivité, le fait qu'on puisse laisser entendre que les parents s'occupent mal de l'enfant ou qu'on les en accuse puisque celui-ci « semble normal » même s'il agit de façon « étrange » en public (Perkins et Wolkind, 1991), le fait qu'il soit difficile d'obtenir un diagnostic, la fatigue qui découle de la lutte incessante que les familles doivent livrer pour obtenir des traitements et des programmes éducatifs ainsi que le coût élevé de certaines thérapies (Bristol, 1985).

La situation se complique beaucoup lorsque les familles font face à d'autres sources de stress comme la violence familiale, la pauvreté et la toxicomanie (situation qui, dans la plupart des cas, ne se manifestait pas au sein des familles ayant participé aux travaux de recherche).

La «prolifération de stress» a été utilisé pour décrire l'impact de TSA a une famille, plus particulièrement le stress ressenti par les parents. Benson, un professionnel dans le domaine des TSA stipule que: «la prolifération de stress [est un processus qui] se produit quand un facteur de stress initial ou un ensemble de facteurs de stress dans un domaine de la vie engendre des facteurs de stress supplémentaires dans d'autres domaines de la vie » (Benson, 2006, p.686). « Les facteurs de stress dans un domaine de la vie ont le pouvoir d'affecter négativement les activités, les rôles et relations dans d'autres domaines auxquels ils sont directement et indirectement liés, de nouvelles sources de stress peuvent être créée»(.Ibid).

L'importance de l'engagement parental dans le développement d'un enfant est bien reconnue. Toutefois, cela se traduit par une surcharge de travail accrue pour les familles d'enfants ayant un handicap. Dans un tel contexte et compte tenu de l'importance du rôle des

familles, il est essentiel de bien connaître l'entourage familial, de ces enfants afin de leurs offrir un soutien plus approprié.

On parler d'environnement familial car beaucoup d'autres intervenants peuvent aider de par leur connaissance de l'enfant autiste. Il peut s'agir des frères et soeurs, des grands-parents, des oncles et tentes, des proches de la famille (amis, voisins...).

En général, les parents dont un enfant présente des incapacités ou une maladie chronique vivent un stress plus élevé que les parents dont les enfants n'ont pas d'incapacité (Wolf, et al, 1989). On observe également que les parents d'enfants autistiques vivent un stress plus élevé que les parents d'enfants sains. Il y a tout lieu de croire que ce stress vécu par les parents se répercute sur l'ensemble de la famille, (Johnson et al, 2003).

Webster et ses collègues (2008) ont constaté que le score de l'indice de stress parental était plus de 85E centile dans plus de 40% des parents d'enfants ayant un retard de développement, en indiquant le stress parental significatif.

Le stress parental est considéré comme un ensemble complexe, persistant et significatif. Des difficultés sont associées à l'un des rôles des parents les plus importants, à savoir prendre soin de leur enfant. En dépit d'une quantité considérable de données sur le stress chez les parents d'enfants atteints d'handicapes, il n'existe toujours pas de consensus sur la conceptualisation de ce phénomène (Perry, 2004).

Le cadre théorique adopté dans un certain nombre d'études est le modèle transactionnel de stress et coping (Lazarus et Folkman, 1984). Dans cette approche, le stress est un type particulier de la relation de l'individu avec l'environnement, qui évalue l'individu en tant que mettre certaines demandes ou étendre démesurément ses ressources, et menaçant ainsi son bien-être (Ibid).

Le stress renvoie à la fois aux "contraintes" vis à vis des événements et aux "pressions" d'une personne ou d'un objet. Il y a deux orientations pour définir le stress. La première s'appuie sur des conceptions biologiques et physiologiques où le stress est considéré comme une source de nuisance, alors que la seconde, psychologique, considère le stress comme une variable relationnelle entre l'individu et la situation.

La recherche sur le stress s'est également accompagnée d'une construction importante d'outils d'évaluation du stress dépendant également des modélisations (Guillet, Hermand, 2006).

En se basant sur l'ensemble des lectures, nous avons été amenés à s'interroger sur la nature des manifestations chez les mères des enfants autistes. En posant la question suivante :

- Quels sont les principales sources du stress chez les mères d'enfants autistes ?

2) Hypothèses :

La première hypothèse : le parcours jusqu'au diagnostique de l'autisme et son annonce sont des phases qui provoquent le stress chez les mères.

La deuxième hypothèse : les attitudes sociales envers les personnes atteintes d'autisme sont une source de stress des mères.

La troisième hypothèse : la relation mères professionnels, le manque de soutien adéquat de ces derniers augmente le stress chez les mères.

La quatrième hypothèse : l'incertitude des mères face à l'évolution de leurs enfants est une source de stress.

3) La pertinence de l'étude :

La présente étude fait la lumière sur les sources de stress chez les mères d'enfants atteints d'autisme au niveau de l'association de prise en charge des enfants autistes de la wilaya de Bejaia (APCEA). Les résultats de cette étude fournissent des renseignements qui peuvent offrir une base pour les décideurs d'acquérir une meilleure compréhension de ce qui est nécessaire pour soutenir ces parents d'enfants autistes.

L'intérêt de notre étude est d'incité les autres à s'intéresser au phénomène de l'autisme dans notre société et bien s'occupé de ces enfants ainsi que les conséquences que ce trouble peut avoir sur la vie des parents.

4) Les objectifs de l'étude :

A travers cette recherche nous voulons explorer dans un premier temps la problématique du stress chez les mères des enfants autistes, dans un second temps cette enquête à comme objectif de regrouper les informations disponibles sur le stress, et ses sources.

5) Définition et opérationnalisation des concepts clés :

5-1) Définition des concepts :

❖ L'autisme :

Selon le DSM IV l'autisme est défini comme « trouble envahissant du développement se caractérise par des déficits sévère et une altération envahissante de plusieurs secteurs de développement, d'interaction sociales réciproques, capacité de communication ou par la présence de comportement, d'intérêts et d'activité stéréotypé. » (DSM IV, 1996, p78).

❖ Le stress chez les parents :

Le stress parental se définit comme un état de malaise psychologique relié au domaine spécifique de l'éducation de l'enfant. Plusieurs facteurs sont susceptibles d'influencer le niveau de stress vécu par le parent dans la relation qu'il entretient avec son enfant: la qualité de la relation avec l'autre parent, le soutien social...). (Abidin, 1990).

5-2) Opérationnalisation des concepts :

❖ l'autisme :

Un enfant atteint d'autisme est un enfant qui présente des incapacités qui limitent ses possibilités et performances. Ceci s'observe dans les situations suivantes ;

Il paraît indifférent aux autres ;

Il a un regard furtif ;
Il fait le sourd ;
Il semble insensible à la douleur ;
Il ne participe que sur incitation de l'adulte ;
Il résiste aux changements de ses habitudes ;
Il apprécie les jeux répétitifs ;
Il ne fait ni jeux créatifs, ni jeux d'imagination ;
Il indique ses besoins en utilisant la main de l'adulte.
Il a des comportements bizarres et des crises de larmes ;
Il hurle, se jette à terre, s'automutile
Il ne joue pas avec les autres et il parle sans arrêt du même sujet ;
Il répète et généralement les mêmes phrases, il rit sans raison.

❖ **Le stress chez les mères :**

La notion de stress correspond à la réaction physiologique, émotionnelle, affective et psychologique de l'individu soumis aux stressseurs. Ce dernier est manifesté par la fatigue, les douleurs, souffle court, les crises de larme, l'incapacité de prendre des décisions mineures, oublis, les cauchemars chroniques et la répétition des rêves troublant, les changements des habitudes de sommeil, telle que le réveil plusieurs fois pendant la nuit ou tôt le matin, les changements de l'appétit, la perte de poids ou la prise considérable de poids.

Les comportements qui témoignent la présence de stress : la consommation de l'alcool, de drogue, de caféine, de sucre, de chocolat, ou tout autres comportement compulsif.
Les sentiments de peur, de frustration, ou d'indifférence peuvent accompagner le stress.

Chapitre II: L'autisme

Préambule

L'autisme est un trouble neuro-développemental qui se révèle au cours des trois premières années de la vie. Il en résulte des difficultés caractérisées par des troubles de la communication et des interactions sociales, des intérêts restreints et répétitifs; à cela s'ajoutent souvent, mais pas toujours, une déficience intellectuelle et des troubles de l'information sensorielle. 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.

1) Définition de l'autisme:

Le terme « autisme » – du grec *autos* « soi-même » – a pour origine l'impression donnée par l'autiste d'être complètement replié sur lui-même. La relation au monde extérieur des enfants présentant ce problème de développement est perturbée de manière singulière et immuable, dès leur plus jeune âge, avant 3 ans. Ils ont peu de conscience sociale, communiquent peu ou pas du tout, et ont des crises de colère inexplicables. « Leur développement n'est pas tellement retardé, il est d'une autre nature. » (Hendriks, 2000).

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'autisme qui est appelé également le monde virtuel est un trouble envahissant du développement. Caractérisé par un

développement anormal ou déficient, ce trouble touche environ 1 personne sur 1000 personnes et près de cinq fois plus les garçons que les filles. Il est caractérisé par des perturbations au niveau des interactions sociales, communication et langage ainsi que l'absence des sens conceptuels.

2) Aperçu historique de l'autisme :

En 1943, dans son article *Autistic Disturbance of Affective Contact*, le psychiatre américain Leo-KANNER décrira, sous le terme d'Autisme Infantile Précoce, un tableau clinique différent de la schizophrénie infantile, caractérisé, selon lui, par une incapacité du petit enfant, dès la naissance, à établir des contacts affectifs avec son environnement. Après avoir défendu l'origine psychogène de l'affection, considérée comme une manifestation très précoce de la schizophrénie, il reviendra à partir de 1958 à une position biologique et génétique, critiquant violemment les conceptions psychanalytiques de Bettelheim. Kanner, en 1943, différencie le schizophrène qui se retire du monde, de l'autiste qui, lui, n'a jamais réussi à y entrer dès le début : 'Alors que le schizophrène essaye de résoudre son problème en quittant un monde dont il faisait partie et avec lequel il était en contact, nos enfants arrivent progressivement au compromis qui consiste à tâter prudemment un monde auquel ils ont été étrangers dès le début.' (kanner,1943).

Si la définition clinique de l'autisme comme trouble relationnel est acceptée mondialement, les problèmes de sa pathogénie et de son étiologie sont encore l'objet de nombreuses controverses. On peut penser que ces confrontations sont inscrites dans la définition même de Kanner. Au cours des années, Kanner a énormément varié dans les conceptions étiologiques de son syndrome.

Dès le début, on peut repérer trois conceptions possibles du syndrome de l'autisme:

- Biologique: Il s'agit d'une incapacité innée de constituer biologiquement le contact affectif avec les personnes;
- Fonctionnelle: Kanner parle d'une inaptitude de la capacité à utiliser la structure biologique relationnelle innée et à réagir aux situations ;
- Psychologique: C'est un trouble culturel du contact affectif avec les personnes, notamment dans les relations entre l'enfant et sa mère. Kanner montre l'importance de la froideur relationnelle des mères et des pères de ses onze premiers cas.

La conception de Kanner du trouble fondamental de l'autisme va varier au cours des années et d'un abord inaugural psychopathologique, il va passer à une approche fonctionnelle pour terminer par une vision biologisante de l'autisme (Berquez, 1990).

3) Description clinique :

3-1) Séméiologie typique :

Généralement constitué vers l'âge de 2-3 ans, l'autisme se manifeste par une triade de symptômes associant des troubles de la socialisation, de la communication et du comportement.

Le développement de ces enfants peut en outre être retardé de façon variable, et hétérogène.

- **Troubles de la socialisation :**

Le retrait autistique traduit une incapacité à développer des relations interpersonnelles, un manque de réactivité aux autres, ou d'intérêt pour eux. L'enfant autiste établit rarement le

contact, paraissant même l'éviter, le refuser : il ne regarde pas en face, mais jette de brefs regards périphériques, ou bien le regard est vide, « transparent ». Le contact oculaire pour communiquer un intérêt ou attirer l'attention n'est pas utilisé. L'enfant peut être agacé, inquiet, lorsqu'il est sollicité.

- **Troubles de la communication :**

Ce sont à la fois le langage et la communication non verbale qui sont très perturbés.

Le langage expressif peut être absent. Lorsqu'il se développe, il est retardé et se caractérise par de nombreuses particularités : écholalie, inversion des pronoms (utilisation de « tu » à la place de « je »), incapacité à utiliser des termes abstraits, mots détournés de leur sens habituel. Dans les cas où le langage est bien développé, la voix a fréquemment une modulation anormale, avec un débit et un rythme particuliers. (Pascal Lenoir, 2007).

La communication peut être gênée aussi par une tendance au soliloque ou des incongruités. La syntaxe est souvent immature mais peut être correcte. Les mots concrets sont les premiers (ou les seuls) reconnus quel que soit le stock lexical ; et les conversations abstraites, l'humour, les mots dont la signification varie avec le contexte, ne sont pas accessibles à l'enfant. (Ibid)

Enfin quel que soit le niveau de langage, le sujet semble incapable d'entrer dans un échange à type de dialogue. Les modes de communication non verbales sont aussi limités, que ce soit pour comprendre autrui – mimiques, sourires, gestes – ou pour aider à l'expression : désigner du doigt, dire au revoir, avoir des mouvements de joie, de surprise ou de peur. Les expressions faciales sont pauvres, le sourire rare. Le partage avec autrui des activités ou

intérêts est limité, l'enfant n'initie pas de gestes interactifs, n'imité pas ceux de l'adulte, l'instrumentalise en le considérant « pour une partie de lui-même » : il prend sa main pour obtenir quelque chose, ou s'assied sur lui comme sur une chaise. (Ibid).

- **Troubles du comportement :**

Les comportements sont caractérisés notamment par leur aspect bizarre ou stéréotypé. Les intérêts de l'enfant sont restreints, l'activité est pauvre, répétitive. Les objets sont utilisés de façon détournée : par exemple il fait tourner longuement les roues de la petite voiture près de son oreille au lieu de la faire rouler sur le sol, s'attache à des objets inhabituels (un fil, des cailloux...), aligne inlassablement des jouets. Il n'a pas ou peu de jeux spontanés, imaginatifs ou symboliques, comme avec la poupée.

D'autres troubles semblent correspondre à des anomalies perceptives en particulier auditives : indifférence apparente au monde sonore (l'enfant paraît insensible aux bruits extérieurs, ne répond pas à son nom) contrastant avec des réactions paradoxales ou sélectives : peur de certains bruits même familiers qui peuvent déclencher une angoisse panique, sursaut à un froissement de papier, à un chuchotement, peur d'un bruit mécanique (aspirateur), ou fascination pour la musique.

Toutes les modalités sensorielles peuvent être affectées et beaucoup d'enfants autistes développent des autostimulations ou la recherche de sensations particulières: faire tourner les objets, balancements du corps, battements de mains, tournoiements, bruits de bouche, grincements de dents, attirance pour certaines lumières, jeux de doigts devant les yeux, recherche ou fuite du contact corporel, attirance ou aversion pour certains tissus, manies

alimentaires étranges (sélectivité extrême, besoin que les aliments soient lisses). Des approches particulières des objets ont également été remarquées: le flairage, le signe du cube « brûlant » (l'enfant porte sa main et la retire comme si l'objet était chaud).

Souvent l'enfant semble sans émotions, ni gai, ni triste, ni effrayé, ni étonné, ni fâché, ou bien il exprime ses émotions de manière inadéquate: comme pleurer ou rire dans des lieux inattendus, sans raison apparente et sans qu'il soit possible de le calmer. L'enfant peut aussi avoir des peurs inhabituelles d'objets ou de situations, une intolérance aux changements (de lieux, de personnes, d'emploi du temps, de vêtements, de jouets...), qui suscitent des réactions d'angoisse, de colère vive, d'agressivité avec parfois automutilation. Certains ont aussi des troubles du sommeil parfois durables et intenses.

L'attention peut être à la fois difficile à fixer ou à détourner : par exemple le même enfant dont on ne parvient pas à obtenir l'attention sera aussi capable d'observer longuement le mouvement d'une toupie. La variabilité du comportement et des intérêts d'un moment à l'autre ou sur des périodes plus longues est également caractéristique. (Ibid).

3-2) Formes cliniques des troubles envahissant du développement :

Il y a une grande variation des niveaux observés qui est source de complexité dans la présentation de ces pathologies ; en effet il existe toutes les possibilités entre les autismes de « haut niveau » et les formes avec un retard sévère.

3-2-1) Trouble autistique :

Le trouble autistique est considéré comme le plus grave de tous les troubles du spectre autistique. Le trouble autistique est généralement diagnostiqué avant l'âge de trois ans, mais il peut parfois être détecté dès le dix-huit mois. L'autisme est trois à quatre fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. 3,4 de 1000 enfants de moins de trois ans à l'âge de dix ans ont été diagnostiqués avec un trouble autistique. Les enfants atteints de troubles autistiques manquent la capacité de nouer des amitiés, n'ont pas la capacité de faire preuve d'empathie, l'accent sur certains aspects inhabituels lorsque regardant fixement un objet, et ont une préférence forte pour avoir toujours les mêmes routines. (Dominick et al, 2007).

Des études ont montré qu'environ quarante pour cent des personnes diagnostiquées avec le trouble autistique ne sont jamais en mesure de parler. Un autre élément central du trouble autistique est appelé écholalie. L'écholalie est la répétition d'un mot ou d'une phrase que la personne autiste a déjà entendu parler. Le trouble autistique implique généralement un comportement répétitif, comportement compulsif ou un comportement ritualiste. (Ibid)

Un autre comportement courant dans ce trouble est l'automutilation. Voici quelques exemples de cas d'automutilation typique associées aux individus autistes sont les suivants: se frapper la tête, se frapper, les bras, les jambes ou autres parties du corps contre des surfaces dures, auto-rayures, auto-mordre, pincer, et de se piquer dans les yeux, le nez ou les oreilles. Trente pour cent des enfants atteints de ce trouble ont participé à l'automutilation. (Ibid)

3-2-2) Le syndrome d'Asperger :

Le syndrome d'Asperger est le moins sévère des troubles du spectre autistique. Ce trouble est souvent reconnu comme «autisme de haut niveau". Environ une personne sur trois cents enfants souffre du syndrome d'Asperger. Les enfants atteints du syndrome d'Asperger ont généralement fonctionnent mieux que ceux qui ont des troubles autistiques. Ces personnes ont généralement normale ou au-dessus de l'intelligence moyenne. Ils ont aussi des capacités normales et le développement en langage verbal et non verbal. Toutefois, ce trouble ne comportent l'incapacité de nouer des amitiés et entravé les compétences sociales similaires à troubles autistiques (Gillis, 2008).

Un aspect particulièrement intéressant du syndrome d'Asperger est que ces personnes ont tendance à être incroyablement talentueux ou l'homme de certains domaines tels que la musique et l'art. Ces personnes ont aussi tendance à avoir de l'endurance extrême et la persévérance dans l'accomplissement des tâches qui leur sont données. Les personnes atteintes du syndrome d'Asperger ont aussi d'excellents souvenirs. Le syndrome d'Asperger est beaucoup plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. Il est généralement diagnostiqué chez les personnes plus tard avec un trouble autistique. Au lieu d'habitude être détecté à âge de trois ans comme les troubles autistiques, le syndrome d'Asperger est généralement diagnostiqué pour la première fois entre les âges de deux et six ans (Ruta et al, 2010).

3-2-3) Le syndrome de Rett :

Syndrome de Rett et le trouble désintégratif de l'enfance sont beaucoup plus rares que les autistes et le syndrome d'Asperger. Un seul des 10 à 15000 enfants ont le syndrome de Rett. Ce trouble se retrouve dans presque uniquement les femmes. Habituellement les bébés grandissent normalement pour les dix-huit premiers mois, mais après ces dix-huit mois de développement normal, le développement des compétences linguistiques ralentit considérablement et finit par s'arrêter. Un autre signe précoce du syndrome de Rett est disquettes bras et les jambes et une croissance lente du cerveau et de la tête.

D'autres signes du syndrome de Rett comprennent salivation excessive, une mauvaise circulation, la perte des mouvements manuelles intentionnelles, marche pieds, des problèmes respiratoires, y compris l'hyperventilation et l'apnée. Dans les derniers stades du syndrome de Rett, les individus ont de sérieux problèmes avec la mobilité et la capacité de marcher peut cesser, la scoliose ou la courbure de la colonne vertébrale peut se produire, et les convulsions peuvent également survenir (Wulffaert et al. 2009).

3-2-4) Trouble désintégratif de l'enfance :

Trouble désintégratif de l'enfance est encore plus rare que le syndrome de Rett, par conséquent, il est le moins trouble fréquent inclus dans les troubles du spectre autistique. On estime actuellement que seuls deux des 1-100000 enfants ont des troubles désintégratif de l'enfance. Opposé au syndrome de Rett, le trouble désintégratif de l'enfance affecte presque exclusivement les garçons plutôt que les filles. Similaire au syndrome de Rett, ce trouble se développe plus tard, après une période de développement normal.

Cela prend habituellement environ deux à quatre ans de développement normal avant que les signes majeurs de la maladie commencent à apparaître. Après les deux à quatre ans de développement normal, il y a une perte importante dans les capacités et les compétences de l'enfant déjà acquis. Il y a habituellement une baisse significative de la capacité de parler des mots et des phrases et la capacité de comprendre ce que disent les autres pour eux. La motricité, les compétences sociales, les compétences et les habiletés de lecture portant sur l'auto-soins sont également perdues. Même la capacité d'un enfant à contrôler sa vessie et des intestins propres peuvent disparaître. Comme avec le trouble autistique, le comportement répétitif et ritualisé est également observée (Opçit. Ruta et al, 2010).

4- La prévalence de l'autisme :

L'autisme, considéré comme une pathologie rare selon kanner, semble voir son taux de prévalence évoluer. Depuis une vingtaine d'années, l'autisme et les psychoses précoces ont donné lieu à de multiples dans le domaine épidémiologiques et biologiques.

D'après le rapport de l'ANDEM, les recherches jugées plus fiables des années 80 établissent une prévalence de l'ordre de 4,5 à 5 pour 10 000 naissances, et cette première estime qu'actuellement en France il y aurait entre 6 200 et 8 000 enfants et 17 400 à 23 700 adultes. C'est d'ailleurs ce taux qui est actuellement officiellement retenu en France.

Les études des années 90 (Ksanders, S.Chakabarti, C.Gillberg, 2001), quand à elles, évoque des taux de prévalence beaucoup plus élevé. Ainsi il serait en ce qui concerne l'autisme de 10 pour 10 000, ce qui représenterait pour la France de l'ordre de 15 000 enfants et adolescents et 43 000 adultes.

Il faut de plus souligner que selon la définition adoptée (conception restreinte ou élargie de cette affection) ces chiffres peuvent énormément varier. Dans ce sens, certains taux de la classification américaine vont même jusqu' à 50 pour 10 000 naissances (TED non spécifiés). Lors de la journée régionale d'études sur l'autisme, le 19/09/2001, le Pr. Lazartigues a même évoqué un taux proche de 100/ 10 000. Il a ajouté que si celui-ci était confirmé nous étions face un véritable problème de santé publique.

Le sex-ratio, qui varie également selon les différentes études, montre quant à lui une forte prévalence du sexe masculin par rapport au sexe féminin avec environ 3 à 4 garçon pour 1 fille. Elles sont cependant en générale plus lourdement atteintes.

5) L'étiologie de l'autisme :

Depuis quelques années, les recherches se tournent de plus en plus vers une origine multifactorielle de l'autisme donnant lieu à une exploration de plusieurs voies de recherche aux résultats variés. Plusieurs types de facteurs ayant un rôle probable dans le déclenchement des troubles peuvent être envisagés :

- **Les facteurs neurochimiques** : Qui mettent en évidence le rôle de la sérotonine et de ses métabolites, des catécholamines, des hormones du stress, des endorphines, etc. (Leboyer et al., 1999) ou encore une hyperactivité des opioïdes endogènes (Campbell et al., 1990) ;

- **Les facteurs neuroanatomiques** : Les techniques d'imagerie actuelles permettent de montrer, dans un grand nombre d'études, des dysfonctionnements, l'existence de lésions et un aspect pathologique des structures, les principales régions anatomo-cérébrales étudiées étant

le lobe temporal, les lobes frontal et pré-frontal, le cervelet et le tronc cérébral (Boddaert, 2002)

- **Les facteurs neurophysiologiques** : À partir de l'étude d'électroencéphalogrammes, des potentiels évoqués, de l'activité électrodermale, etc. (Bruneau, 2003).

- **Les facteurs génétiques** : Avec l'étude de jumeaux, des chromosomes sexuels, de l'héritage d'un patrimoine génétique pathologique, d'une mutation génétique consécutive à différents accidents (Leboyer, 1985) et impliquant plusieurs gènes plutôt qu'un seul, notamment au niveau du chromosome 7 (International Molecular Genetic Study of Autism Consortium, 1998; 2007), etc. Aujourd'hui, il est admis que des gènes de susceptibilité à l'autisme interviennent ensemble et selon des combinaisons diverses pour produire des problèmes neurophysiologiques typiques entraînant les tableaux cliniques connus (Gillberg, 2005, p28).

- **L'association de pathologies organiques** : Maladies contractées pendant la grossesse, virus périnatal... (Lelord et al, 1990).

6- La classification :

Les scientifiques qui ont porté un intérêt croissant à l'autisme infantile à partir des années 70 ont permis l'évolution des différentes classifications diagnostiques que nous pouvons examiner dans le tableau comparatif ci après.

Evolution des classifications :

CIM 9 1977	DSM III 1980	DSM III R 1987	CFTMEA 1988	CIM 10 1993	DSM IV 1994
Psychoses spécifiques de l'enfance	Troubles globaux du développement	Troubles envahissants du développement (TED)	Psychoses	Troubles envahissants du développement (TED)	Troubles envahissants du développement (TED)
Autisme infantile	Autisme infantile syndrome complet syndrome résiduel	Troubles autistiques	Autisme infantile précoce type kanner Autres formes de l'autisme infantile	Autisme infantile Autisme atypique	Trouble autistique
Psychose désintégrative Psychose infantile atypique Psychose de l'enfant (schizophrénie forme de l'enfance)	Trouble global du développement débutant dans l'enfance Syndrome complet Syndrome résiduel Trouble global atypique du développement Trouble autistique	TED non spécifié	Psychoses précoces déficitaires dysharmonies psychotiques Schizophrénie de l'enfant	Syndrome de rett Autres troubles dés intégratifs Troubles hyperactifs avec retard mental et stéréotypies Syndrome d'asperger Autres TED, TED non spécifié.	Syndrome de rett Troubles désintégratifs de l'enfance Syndrome d'asperger TED non spécifié

Depuis la description princeps de Kanner, l'autisme a principalement été associé aux « psychoses », ce que nous pouvons constater dans la CIM 9 datant de 1977.

Au début des années 1980, avec le développement de la pédopsychiatrie et de nombreuses descriptions sur les psychoses infantiles, la DSM III a été clarifié et le terme de « psychose » appliqué aux troubles psychiques de l'enfant disparaît de cette classification au profit de « troubles globaux du développement ».

A partir des années 1990, la classification américaine et celle de l'OMS ont une bonne concordance et classent l'autisme dans la catégorie des troubles envahissants du développement ; tandis que la classification française (la seule) ou CFTMEA datant de 1988, recense l'autisme et ses troubles sous le terme de psychoses infantiles précoces.

De la diversité de ces classifications qui tentent de répertorier le syndrome autistique, nous retiendrons, comme l'a notamment souligné le rapport de l'IGAS et de nombreux chercheurs (E.Fombone, 1994, pp13-17) les remarques suivantes :

La classification française, plus restrictive que ses consœurs, rend difficile les correspondances ; et dans ce sens, les échanges et présentations de travaux multiples des psychiatres français et étrangers ne sont que plus difficiles.

De plus, l'absence dans le CFTMEA de certains critères, utilisés par les anglo-saxons et permettant une approche plus précise de l'état de l'enfant, rend plus difficile le choix de la prise en charge.

Mais comme le souligne Claudie BERT, 1998 ce qui est majoritairement à déplorer dans cette hétérogénéité de classifications est que « sans préjuger de la supériorité de l'une ou

l'autre classification (...) leur concordance imparfaite 'constitue un facteur regrettable d'incompréhension entre chercheurs, praticiens, familles et organisme de santé' ».

Toutefois, les diverses classifications reconnaissent le syndrome autistique comme une pathologie spécifique et à part, ayant des conséquences sociales considérables.

7) Critères d'évaluation de l'autisme :

Le diagnostic de l'autisme s'établit sur des critères comportementaux. Il existe trois critères importants dans le diagnostic de l'autisme (Howlin, 2003):

- Un déficit de la communication (verbale et non-verbale) et de la socialisation : les personnes autistes ont du mal à initier, voire à soutenir une communication avec autrui. Le langage est en lui-même déficitaire (écholalie, inversion pronominale, idiosyncrasie et intonation « bizarre »). Cette difficulté de communication produit un important problème de socialisation.
- Une absence du jeu symbolique : le jeu se réduit à la manipulation d'objets, utilisés de façon détournée ou stéréotypée. Il n'y a pas ou peu de jeux spontanés ou imaginatifs ; les enfants autistes jouent rarement, voire pas du tout à « faire semblant ».
- Des comportements répétitifs et des centres d'intérêt restreints : les personnes atteintes d'autisme ont une obsession pour l'uniformité, elles rejettent le changement et mettent en place des activités pauvres, sans cesse répétées, et des stéréotypies.

Il existe d'autres critères susceptibles de renforcer un diagnostic d'autisme, comme le regard fuyant (les personnes autistes regardent rarement les yeux de leur interlocuteurs), ou le rejet du contact physique (certaines personnes autistes se sentent agressées lorsque, par exemple, on pose la main sur leur épaule), etc. En revanche, ces critères ne sont pas

spécifiques à l'autisme – ils ne sont pas forcément présents chez toutes les personnes atteintes d'autisme.

8) Diagnostic différentiel

1) Avant l'âge de 3 ans

La surdité : est discutée devant le retard de langage et l'absence apparente de réactions à certaines stimulations auditives (notamment à la voix). Néanmoins, les enfants sourds ont en général une appétence pour la communication non verbale. En fait surdité et autisme ne peuvent être confondus ; en revanche ils peuvent être associés.

La cécité : qui peut aussi poser des difficultés de diagnostic, notamment chez les plus jeunes. Cependant si elle est isolée, l'apparition du langage et la recherche de contact corporel viennent infirmer le diagnostic de troubles envahissant du développement.

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

Le retard mental : autisme et retard mental ne sont pas exclusifs l'un de l'autre. Nombre d'enfants autistes ont un retard parfois important ; mais chez les autistes les anomalies du contact et de la communication sont au premier plan, avec les comportements bizarres et stéréotypés ; d'autre part leur fonctionnement intellectuel est plus hétérogène que celui des

enfants retardés du même niveau (retard simple), avec des troubles qui ne concernent pas de façon équivalente les différentes fonctions : mémorisation, catégorisation...

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

Le tableau clinique s'améliore rapidement si une prise en charge spécialisée intervient précocement. Lorsqu'il s'agit de carences affectives graves et durables, en revanche, il peut y avoir une parenté sémiologique avec l'autisme. Les anomalies grossières des conditions de vie sont alors facilement identifiées si les antécédents sont connus. Mais parfois l'anamnèse est insuffisante (enfants plus grands dont le passé est mal précisé, cumul de facteurs, adoption tardive etc...). En principe le domaine de la « sociabilité » est plus susceptible d'être préservé, ou amélioré par les soins, s'il ne s'agit pas à l'origine d'un autisme.

2) Après l'âge de 3 ans

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

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

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

Le retard mental et l'autisme, comme on l'a vu, ne sont pas toujours exclusifs l'un de l'autre. Schématiquement, l'autisme est le plus souvent associé à un retard mental de degré variable. D'autre part, le retard mental (plus fréquent) peut être associé à quelques signes communs avec l'autisme, surtout dans ses formes modérées ou sévères (stéréotypies, automutilations, agitation...). Sinon, on parle de retard simple, homogène, lorsqu'il n'y a pas d'altérations spécifiques supplémentaires de la communication, ou de troubles graves du comportement. (Pascal Lenoir et al, 2007).

9- Les différentes conceptions de l'autisme

9-1- La psychanalyse

Dans les années 40, moment où le terme autisme a été utilisé, la théorie explicative qui va se répandre et dominer le champ de l'autisme jusqu'au années 60 est psychogénétique (ce qui signifie que les causes sont psychologiques).

C'est Bruno Bettelheim qui va formuler les hypothèses les plus utilisées. Il croyait que les mères d'enfants autistes étaient des femmes d'une grande froideur qui nourrissaient à l'égard de leur enfant des « impulsions meurtrières ».

Bettelheim avaient construits son système à partir de ces prétendues observations durant son internement dans les camps de concentration.

Conséquence de cette conception : l'enfant doit être retiré à sa mère et celle-ci doit suivre une psychanalyse pour connaître ses conflits inconscients qui l'ont amené à agir de la sorte avec son enfant.

A la suite de Bettelheim, beaucoup de psychanalystes ont proposé des théories sur ce modèle de la culpabilité maternelle. Kanner lui même parlait de « réfrigération affective ». Anna Freud : « spectre de la mère rejetante ». Eisenberg pense que l'enfant se réfugie dans l'autisme et ainsi « punit les parents pour leurs exigences et leur froideur ».

9-2- La psychologie comportementale

Conception ancienne de l'analyse des comportements humains (début du 20ème siècle)

Thorndike : un comportement est fonction de ses conséquences

Watson : la psychologie c'est l'analyse des comportements et non pas l'analyse de la conscience et de l'esprit. Utilisation du conditionnement répondant

Skinner : formalisation de l'analyse opérante. Programmes de renforcement.

Pas d'explication globale de l'autisme en psychologie comportementale.

Les chercheurs en psychologie comportementale se rallient à l'idée que les causes sont avant tout neurologiques et génétiques. Pas de causes relationnelles.

La psychologie comportementale va alors s'attarder à analyser, comprendre et modifier les comportements d'une personne autiste avec son environnement physique ou social.

Ceci fait de la psychologie comportementale une approche pauvre en explication causale de l'autisme globale mais riche en explication de petites unités de comportement et riche en intervention.

Une hypothèse a été formulée par Lovaas (1979) : la sur sélectivité. Les enfants autistes ne seraient pas capables de prêter attention à des informations présentées simultanément, par conséquent ils choisiraient qu'un aspect très étroit des informations.

La psychologie comportementale (ou ABA = Analyse Appliquée du Comportement) a permis aux chercheurs et aux psychologues de terrain de mettre au point des méthodologies spécifiques permettant de développer les compétences des enfants autistes. A ce jour, ce sont ces méthodologies qui ont donné les résultats les plus prometteurs mais aussi ce sont les chercheurs en psychologie comportementale qui publient le plus sur les méthodes éducatives chez les enfants autistes.

9-3-La psychologie cognitive :

Cognition = processus de pensée et de traitements de l'information

Théories mentalistes qui diffèrent des théories comportementalistes.

En psychologie cognitive, un comportement n'est pas analysé pour lui-même mais parce qu'il est le signe d'un processus psychologique qui le sous tend. Par exemple, dire le nom d'une personne que l'on n'a pas vu depuis longtemps n'est pas analysé en temps que tel mais est le point de départ de l'analyse d'un concept plus général qu'est la mémoire.

10- Un aperçu des traitements :

L'autisme appelé « autisme infantile précoce » est une pathologie du développement. Ce qui aurait dû se développer ne l'a pas été et ne pourra plus se développer normalement. Les spécialistes s'accordent à dire que toutes guérison et exclue. Cependant, certains traitements

peuvent atténuer des symptômes, des comportements souvent très handicapants et améliorer le fonctionnement intellectuel ainsi que l'intégration sociale de la personne autiste.

10-1- Les médicaments :

Le rapport de l'ANDEM de novembre 1994 sur « l'autisme », qui a fait une analyse fine de la littérature internationale relative aux essais médicamenteux, indique qu'il n'existe aucun médicament « spécifique du syndrome de l'autisme ». Cependant les psychotropes (neuroleptiques, antidépresseurs) peuvent être utilisés afin de limiter certains symptômes tels que l'agressivité ou l'automutilation. L'association de certaines vitamines à du magnésium semble dans certains cas améliorer les comportements.

10-2- Les traitements d'inspiration psychanalytique :

Ils sont issus des diverses hypothèses et recherches (courant de pensée) abordées ci-dessous. Les psychanalyses et psychothérapies ont comme objectif de permettre que s'organise le monde des représentations internes de l'enfant à partir de l'interprétation de son vécu, de ces angoisses, de ses symptômes et de l'expression de ceux-ci.

10-3- Les méthodes éducatives :

Toutes les méthodes d'inspiration behavioristes visent le développement de la communication et de l'expression des émotions, et part-là même une meilleure adaptation de l'enfant autiste par l'apprentissage des comportements qu'il n'acquiert pas spontanément et qui rendent une vie sociale impossible. Nous pouvons en citer quelques unes :

La méthode ABA : analyse appliquée du comportement qui cherche à comprendre ce qui induit ou non de nouvelles compétences.

La méthodes TEACCH : démarche éducative élaborée aux États-Unis (caroline du nord) qui propose aux enfants une organisation de l'espace et du temps particulière avec beaucoup de supports visuels pour palier leurs difficultés d'expression et de communications.

Conclusion :

En guise de conclusion de ce chapitre on peut considérer que l'autisme est un syndrome qui reste méconnue par rapport aux causes et il a plusieurs classifications, il reste toujours l'un des sujets complexe qui nécessite l'intervention interdisciplinaire pour une meilleure prise en charge.

Chapitre III: Le stress

Préambule :

Il y a 40 ans, le mot "stress" commençait à peine à être connu. Maintenant, c'est une réalité que plusieurs considèrent comme un problème normal de la vie moderne. Le stress est le lot quotidien d'une majorité de personnes dans leur travail, mais il atteint également les enfants, les adolescents et les personnes âgées.

Selon l'institut Américaine du Stress, ce problème est à l'origine de 75 à 90% des nouvelles consultations médicales et de 60 à 80% des accidents de travail. Les coûts du stress seraient plus élevés que ceux de toutes les grèves mises ensemble. Ces coûts se manifestent sous forme d'absentéisme, de perte de productivité, de rotation de personnel, d'accidents, de frais médicaux et légaux directs ainsi que d'assurances et de compensations. Cette situation s'aggrave d'année en année.

On ne peut plus ignorer le stress ou simplement le tolérer en attendant que la situation devienne moins exigeante. Les pressions ne disparaîtront pas: elles font partie de notre vie quotidienne "normale". Il faut maintenant apprendre à "gérer notre stress".

Pour y parvenir, il faut comprendre d'où vient le stress: quels facteurs le provoquent et quels mécanismes l'engendrent. En nous appuyant sur cette compréhension, il devient possible de savoir ce que nous pouvons faire pour empêcher les pressions de provoquer chez nous un stress chronique et le cortège des maux physiques et psychiques qui viennent à sa suite.

1- Définition du stress :

Le stress est une interaction particulière, mettant en jeu les composantes physiques, biologiques, psychiques et sociales du sujet, en vue de faire face à une demande génératrice d'une tension émotionnelle, et dont la finalité sera l'adaptation réussie ou non, de ce sujet. (D.Hoareau, 2001,p48).

Selon Turcotte (1982) :

Le stress apparaît comme le « résultat de transactions entre la personne et son environnement. La source de stress peut être positive (opportunité) ou négative (contrainte) et avoir pour résultat la rupture de l'homéostasie psychologique ou physiologique. L'enjeu de situation doit être important et sa résolution comporter une certaine dose d'incertitude. De plus, le stress déclenche des émotions et mobilise les énergies de l'organisme. Du côté des caractéristiques de l'individu, il semble important de tenir compte de ses habilités et ressources de même que de ses besoins. (Delaunois. M, 2001, p10)

Selon Lazarus et Folkman (1984) :

Le stress est le résultat d'une transaction entre l'individu et son environnement, dans laquelle la situation est évaluée cognitivement par l'individu comme débordant ses ressources, menaçant son bien-être et nécessitant des efforts pour résoudre le problème. (Ibid p11)

Selon Hans Selye (1973) :

Il définit le stress « comme la réponse non spécifique de l'organisme à chaque demande de changement ».

Le stress désigne l'état dans lequel se trouve un organisme menacé de déséquilibre sous l'action d'agent ou de conditions qui mettent en danger ses mécanismes homéostatiques. (Sillamy. N, 2003, p 52).

Selon Steploe (1991) :

Le stress psychologique ne peut être défini simplement en terme de stimulation exercée par l'environnement désagréable, si perturbateurs soit-il. Le même évènement peut entraîner des réponses tout à fait différentes chez deux sujets, voire chez le même sujet en des constances différentes. (Doucet. C, 2000, p 52).

2- Histoire du stress :

L'évolution du concept stress s'est faite parallèlement aux progrès des connaissances scientifique. Aux environs du XVII siècle les anglais donnent au stress la connotation de détresse psychique en relation avec des agressions extérieures.

W. Cannon (1935) utilise le terme de stress dans un sens physiologique, puis en 1928 dans un sens psychologique. Il précise que la notion de constance du milieu est appelée « homéostasie » en suite et pendant l'année 1972, Ch. Darwin considère que la peur avec ses manifestations somatiques a pour rôle de préparer l'organisme face à une situation de danger. Tandis que W. James, considère la perception du stimulus par le sujet comme phase très importante, ainsi que ses conséquences.

C'est avec les travaux de H. Selye (1975), médecin canadien d'origine hongroise, que le concept stress va avoir une légitimité scientifique et les succès que nous lui connaissons aujourd'hui, pendant qu'il faisait ses études de médecine, il observait des réactions et des anomalies, chez des rats auxquels ils avait injecté des extraits glandulaires. Cette réaction de défense non spécifique de l'organisme a été appelée syndrome général d'adaptation. Il en décrit trois phases : la phase d'alarme, la phase de résistance et la phase d'épuisement. Ce syndrome sera appelé plus tard « stress ». Il constate les même lésions (en particulier hypertrophie des surrénales, atrophie et hémorragie du thymus des ganglion lymphatique) qui sont provoquées par les facteurs d'agression les plus variés.

H. Selye cite la contrainte d'injection d'huile de croton ou de formol ou encore d'extraits glandulaire mal purifiés. Les diverses infections, les hémorragies, les brûlures, le froid, les fractures les radiations tissulaire spécifiques aux divers agents agressifs provoquent toujours une série de phénomènes non spécifique.

Des travaux ont été développés sur le stress, il y a plusieurs cent ans par le médecin français C. Bernard. Ses études ont été poursuivies depuis une cinquantaine d'années par W. Cannon et H. Selye. C. Bernard a mis en évidence l'existence de mécanismes régulateurs dont dispose l'organisme qui régissent activement pour rétablir l'équilibre de la personne et veiller en permanence à son maintien, et il a fait la distinction entre le milieu intérieurs (intra-organique) et le milieu extérieure (extra-organique). (D.Hoareau, 2001. p22).

3- Les symptômes du stress :

Les symptômes émotionnels :

- Tristesse
- Baisse de libido
- Faible estime de soi
- Sensibilité
- Nervosité et inquiétude accrues
- Crises de larmes
- Agitation
- Anxiété
- Irritation

Les symptômes intellectuels :

- Difficulté de concentration
- Erreurs
- Oublis
- L'indécision
- La désorganisation
- La perception négative de la réalité

Les symptômes physiques :

- La fatigue : la fatigue est le symptôme le plus fréquemment cité par les personnes stressés. Elle entraîne de nombreux troubles : (douleur musculaire, crampes, difficultés de concentration, troubles de la mémoire et de l'attention).
- Douleurs
- Tension musculaire
- Problèmes digestifs
- Problèmes de sommeil ou d'appétit
- Maux de tête

- Vertiges

- Souffle court

Les symptômes comportementaux

- Modifications des conduites alimentaires
- Comportements violents et agressifs
- Plus de difficultés dans les relations
- Absentéisme
- Tendance à s'isoler
- Abus de télévision
- Consommation accrue de tabac, de caféine, de sucre, de chocolat, d'alcool, de drogue
- Evitement de certaines situations. (Lebel. G, 2011, p13)

4- Les modèles théoriques du stress :

Il est important de souligner que la classification d'une théorie du stress comme « biologique », « cognitive », « transactionnelle » est en grande partie arbitraire.

Ces classifications sont néanmoins utiles dans un objectif pédagogique pour présenter les différentes théories selon leurs préoccupations majeures, ou par rapport aux dimensions les plus développées.

Cette manière de procéder permet de mettre en évidence, pour les soixante-quinze dernières années, le nombre très important de théories détaillant les réactions physiologiques de l'individu (ou de l'animal) dans des conditions de stress.

4-1- Les théories biologiques ou physiologiques du stress :

Les travaux de Cannon et Selye s'orientent vers l'étude de la réaction physiologique d'un organisme soumis à un stress. Cannon est le premier à démontrer que les manifestations

somatiques accompagnant le comportement de fuite ou d'attaque face à un danger, sont dus à la libération dans le sang d'une hormone, l'adrénaline, en provenance de la glande surrénale.

L'organisme tend en permanence à maintenir un équilibre constant (homéostasie) et tolère des modifications limitées. Quand les modifications produites par des agents internes ou externes sont excessives, elles affectent les mécanismes homéostatiques de l'organisme qui s'activent pour rétablir l'équilibre. Le stress est alors cette réponse activée par toutes sollicitations excessive qui permet l'adaptation en maintenant l'équilibre de base de l'organisme (reuilly et al. 1934).

L'importance de l'état homéostatique est reprise par Selye (1936, 1946, 1950). Selon lui la surcharge des capacités de défense de l'individu suite à une agression psychique ou physique menaçant l'équilibre interne, ceci déclenche une contre réaction. Cette réaction est non spécifique car elle ne dépend pas de la nature de l'agent stresser.

4-1-1-Le stress selon Selye ou « modèle de réponse » :

Selye décrit en 1936 le syndrome général d'adaptation (SGA) et, dans les années qui suivent, continue, ses expériences (Selye 1946, 1950) de ce syndrome retrouvé chez l'animal quel que soit l'agent nocif et qui se développe en trois étapes :

- la phase d'alarme : l'organisme mobilise toutes ses ressources pour faire face à l'agression.

Dans un premier temps (phase de choc), il y a surprise de l'agression soudaine et la présence de symptôme d'altération passive de l'équilibre fonctionnel. Dans un deuxième temps (phase de contre choc), il y a la mise en place de moyens de défense active. Le cortex

surrénal augmente de volume et présente une activité élevée. Il y a une involution aigue et inversion de la plupart des signes de la phase choc.

- **La phase de résistance** : elle commence environ 48 heures après l'agression. Les signes d'alarmes disparaissent et sont souvent remplacés par des signes inverses (par exemple hémodilution, hyperchlorémie et anabolisme avec retour au poids normal des tissu). Cette phase de résistance prolongé et accentue la phase de contre choc.

- **La phase d'épuisement** : en fonction du niveau de gravité et de sévérité de l'agression, l'organisme peut entrer dans cette dernière phase. Elle peut apparaître quelques semaines, voire plusieurs mois après le début de l'agression. L'adaptation peut ainsi disparaître si l'agent agressif est suffisamment important et présent pendant assez longtemps. Cette phase reproduit en partie les réactions physiques de la phase de choc (graziani. P et Swendsen. J, 2005).

4-2- Les théories cognitives du stress :

4-2-1- le modèle de Kelley :

La théorie des constructions personnelles de Kelley (1955-1963), est indispensable dans la compréhension de la réponse au stress, car elle cherche à appréhender la manière dont l'individu construit le sens de son expérience et adopte son mode de perception du monde au fur et à mesure des transactions avec l'environnement. Parallèlement, à cette attribution de sens, que la personnalité se forme.

La théorie de Kelly permet de comprendre les aspects sous jacents à toute évaluation cognitive qui peut être imaginée comme un va et vient entre l'évaluation contextuelle et les évaluations posées sur lesquelles s'érige la personnalité.

La théorie de Kelly reconnaît à chaque individu la capacité scientifique de se représenter les évènements et de construire un système capable de les anticiper.

L'anticipation est le processus central, pour la raison que Kelly considère que l'individu est un être en mouvement, et non pas un objet passif, il est motivé à l'action, qui doit anticiper les évènements en privilégiant les alternatives qui, dans l'ensemble de ses propres constructions mentales semble capable de fournir la base la plus adéquate pour prévoir la suite des évènements.

Le postulat fondamental du modèle de Kelly est que les processus de chaque individu sont psychologiquement orientés par la façon dont il anticipe les évènements.

Le postulat fondamental du modèle de Kelly est que les processus de chaque individu sont psychologiquement orientés par la façon dont il anticipe les évènements. Un sujet anticipe continuellement les évènements, de sorte que les processus sont psychologiquement orientés par un réseau de règles et ne fluctuant pas au hasard. (P.Gaziani, 2005, P 36-37)

4-2-2- le modèle de Beck :

Beck, considère qu'une transaction stressante résulte d'un processus actif continu qui inclut des analyses, des interprétations et des évaluations successives de la situation externe, des risques, des coûts et des avantages d'une réponse particulière.

Les stimuli sont actifs, s'ils sont interprétés comme tels par le sujet, selon le type d'évaluation et la situation donnée. Le sujet est motivé à mettre en place tel ou tel comportement particulier, la direction de la force est appelé « inclinaison comportementale », dont l'intensité est le conflit du degré de l'arousal. Si l'inclinaison comportementale n'est pas traduite en action, alors l'individu reste dans un état d'arousal pour quelque temps, même si le stimulus n'est plus présent.

L'arousal est une dimension de l'activité ou de préparation à l'activité fondée sur le niveau d'excitabilité sensorielle et corticale. Selon Beck, à chaque fois qu'un individu est mobilisé pour agir, il fait l'expérience d'une réponse active.

Par exemple, les sujets confrontés à des situations dangereuses expriment généralement de l'anxiété ainsi que le désir de s'échapper et/ou le désir d'attaquer.

L'action ou l'inclinaison comportementale ainsi que l'émotion (la réponse affective), naissent de l'interprétation ou de la construction personnelle de la situation faite par l'individu. La mobilisation à l'action de l'individu est la clef pour comprendre les réactions au stress. (Ibid, P 38-39).

La nature de notre thème ainsi, le test utilisé (échelle de stress, Stroop), impose qu'on travaille avec la théorie cognitive, qui est adaptée à notre sujet d'étude. Cette théorie est adoptée par Kelly et Beck qui ont fait des travaux sur le stress.

4-3-Les théories transactionnelles :

Les modèles transactionnels et (biopsychosociaux) veulent dépasser la simple notion de cause- effet et cherchent à réparer tous les facteurs pouvant expliquer la variabilité de la transaction stressante dans une optique interactionnelle.

4-3-1- Le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman :

Le modèle transactionnel du stress focalise l'attention sur des éléments psychologiques centraux dans le modèle de la psychologie de la santé et plus précisément sur la façon dont l'individu construit cognitivement la perception d'une situation stressante (stress perçu), analyse sa capacité de faire face (contrôle perçu) ; et met en place des stratégies de coping, ce modèle du stress psychologique a été développé par Lazarus et ses collègues.

Une situation devient stressante quand la « demande » faite par l'interaction individu/environnement est évaluée par le sujet comme excédent ses propres ressources et mettant en danger son bien-être.

Cette approche transpose le concept d'homéostasie de Cannon et celui de Selye (1956) au stress psychologique. Le stress n'est considéré comme une propriété de la personne ou de

l'environnement, ni comme un stimulus ou une réponse. Le stress est une relation particulière, un processus orienté entre la personne et l'environnement.

Considérer le stress comme un « processus » à deux significations importantes en rapport avec théorie cognitive de stress :

- 1- le sujet et l'environnement sont considérés en relation dynamique, donc constamment en changement.
- 2- La relation est aussi bidirectionnelle : le sujet et l'environnement peuvent agir l'un sur l'autre.

4-4- L'approche psychosociale :

A partir des années 1960, l'approche psychosociale s'intéresse à la relation entre événement de vie et maladies somatiques ou mentales distinguant les événements brutaux et les expériences de perte du type chômage, maladies graves, deuil, les situations chroniques de conflit ou de surcharge de travail, et les transitions psychosociales comme l'entrée dans la vie active, la retraite ou le mariage.

Une échelle quantitative « d'expérience récente d'évènements de vie » est élaborée par Holmes et Rahe en 1967. L'échelle de Cohen et Williamson, axée sur la perception des situations, est plus qualitative. Cette échelle, très utilisée, a été validée par Bruchon en 1994.

En 1995, l'échelle clinique d'Albert, non validée, prend en compte l'adéquation entre les aspirations de la personne et leur satisfaction. Elle vise à recentrer la personne sur ses vrais objectifs de vie et à reconsidérer son degré d'aspiration.

(Legeron. P, 2001, P 17-18).

D'après cette approche il on existe plusieurs sources du stress des mères d'enfants autistes.

5- Les sources du stress chez les parents d'enfants autistes :

5-1- Le diagnostic, les relations avec les professionnels et le stress parental :

L'une des causes les plus importantes de stress vécus par les parents d'enfants atteints d'autisme est le manque de soutien professionnel adéquat (Bishop et al 2007. Sharpley et al, 1997). Parents confrontés à des problèmes recevoir de l'aide des professionnels de la santé dès le stade du diagnostic des déficits de développement de leur enfant. Qu'il suffise de dire que, en moyenne, l'enfant est évalué de plus de quatre professionnels avant le diagnostic, avec le temps moyen de diagnostic est environ 2-3 ans (Siklos et al, 2007).

Parmi les multiples facteurs qui contribuent à cette situation, une des principales causes est le manque général d'éducation sur le déroulement des jeunes. Le développement des enfants et de ses troubles chez les professionnels, et une connaissance insuffisante de symptômes indiquant un important troubles du développement. Une autre question importante est le petit nombre d'établissements de soins offrant des services spécialisés aux personnes atteintes de TSA.

Comme indiqué par Norton et Drew (1994), l'autisme est généralement diagnostiqué seulement lorsque les parents insistent sur une évaluation minutieuse de leur enfant. Cette constatation a été confirmée par les données du Canada, indiquant la présence d'une relation entre l'éducation de la mère et le diagnostic de l'autisme (Croen et al, 2002). Les informations recueillies auprès des parents indiquent qu'ils se préoccupent du développement de leur enfant dans la première moitié de sa deuxième année de vie (De Giacomo et Fombonne, 1998). Ils sont généralement préoccupés par les difficultés de communication de leurs enfants, en particulier l'absence de la parole, ainsi que les comportements sociaux inhabituels et le jeu (Charman et al, 2001).

Les parents sont frustrés par le processus de diagnostic retardé et débrouillé et déçus du niveau de connaissances des professionnels sur les troubles du spectre autistique (Osborne et al, 2008). Leur stress associé à la peur de leur enfant peut être aggravé par la manière dont ils sont traités par des professionnels. Ils sont obligés de longs délais d'attente dans les établissements spécialisés, et ils reçoivent des informations contradictoires sur la façon d'aider leur enfant. Leurs problèmes sont exacerbés par la mauvaise compétence interpersonnelle de certains professionnels. Soutien aux parents est également inadéquat pendant et immédiatement après le processus de diagnostic.

Les parents ont du mal à faire face à un diagnostic de leur enfant de l'autisme. Leur gamme de réponses des secours que la situation est enfin claire, par un choc, d'incrédulité ou de refus, d'une profonde tristesse et l'humeur dépressive (Avdi et al, 2000). Beaucoup sont incapables pour faire face à la situation de leur propre chef et ont besoin de soutien professionnel (Wachtel et al, 2008).

5-2- Les attitudes sociales envers les personnes atteintes d'autisme :

Il ne fait aucun doute que les parents d'enfants atteints d'autisme doivent faire face non seulement à des problèmes résultant de la déficience intellectuelle de leur enfant et les comportements difficiles, mais aussi avec les réponses des autres pénibles au comportement de l'enfant, ainsi que le manque général de connaissances sur l'autisme.

Le contraste entre l'apparence de l'enfant, qui trahit aucun signe de handicap, et son comportement, qui est perçue comme anormale et «étrange», met souvent les parents dans de situations très désagréables (Portway & Johnson, 2005).

Le comportement de l'enfant est souvent considéré comme un symptôme de la mauvaise éducation: *"Tu es une mauvaise mère. Il se comporte comme ça par ce que vous n'avez pas le discipliner. Si vous avez fait cela de cette façon, vous n'aurez pas de problèmes. Ce genre de choses ... tu sais, ça n'aide pas »* (Farrugia, 2009, p. 1018). Désapprobation sociale pour l'enfant comportement conduit souvent à la stigmatisation, l'expérience de la honte pour les parents, et leur exclusion d'activités sociales normales (Farrugia, 2009).

L'un des aspects qui déterminent les attitudes et les comportements envers les personnes atteintes d'autisme est le manque de sensibilisation sur la maladie. L'autisme reste encore un état inconnu (Huws et Jones, 2010). Il y a beaucoup à faire dans ce domaine afin de changer les attitudes négative envers les personnes atteintes d'autisme, d'autant plus qu'il a déjà été démontré que l'étendue et les modalités de fournir des informations sur la maladie affecte de manière significative les attitudes et le niveau d'acceptation pour les personnes atteintes de ce handicap (Iobst et al, 2009).

Boyd (2002) a constaté que le soutien informel joue un rôle particulièrement important dans l'adaptation des mères d'enfants atteints d'autisme. Malheureusement, la disponibilité de ce type d'aide tend également à être limitée. Les problèmes de fonctionnement de l'enfant signifient souvent que les parents sont laissés à s'occuper de leurs enfants seuls, privés de l'aide même des membres de la famille proche.

La charge de la garde des enfants prend souvent des conséquences néfastes sur leurs relations avec les amis et connaissances. Leur cercle social est généralement réduit de façon significative (Farrugia, 2009).

5-3- L'incertitude des parents face à l'évolution de leur enfant :

Chaque enfant autiste a des troubles autistiques et des capacités différentes. Les parents ne peuvent pas savoir comment leur enfant va évoluer. L'avenir devient donc synonyme d'incertitude. Dans les questions qu'ils se posent l'avenir est un sujet récurrent. La capacité à se projeter dans l'avenir avec leur enfant devient donc difficile ou source de stress.

Les parents d'enfant autiste ont un chemin important en termes de temps et d'implication émotionnelle à parcourir pour accepter le handicap de leur enfant. Certains diront y être arrivés plus rapidement que d'autres. D'autres n'y accéderont que tardivement ou que partiellement.

Conclusion :

Aujourd'hui le stress est un mot que l'on entend souvent, un terme récurant pour expliquer bon nombre de nos désordres psychiques et physiologiques. Notre société moderne

est imprégnée de stress, une vie effrénée, un emploi du temps surchargé, des objectifs de résultats, la pollution, le bruit, l'incertitude socio-économique, la perte de repères etc.

Le stress est devenu depuis l'ère de la consommation de masse des années 60 un des facteurs clés du mal être généralisé de nos villes. Il a prit une dimension particulière, une place majeure dans nos esprits à tel point que chacun en connaît intuitivement les effets sans connaître forcément ses origines et surtout les méthodes thérapeutiques consistant à le diminuer.

Partie pratique

Chapitre IV : Méthode et techniques utilisées

1- Présentation du lieu de l'étude :

Notre recherche a été effectuée au sein de l'unité de prise en charge des enfants autistes, c'est une association à caractère socio-éducatif créée en juillet 2010. Qui a ouvert ces portes le 06 juillet 2010, pour les enfants autistes qui sont pris en charge en demi pension. La capacité d'accueil ne dépasse pas 12 places, on trouve 10 autistes intégrés, elle est composée de plusieurs salles, une salle de psychomotricité et un bureau pour les consultations externes.

Le nombre du personnel :

Dans l'unité où se déroulera notre enquête de recherche, il y a une orthophoniste chargée d'améliorer et d'aider les enfants sur le plan langagier, accompagner d'un psychologue scolaire, cinq psychologues cliniciens et deux éducatrices.

Les fonctions de l'association :

- Consultation afin de guider les parents des autistes.
- Accueil des autistes au sein de l'établissement, afin de suivre leur prise en charge.

2- l'échantillon de l'étude :

La participation des sujets dans cette recherche clinique exige la prise en considération de cette notion éthique, qui est le premier principe du code déontologique des chercheurs en psychologie. Le consentement des sujets implique que chaque parent donne son accord de participer dans notre recherche, d'une manière libre sans contrainte ou pression, après avoir expliqué brièvement notre thème de recherche et nos objectifs.

Nous avons constitué un échantillon composée de six mères, avec lesquels on a travaillé dans l'anonymat en changeant leurs prénoms afin de garder la confidentialité et en tenant compte des critères suivants :

- **Les critères d'homogénéité retenus :**

Sont les critères sur lesquels on s'est basé pour la sélection des cas.

_ La maîtrise de la langue du clinicien, soit le kabyle, soit l'arabe, soit le français.

_ Devant la nécessité d'utiliser le test de stress, les cas choisis ont un niveau d'étude moyen.

- **Les critères non pertinents pour la sélection :**

Dans notre recherche nous n'avons pas donné l'importance à :

- Le niveau socio-économique car le phénomène du stress peut toucher toutes les classes sociales .

2- La Pré enquête :

Elle se définit comme étant « une phase d'opérationnalisation de recherche théorique, elle consiste à définir les liens entre d'une part, les constructions théorique ou cadre conceptuel selon le cas, ou d'autre part les faits observables afin de mettre en place l'appareil d'observation ». (Chauchat. H. 1990, p19).

La pré-enquete se fait par le biais de l'observation préliminaire des faits afin de recueillir le maximum d'informations, qui permettent le déroulement de l'enquete. Elle est une phase de défrichage, d'investigation, préliminaires, de reconnaissance, une phase de terrain assez

précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiable, renseignées, argumentées et justifiées. Mais aussi, elle permet de fixer en meilleure connaissances de cause, les objectifs

précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura réalisé pour vérifier ses hypothèses(O. Aktouf, 1987, P102).

Nous avons effectué notre pré-enquête au sein de l'unité de prise en charge des enfants autistes de la wilaya de Bejaia, guidée par une psychologue clinicienne.

Le but de cette pré-enquête est de s'assurer de la faisabilité de notre recherche par rapport à l'existence de notre échantillon d'étude, la pertinence de nos questions, la théorie référentielle et les conditions d'études.

Cette pré-enquête qui nous a permis d'effectuer un certains nombres d'observations de la situation clinique et une prise de notes minutieuse sur les particularités et l'état psychologique des parents d'enfants autistes et cela à partir d'un ensemble d'entretiens avec eux pour avoir une vue d'ensemble pour confirmer la faisabilité de notre recherche sur le terrain et quelles sont les difficultés qu'en peut croiser dans notre étude avant d'entamer notre recherche.

3- La méthodes utilisée :

La méthode adoptée pour infirmer ou confirmer nos hypothèses dans notre recherche est :

- **La méthode descriptive :**

Les recherches en psychologie clinique fond principalement appel au méthodes descriptive elle interviennent au milieu naturel et tenant de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière.

L'objectif de cette approche n'est pas d'établir des relations de cause à effet, comme si le cas de la démarche expérimental, mais plutôt d'identifier les comportements d'une situation donnée parfois de décrire la relation qui existe entre ses composantes.

5- Les techniques utilisées:

Le choix et la construction des outils d'investigations, constitue une étape importante dans la recherche en sciences humaines et sociales, en effet il est nécessaire pour un chercheur de savoir ce qu'il cherche et que tous les aspects du problème soient cernés et abordés.

Dans notre recherche nous avons opté de combinaison entre deux sortes d'outils ; entretien clinique et le test de stress ''Stroop Color-Word Test''.

5- 1- Entretien clinique de recherche :

Compte tenu de nos objets d'étude, l'entretien de recherche est de toute évidence. Un outil privilégié. Dans le cadre d'une relation, il permet de mettre à jour une dialectique de l'exploration, pour le chercheur, et de l'expression, pour la personne interviewée selon A. Blanchet 1997 : « l'entretien permet d'étudier les faits dont la parole est le vecteur principal, étude d'action passées de savoirs sociaux ; des systèmes de valeurs et normes...etc. ». Selon lui l'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens à un sens peu différent il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et mettant l'accent sur la relation. L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en science sociale, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet dans le sens évident, ou l'on postule un lien entre le discours et le substrat psychique. (H. Bouny, K. Chahraoui, 2003, p 11-12).

5-2- l'entretien semi-directif :

Vue la qualité des informations recherchés nous avons opté pour l'entretien semi directif ; guide d'entretien avec plusieurs questions préparés à l'avance mais non formuler d'avance, dans ce type d'entretien le clinicien pose la question puis laisse parler le sujet, ce qui est proposé est avant tous une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours, l'aspect spontané des associations du sujet est moins présenter dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tous de même une attitude non directive, il n'interrompt pas le sujet, le laissé associer librement, mais seulement sur le thème proposé. (Chahraoui. Kh, 1996, p16).

Il se définit comme une technique directe d'investigation scientifique utilisé au près des individus pris d'isolement, mais aussi, dans certains cas, auprès des groupes qui permet de les interroger d'une façon semi-directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de structurer en profondeur les information. (M. Anger, 1994, p144).

La semi directivité de l'entretien implique la disposition du chercheur d'un guide d'entretien avec plusieurs question préparées à l'avance mais non formuler d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans l'interrompre. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit. (H. Bnouny, K. Chahraoui, 2003, p143).

Pour ce faire nous avons construire un guide d'entretien qui comporte quatre axes, et chaque axe comporte un ensemble de questions qui répond à nos hypothèses ;

- Premier axe** : Stress du diagnostique de l'autisme.
- Deuxième axe** : Les relations avec la famille, l'entourage.
- Troisième axe** : L'incertitude face à l'évolution de l'enfant.
- Quatrième axe** : Les relations mères, professionnels.

Ce guide d'entretien est complété par les renseignements donnés par deux psychologues et les intervenants du centre.

Ce type d'entretien favorise l'expression libre et associative, à partir d'une question ouverte toute on orientant ponctuellement la personne sur ses questions précises pour lesquelles l'examineur souhaite une réponse. (Ibid. p 32).

5-3- Le test de stress “Stroop Color Word Test”:

5-3-1-Le test utilisé :

Le test de stress a pour but de prédire l'aptitude d'un sujet à maintenir un niveau de performance satisfaisant dans une situation qualifiée de stress.

5-3-2-Historique de test :

Les origines du test remontent à la fin du siècle dernier, avec les travaux de N, Wundt et J.M. Cattell sur le temps mis pour nommer des objets et des couleurs et lire les mots correspondants.

L'aspect le plus intéressant du test, la situation de conflit et d'interférence, a été étudié par E.R.Jaensch, dans ces travaux sur les différents types de perception.

Le test fut mis au point par l'américain J.R.Sroop en 1935 sous le nom de Color-word test utilisa ce test pour sa thèse concernant l'interférence dans les réactions verbales sérielles.

Son étude fut publiée dans le journal of Experimental psychology et ne fut suivie que d'une seule autre étude utilisant le Color-word test en 1938.

La forme originale était composée de trois planches, dont :

- la planche M, comportant 5 noms de couleurs (rouge, vert, marron, et violet), imprimés en noir sur fond blanc ;

-la planche C, comportant 5 petits carrés colorés en rouge, bleu, vert, marron et violet ;

-la planche MC, comportant 5 nom de couleurs (les mêmes que dans les planches M et C) : chaque nom étant imprimé avec une des 4 autres couleurs (exemple : rouge écrit à l'encre bleue, verte, marron, ou violette).

5-3-3-Description du test :

L'épreuve est présentée sous forme d'un cahier sur lequel le sujet répond. Elle se compose de trois subtests :

Subtest I : 50 lignes de 4 noms de couleurs (vert, rouge, bleu, jaune) imprimés en noir. Les sujets écrivent le plus vite possible, dans les cases correspondantes, l'initiale de chaque nom de couleur.

Subtest II : 50 lignes de 4 carrés de couleur, les sujets écrivent le plus vite possible l'initiale de la couleur, dans les cases correspondantes.

Subtest III : 50 lignes de 4 noms couleurs, imprimés dans une encre de couleur, chaque nom pouvant être écrit dans l'une des 3 autres couleurs ou dans sa couleur. Les sujets doivent écrire, dans les cases correspondantes, l'initiale de la couleur de l'encre dans laquelle le mot est écrit, pour chaque subtest, les sujets disposent de 90 secondes.

5-3-4- Le matériel :

Cette présente édition de Stroop Color Word Test. Se compose d'un cahier de passation comprenant trois subtests. Qu'on présente aux sujets avec un crayon.

5-3-5- Les consignes :

Ne commencer pas avant le signal de départ. Quand on vous donnera le signal, vous remplirez le plus de cases possibles jusqu' à ce qu'on vous dise d'arrêter. N'oubliez pas que vous devez travailler horizontalement en suivant l'ordre des colonnes (1,2,3,4). Vous avez 90 secondes.

Première partie : écrivez la première lettre de chaque mot dans la case correspondante.

Deuxième partie : écrivez la première lettre de la couleur de chacun des carrés dans la case correspondante.

Troisième partie : écrivez la première lettre de la couleur de l'encre dans laquelle le mot est imprimé dans la case correspondante.

5-3-6- Le contenu :

Le test de stress est l'une des rares variantes du test de stroop permettant une passation collective : la réponse du sujet n'est pas verbale, mais écrite (écrire l'initiale du nom ou de la couleur).

Pour éliminer au maximum les confusions de lignes dans les réponses, les items ont été groupés par séries de 5 lignes.

Afin d'éviter les séquences ou les répétitions dans la répartitions des noms de couleurs, ou de couleurs, les règles suivantes ont été observées :

Subtest I :

Dans chaque ligne, chaque nom de couleur n'apparaît qu'une fois, En ce qui concerne la succession des noms de couleurs par ligne, on a utilisé toutes les combinaisons possibles de 4 noms de couleurs, soit 24. chaque combinaison apparaît 2 fois dans le subtest ; 2 combinaisons (J.B V.R - R. V. B. J) apparaissent 3 fois.

Mise à part quelques exceptions, chaque combinaison apparaît une fois dans les 25 premières lignes du subtest, une fois dans les 2 dernières.

En ce qui concerne la succession des noms de couleurs par colonnes, on a évité que deux noms de couleur identique se suivent. On a évité au maximum que deux lignes dont la succession des noms est inversée (ex : R.J.B.V. et V.B.J.R) se suivent.

Subtest II :

On a simplement inversé à la fois les lignes et les colonnes et remplacé les noms de couleurs par des carrés de couleurs correspondante.

Subtest III :

En ce qui concerne la couleur de l'encre, on a gardé les memes combinaisons que pour le subtest II en inversant les lignes (la ligne 50 est devenue la ligne 1, la ligne 49 la ligne 2, etc).

Chaque couleur d'encre apparaît donc une fois par ligne.

En ce qui concerne les nom de couleurs : on a essayé d'éviter que deux nom de couleur identique se suivent dans une meme colonne.

Chaque nom de couleur apparaît dans chaque'une des autres couleurs entre 12 et 15 fois, et 9 fois dans sa propre couleur, pas plus d'une fois par groupe de 5 lignes.

On a évité au maximum que, dans une meme ligne il y ait des inversions entre nom de couleur et couleur d'encre (ex : rouge écrit en bleu écrit en rouge).

6- L'analyse des données :

6-1- L'analyse de l'entretien :

- 1- Stress du diagnostique de l'autisme.
- 2- les relation avec la famille, l'entourage.
- 3- Les relations mères professionnels.
- 4- l'incertitude face à l'évolution de l'enfant autiste.

6-2- L'analyse du test de stress :

6-2-1- La correction du test :

6-2-1-1- le temps de passation

La passation du test étant collective, on ne pouvait plus utiliser le temps mis par le sujet comme indice de base. Les indices de base sont donc les nombres de cases remplies par les sujets en un temps donnée : 90 secondes. Ce temps a été choisi après une experimentation :

- D'autres part, il permettait à la moyenne des sujets de faire environ la moitié de subtest pour les subtests I et II. (bien que les sujets soient plus lents pour le subtest III, nous navons pas changé le temps de passation à fin de pouvoir utiliser les indices combinant les notes I, II et III).
- D'autre part avec ce temps le nombre de cases remplies était peu (ou pas du tout) influencé par la fatigabilité du sujet.

6-2-1-2- l'étude des erreurs :

Dans les études faites sur le test du stress de Stroop. Les chercheurs avaient conclu que les erreurs était négligables. On prend en considération le nombre de réponse pour chaque subtest.

6-2-2- la notation :

I- indice de base : I-II-III.

Pour chaque indice, la note est le nombre de cases remplies.

On ne tient pas compte des erreurs. Néanmoins, on vérifiera que le sujet a bien compris les consignes, particulièrement pour le subtest III.

II-Les facteurs

-Rapidité générale (R.G) : I+II.

Pour obtenir la note R.G. on additionne les notes obtenues au subtest I et au subtest II

-Rapidité spécifique à la dénomination de couleur (R. S) : $II/I \times 100$.

Pour la note R.S, on fera le rapport des notes obtenues aux subtest II et I et on multipliera ce rapport par 100.

- l'interférence (It) : IIIr-IIIe

Les notes brutes obtenues à chaque indice seront converties en notes standard(ou classe) en se reportant aux tableaux d'étalonnage. on n'oubliera pas de tenir compte du sexe du sujet.

- Des notes standard basses, (classe 0, 1, 2) correspondent à une mauvaise résistance au stress, c'est-à-dire un niveau de stress très élevé.

- des notes standard moyennes, (3, 4, 5, 6, 7), correspondent à une résistances moyenne au stress, c'est-à-dire un niveau de stress moyen.

- Des notes standard élevées aux indices (8, 9, 10) calculés correspondent à de bonnes performances dans les facteurs mesurés, et une bonne résistance au stress, c'est-à-dire un niveau de stress faible.

Remarque : le tableau d'étalonnage femme, est à voir dans l'annexe.

Présentation des cas :

L'analyse et l'exposition des données recueillies auprès des cas retenus pour notre recherche, on se basant sur les techniques citées précédemment, sera selon la procédure suivante ;

- L'analyse des données de l'entretien pour chaque cas, tenant compte de nos hypothèses de recherche.

- L'analyse du test de stress Word-Color test pour chaque cas, afin de détecter l'existence d'un niveau de stress, élevé moyen ou bien faible.

Enfin, après l'analyse des résultats de l'entretien et du test, nous allons procéderes à la discussion des hypothèses de notre recherche.

7- Les limites de l'étude :

Notre étude se limite aux caractéristiques suivantes :

Notre échantillon est composé de six mères d'enfants autistes intégré dans l'association de prise en charge des enfants autistes de la wilaya de Béjaia durant la période du 14/02/2013 jusqu'au 14/04/2013.

Chapitre V : Analyse, discussion et interprétation des résultats

1- Présentation et analyse des résultats :

1-1- Description du premier cas :

➤ Cas Nesrine 35 ans

Nesrine est une femme mariée âgée de 35 ans, niveau d'instruction universitaire, travail comme comptable, mère de deux enfants dont l'aîné est autiste « Ramy » âgé de 6 ans il a été diagnostiqué par un pédopsychiatre à l'âge de 2 ans et 30 mois intégré dans l'association de prise en charge des enfants autistes depuis 2ans. L'entretien s'est déroulé au bureau du psychologue de l'association, elle est venue toute seule.

Après avoir expliqué à Nesrine notre objectif de recherche, elle a accepté de travailler avec nous et de répondre à toutes nos questions.

Nous avons remarqué que la dame était motivée par l'idée de participer à cette étude qu'elle juge très intéressante.

A première vue Nesrine paraissait confiante d'elle-même, elle s'est montrée coopérative avec un bon contact et une participation affective à l'entretien.

➤ Analyse du test de stress Nesrine 35ans

Les indices de base

Indice de base I : 90

Indice de base II : 86

Indice de base III : 70

Les facteurs

Rapidité générale (R.G) : I+II

$90+86=176$

Rapidité spécifique à la dénomination de couleur (R.S) : $II/I \times 100$

$86/90 \times 100 = 95$

Interférence (It): IIIr – IIIe

IIIr: 70

IIIe: 67

It: $70 - 67 = 3$

Le résultat

Les résultats obtenus sont classés dans la cinquième case, celle du stress moyen. Néanmoins, le facteur de rapidité générale obtenu à 176, signal que le sujet agit moyennement face aux facteurs dans les situations stressantes.

➤ Analyse de l'entretien clinique :

- Le premier axe :

La maman a remarqué que son fils ne parle pas, n'est pas encore propre, s'automutile, n'a aucune notion du danger, aucune relation avec les autres. Ce qui la poussé à y aller consulter plusieurs spécialistes.

Lorsque le pédopsychiatre nous a annoncé que notre enfant est autiste et ne parlera peut-être jamais, j'avais l'impression que le monde va s'écrouler, ce jour là j'ai été seule, dommage il y avait personne pour me consoler.

Aucune crèche ne voulait de lui, car selon eux, Ramy aurait perturbé le fonctionnement d'une journée. « ...Il n'a pas pu être accueilli dans une école maternelle. Ramy faisait peur aux autres enfants et ralentissait le travail de la classe...»

J'ai passé une période très difficile je perd facilement patience, je me sens toujours dépassé

- Le deuxième axe :

Concernant les relation avec la famille elle nous dit : « heureusement que j'ai un mari compréhensif, il me donne toujours courage et espoir afin de mieux aider notre enfant »

Elle nous déclare que tous les membres de la famille et même les voisins aiment Ramy et comprennent son trouble en essayant de l'aider. Elle a dit : « Je le prend avec moi là où je part je me sens jamais gêner ».

Son enfant à un penchant vers elle plus que son père car elle passe plus de temps avec lui que son mari, elle dit : « ... mon mari n'a jamais été dérangé que notre enfant est très proche de moi... », Concernant les relation conjugales, selon ce qu'elle nous transmet : « ...L'autisme de mon enfant n'a jamais influencé négativement notre couple au contraire il nous a rendu plus solide... ».

- Le troisième axe :

La mère déclare être moins stressées et avoir plus confiance en elle pendant la condition « Partenariat » parents-professionnels que pendant la condition ' Dirigée par le clinicien'. De plus, d'après elle son enfant a des interactions plus importantes lorsque elle s'implique dans la prise en charge. Ce qui la amené à nous dire : «...Les professionnels nous aident à mieux comprendre le trouble de notre enfant en répondant à toutes nos questions...».

D'après ses dires elle est satisfaite du travail qu'il fond au niveau du centre car elle remarque une nette amélioration, selon ses dires : «...grâce à eux que mon fils a acquit son autonomie... ».

- Le quatrième axe :

Le point le plus marquant et qui demeure source d'une détresse demeure en l'inquiétude par rapport à l'avenir de « Ramy ». Les propos de la maman sont : « là ; nous sommes là, il n'y manque de rien, mais que va-t-il lui arriver dans l'avenir ?...la maman après un long silence : dieu est tout puissant, mais je préfère ne pas le laisser derrière moi...qui le prendra en charge ? (Larmes aux yeux...) ».

D'après l'analyse qui a été faite pour Nesrine on dira qu'elle présente quelques manifestations de stress, repérer à partir de l'entretien, ainsi que dans le test du stress, ou elle à obtenu un niveau de stress moyen.

On a remarqué que la maman ne présente aucune difficulté dans les relations sociales, ni dans les relations avec les professionnels. Par ailleurs, on a déduit que l'incertitude face à l'évolution de son enfant et le diagnostic d'autisme sont des sources de son stress moyen.

1-2- Description du deuxième cas :

➤ Cas khadidja 38 ans

Khadija est une femme mariée âgée de 38 ans, niveau d'instruction universitaire, travail comme enseignante, mère d'un enfants autiste « Fares » âgé de 5 ans il a été diagnostiqué par

un pédopsychiatre à l'âge de 2 ans intégré dans l'association de prise en charge des enfants autistes depuis une année. L'entretien s'est déroulé au bureau du psychologue de l'association, elle est venue tout seule.

Après avoir expliqué à Khadidja notre objectif de recherche, elle a accepté de travailler avec nous et de répondre à toutes nos questions.

Nous avons remarqué que la maman était motivée par l'idée de participer à cette étude.

➤ **Analyse du test de stress Khadidja 38 ans**

Les indices de base

Indice de base I : 51

Indice de base II : 52

Indice de base III : 48

Les facteurs

Rapidité générale (R.G) : I+II

$$51+52=103$$

Rapidité spécifique à la dénomination de couleur (R.S) : II/Ix100

$$52/51 \times 100 = 98$$

Interférence (It): IIIr – IIIe

IIIr: 48

IIIe: 44

$$It: 48 - 44 = 4$$

Le résultat

Selon l'étalonnage femme, les résultats correspondent aux classes (0, 2) qui montre que khadidja à un niveau élevé de stress. Pour le facteur de l'indice de l'interférence, la note obtenue par la maman correspond à la sixième classe. Cette note veut dire qu'elle est moins performante devant les situations stressantes.

➤ **Analyse de l'entretien clinique :**

- Le premier axe :

Elle nous a dit qu'elle a remarqué que son bébé présente des anomalies dans son développement dès ses premiers mois comme l'absence du regard dans les yeux et le langage. Elle nous a dit : « J'ai cru que mon enfant avait un retard mental ».

La maman nous a déclaré «...qu'il n'est pas facile d'entendre la nouvelle que mon enfant est atteint d'autisme, et de réaliser qu'il sera tout à fait différent des autres enfants...».

La vie quotidienne avec un enfant ayant des besoins spéciaux présente de nombreux défis. Les familles ayant des enfants autistes sont plus susceptibles de rencontrer des problèmes pour obtenir des références médicaux, la coordination des soins, et de recevoir un soutien.

Elle nous a dit que maintenant que mon fils est intégré dans ce centre «...je me suis un peu soulagé car mon fils est pris en charge... ». Maintenant je consacre beaucoup de temps pour me renseigner sur l'autisme dans le but d'aider mon fils.

- Le deuxième axe :

Selon khadidja prendre un enfant atteint d'autisme dans la communauté est une source de stress pour les parents. Les gens peuvent regarder, faire des commentaires ou de ne pas comprendre des comportements qui peuvent survenir. Elle déclare : «...Je me sens souvent mal à l'aise de prendre mon enfant au domicile des grands parents ou des amies...». Cela fait des vacances un moment particulièrement difficile pour elle : «...Je ne peux pas socialiser ou communiquer avec les autres, j'éprouve un sentiment d'isolement des amis, de la famille et de la communauté...».

Selon khadidja à la maison elle s'occupe seule de son fils, car son mari est souvent absent à cause de son travail qui prend tout son temps, pour ces raisons Fares est plus attaché à elle qu'à son père.

- Le troisième axe :

Khadidja nous déclare que le travail des professionnels est insuffisant faute du manque de moyens : « nos enfants avance dans l'âge et il n'y a aucune bonne évolution on est prêt à faire tout pour nos enfants mais malheureusement en retrouvent plusieurs difficultés... ».

Une bonne interaction mère/enfant nécessite une collaboration parents professionnels dans la prise en charge de l'enfant, elle dit : «...la maman peut jouer le rôle d'un co-thérapeute afin de continuer le travail des professionnels à la maison, mais malheureusement cette collaboration n'existe pas vraiment...».

- Le quatrième axe :

La maman nous a dit que chaque enfant autiste a des troubles autistiques et des capacités différentes, donc on ne peut pas savoir comment notre enfant va évoluer : elle dit : « ...L'avenir devient donc synonyme d'incertitude... ».

D'après elle les enfants autistes ont besoin d'une école qui utilise la méthode ABA comme aux Etats-Unis, ce qui leur permet d'évoluer quotidiennement et intellectuellement. Elle rajoute : «...Je garde toujours espoir qu'on aura un jour des écoles spécialisées en Algérie et que les responsables vont réagir face à ma détresse et à celle des autres parents d'enfants autistes.

La note obtenue par khadidja dans le test de stress correspond généralement à la première classe, ce qui indique qu'elle a un stress élevé.

D'après l'entretien avec la maman, nous avons conclu qu'elle a un état de stress élevé, et qu'elle présente des difficultés dans les relations sociales qui se manifestent par l'isolement ainsi que des difficultés dans les relations avec les professionnels.

1-3- Description du troisième cas :

➤ Cas Nadia 39 ans

Nadia est une femme mariée âgée de 39 ans, niveau d'instruction terminal, femme au foyer, mère de 2 enfants dont l'aîné est autiste « Amine » âgé de 8 ans il a été diagnostiqué par un pédopsychiatre à l'âge de 2 ans intégré dans l'association de prise en charge des enfants autistes depuis 3 ans. L'entretien s'est déroulé au bureau du psychologue de l'association, elle est venue tout seule.

➤ **Analyse du test de stress Nadia 39 ans**

Les indices de base

Indice de base I : 68

Indice de base II : 56

Indice de base III : 48

Les facteurs

Rapidité générale (R.G) : I+II

$$68+56=124$$

Rapidité spécifique à la dénomination de couleur (R.S) : II/Ix100

$$56/68 \times 100 = 82$$

Interférence (It): IIIr – IIIe

IIIr: 48

IIIe: 49

$$It: 48 - 49 = -1$$

Le résultat

Selon l'étalonnage femme, les résultats correspondent aux classes (0, 2) qui montre que Nadia à un niveau élevé de stress. Pour le facteur de l'indice de l'interférence, la note obtenue par Nadia correspond à la cinquième classe. Ce qui indique qu'elle est moins performante devant les situations stressantes.

➤ **Analyse de l'entretien clinique :**

- Le premier axe :

La maman nous a dit qu'elle a commencé à s'inquiéter quand Amine avait 2ans et ne parlait pas encore, il n'a aucune relation avec les autres, il ne regarde pas dans les yeux, je me suis dis qu'il y a quelque chose qui ne va pas bien. On a consulté plusieurs spécialistes pour être enfin orienté vers un pédopsychiatre qui nous a annoncé l'autisme de notre enfant : «...heureusement qu'à ce moment la j'ai été accompagner de mon mari, on a partager le malheur ensemble...»

Nadia est gêné de l'importance des délais entre, d'une part, leurs premières inquiétudes, et l'établissement d'un diagnostique et, d'autre part, entre l'annonce du diagnostique et la proposition d'une intervention. La maman se plaint aussi du manque d'information après le diagnostique sur les aides et du manque de prise en compte par les professionnels de leurs besoins.

Elle nous a signaler qu'elle a vécu une période difficile après le diagnostique j'ai souffert, j'ai été tout le temps triste et je perdais facilement patience : «...Maintenant j'ai réussi à dépassé ce stade j'ai accepté que mon fils est différent, et je ne pense qu'à mieux faire pour l'aider...».

- Le deuxième axe :

Nadia nous a dis que : « mon entourage est une sources de son stress », car elle ne supporte plus les commentaires des gens et les regards qui la vexes, elle déclare : «...j'évite de sortir avec Amine ou d'aller au domicile des autres. Je reste tout le temps seule, même mon

mari me culpabilise souvent car mon enfant est très attaché à moi, j'aime toujours m'isoler des autres afin d'éviter tout ces jugements qui aggrave ma souffrance...».

- Le troisième axe :

Concernant la prise en charge de son enfant elle n'est pas du tout satisfaite «...Amine ne fait aucun progrès...», selon elle ça n'existe pas en Algérie des spécialistes dans le domaine de l'autisme «...l'absence d'une véritable prise en charge me préoccupe beaucoup...».

Selon Nadia les parents doivent recevoir dès que possible des informations précises sur le syndrome autistique afin de leur permettre de mieux comprendre comment faire face aux problèmes spécifiques de leur enfant.

Elle nous a affirmé: «...Il est essentiel de prévoir la participation active des parents dans le programme éducatif. En effet, la famille joue un rôle fondamental dans l'éducation de ses enfants et aucun parent ne peut accepter d'être relégué à un rôle de spectateur passif dans le développement de son enfant...».

- Le quatrième axe :

D'après son discours elle à dit : « ...Je me sens anxieuse pour le futur de mon fils,...pour cela j'espéré pouvoir survivre à mon enfant pour ne pas le laisser seul...». Mais vu sa grande foie on la science elle espère qu'ils vont découvrir un traitement meilleur pour l'autisme.

D'après l'analyse de l'entretien et du test que nous avons effectué avec Nadia, on a constaté qu'elle manifeste un état de stress élevé du aux difficultés qu'elle trouve dans les relations sociales ainsi que dans les relations avec les professionnels.

D'après l'analyse du test nous avons noté son score qui se situe généralement dans les classes (0, 1, 2) ce qui signifie que Nadia a un niveau élevé de stress.

1-4- Description du quatrième cas :

➤ Cas Saida 44 ans

Saida est une femme mariée âgée de 44 ans, niveau d'instruction universitaire, travail comme infirmière, mère d'un enfant autiste « Mahdi » âgé de 6 ans il a été diagnostiqué par un pédopsychiatre à l'âge de 2 ans intégré dans l'association de prise en charge des enfants autistes depuis 2 ans. L'entretien s'est déroulé au bureau du psychologue de l'association, elle est venue tout seule.

Après avoir expliqué à Saida notre objectif de recherche, elle a accepté de travailler avec nous et de répondre à toutes nos questions.

➤ Analyse du test de stress Saida 44 ans

Les indices de base

Indice de base I : 53

Indice de base II : 38

Indice de base III : 26

Les facteurs

Rapidité générale (R.G) : I+II

$53+38=91$

Rapidité spécifique à la dénomination de couleur (R.S) : $II/I \times 100$

$$38/53 \times 100 = 71$$

Interférence (It): $III_r - III_e$

III_r : 26

III_e : est calculée à partir de la formule de régression suivante car Saida obtient une note de I ou II extérieurs à l'intervalle entre 40 et 124, il faut calculer III_e après d'après la régression suivante :

$$III_e = 0,16510 I + 0,48195 II + 10,93454$$

Saida obtient 53 à I et 38 à II, sa note sera donc :

$$III_e = 0,16510 \times 53 + 0,48195 \times 38 + 10,93454 = 37$$

Soit $III_e = 37$

$$It : 26 - 37 = -11$$

Le résultat

Selon l'étalonnage femme, les résultats correspondent aux classes (0, 2) qui montre que Saida à un niveau élevé de stress. D'ailleurs sa note obtenue dans le facteur de rapidité générale est très faible.

Pour le facteur de l'indice de l'interférence, la note obtenue par Saida est faible correspond à la deuxième classe. Ce qui veut dire que Saida à une mauvaise performance devant les situations stressantes.

➤ **Analyse de l'entretien :**

- Le premier axe :

Saida a remarqué que son enfant ne regarde pas dans les yeux, il n'obéit pas, il agit comme si nous n'existions pas, il ne semble pas se soucier de nous, ça m'a vraiment inquiété.

Lors de l'annonce du diagnostic d'autisme elle a été accompagnée de son mari qui l'a réconforté car «...j'ai été choqué par l'idée que mon fils n'est pas normal... ».

La mère a réussi à dépasser cette mauvaise période en acceptant de s'adapter aux troubles de mon enfant.

- Le deuxième axe :

La maman a trouvé plusieurs difficultés dans son entourage, les gens font des près jugements sur les comportements de mon fils, j'entend dire qu'il est mal éduqué et d'autres qui disent c'est sa maman qui est coupable : «...ça me fait vraiment mal, ça m'arrive de pleurer en entendant ce genre de commentaire injuste... ».

Selon ses dires : «...Je m'isole afin d'éviter ce genre de blâme, j'évite toujours d'y aller aux événements familiales, je me sens souvent mal à l'aise de prendre mon enfant au domiciles des autres... ».

Heureusement que je trouve du soutien de la part de mon mari, on prend en charge notre enfant ensemble, l'autisme de notre enfant n'a aucune influence négative sur notre couple.

- Le troisième axe :

La mère considère que la guidance parentale dans la prise en charge de notre enfant est insuffisante, comme aussi il y a un manque de moyens matériels qui empêche le bon déroulement de la prise en charge.

Saida nous dit qu'une collaboration parents professionnels est très efficace mais malheureusement que ça n'existe pas, elle démontre l'importance de la guidance parentale en disant : «...le professionnel est 'l'expert' dans l'autisme car il a une connaissance générale dans ce domaine. Les parents sont les 'experts' de leur propre enfant...».

- Le quatrième axe :

L'incertitude face à l'évolution de son fils et de son avenir la préoccupe, mais la grande foi qu'elle a en dieu qui est tout puissant et l'évolution de la science me donnent du courage à combattre ces pensées de l'inconnu. En disant : «... je peux jouer un rôle positif et actif dans la création d'un avenir favorable pour mon enfant...».

La note obtenue par Saida dans le test de stress correspond généralement à la première classe, ce qui indique qu'elle a un stress élevé.

D'après notre entretien, on déduit que le stress élevé est dû aux mauvaises relations sociales au manque d'un soutien adéquat par les professionnels.

1-5- Description du cinquième cas :

➤ Cas Siham 40 ans

Siham est une femme mariée âgée de 44 ans, niveau d'instruction terminal, travail comme secrétaire, mère de 4 enfants dont le petit est autiste « Mahdi » âgé de 7 ans il a été

diagnostiqué par un pédopsychiatre à l'âge de 3 ans intégré dans l'association de prise en charge des enfants autistes depuis 4 ans. L'entretien s'est déroulé au bureau du psychologue de l'association, elle est venue tout seule.

Après avoir expliqué à Saida notre objectif de recherche, elle a accepté de travailler avec nous et de répondre à toutes nos questions.

➤ **Analyse du test de stress Siham 40 ans**

Les indices de base

Indice de base I : 95

Indice de base II : 98

Indice de base III : 75

Les facteurs

Rapidité générale (R.G) : I+II

$$95+98=193$$

Rapidité spécifique à la dénomination de couleur (R.S) : II/Ix100

$$98/95 \times 100 = 103$$

Interférence (It): IIIr – IIIe

IIIr: 75

IIIe: est calculée à partir de la formule de régression suivante car Siham obtient une note de I ou II extérieurs à l'intervalle entre 40 et 124, il faut calculer IIIe après d'après la régression suivante :

$$IIIe = 0,16510 I + 0,48195 II + 10,93454$$

Saida obtient 95 à I et 98 à II, sa note sera donc :

$$IIIe = 0,16510 \times 95 + 0,48195 \times 98 + 10,93454 =$$

Soit IIIe= 73

It : 75 - 73= 2

Le résultat

Selon l'étalonnage femme, les résultats correspondent à la cinquième classe qui montre que Siham à un niveau de stress moyen.

Pour le facteur de l'indice de l'interférence, la note obtenue indique que Siham à une résistance moyenne au stress.

➤ Analyse de l'entretien clinique :

- Le premier axe :

Elle nous a dit : «...Avant de savoir que mon enfant est autiste, je m'inquiété toujours au sujet de son développement, je me posais plusieurs questions pourquoi mon fils ne parlait pas, n'aimait pas les caresses, il était indifférents des autres, jusqu'à ce que j'ai consulté un pédopsychiatre qui a fait le diagnostique d'autisme. J'ai été seule c'était vraiment terrible ce jour la j'ai pas trouvé aucune personne pour me consoler.

La période après le diagnostique était très difficile, je me senti dépassé et incomprise, je perdais facilement patience.

- Le deuxième axe :

Son entourage et sa famille l'ont beaucoup soutenu, ils essayent de leurs mieux pour l'aider, ils sont très compréhensifs envers ses troubles. Elle rajoute : «... Je ne me sentais jamais mal à l'aise de prendre mon fils avec moi la ou je vais...».

Elle s'occupe bien de Amine comme aussi il le fait mon mari qui consacre beaucoup de temps pour le bien de notre enfant.

- Le troisième axe :

Siham nous a dit que sa participation active au programme de prise en charge accroît les chances de développement de son enfant et constitue le meilleur moyen pour se soulager des sentiments de culpabilité et d'échec.

La maman affirme qu'elle est satisfaite de la prise en charge assurée à son fils, car elle remarque une évolution. Elle dit que les professionnels font un bon travail.

- La quatrième axe :

Elle souligne : «...Je me pose toujours la question es ce que mon fils va trouvé celui qui pourra le prendre en charge après ma mort, car je pense qu'il y aura personne qui pourra s'occupé de lui comme je le fais maintenant...».

Les notes obtenues par Siham, son score se situe dans la cinquième classe qui correspond à un niveau moyen de stress.

Selon l'entretien, on a remarqué que la mère est bien soutenue par sa famille et son entourage, ainsi qu'elle a une bonne relation avec les professionnels. D'après ses dires on a constater que son niveau moyen de stress est du au diagnostic de l'autisme ainsi qu'à l'incertitude face à l'évolution de son fils.

1-6- Description du sixième cas :

➤ Cas de Samira 47ans :

Samira est une femme mariée âgée de 47 ans, niveau d'instruction terminal, travail comme adjointe d'éducation au lycée, mère de 3 enfants dont le petit est autiste « Aymen » âgé de 6 ans, il a été diagnostiqué par un pédopsychiatre à l'âge de 2 ans et intégré dans l'association de prise en charge des enfants autistes depuis un an; L'entretien s'est déroulé au bureau du psychologue de l'association, elle est venue toute seule.

➤ Analyse du test de stress Samira 47 ans

Les indices de base

Indice de base I : 70

Indice de base II : 50

Indice de base III : 39

Les facteurs

Rapidité générale (R.G) : I+II

$70+50= 120$

Rapidité spécifique à la dénomination de couleurs (R.S) : $II / I \times 100$

$50 / 70 \times 100= 71$

Interference (It) : IIIr – IIIe

IIIr : 39

IIIe : 47

It : $39 - 47= -8$

Le résultant:

Selon les notes obtenu dans le test de stress, on déduit que les résultats sont pratiquement classés dans la première classe c'est-à-dire celle du stress élevé. Les notes des trois indices, les facteurs de rapidité générale ainsi que celle de l'interférence sont constamment classés dans la première case du stress élevé.

➤ analyse de l'entretien :

- Le premier axe :

La maman avait remarqué que quelque chose n'allait pas, car à un an et demi - deux ans, Aymen ne parlait pas. C'est la première chose que j'ai remarqué. Nous avons aussi remarqué qu'Aymen ne nous regardait pas quand on lui parlait. A l'âge de 3 ans, il est rentré en maternelle. J'ai eu de la chance, sa maîtresse était quelqu'un de très bien. En effet, Aymen ne parlait toujours pas, mangeait de la colle, sortait de la classe... C'est la première personne extérieure à la famille qui a remarqué que ça n'allait pas.

Aymen a passé différents tests psychomoteurs, IRM, prises de sang. Après une attente d'environ six mois, le pédopsychiatre a posé le diagnostic et nous a parlé d'autisme. Lorsqu'on a posé un mot sur son problème, j'étais soulagée et effondrée à la fois. Maintenant, il est bien pris en charge, mais je suis toujours autant scandalisée car mon fils, depuis sa naissance, était suivi tous les mois par un pédiatre qui ne s'alarmait pas plus que ça du fait qu'à 2 ans, il ne parlait pas.

J'ai vécu une période difficile à qui j'ai réussi à y faire face et d y s'adapter.

- Le deuxième axe :

Le rôle de l'entourage s'avère très difficile à supporter ; stigmatisation, commentaires et questionnement, ne font qu'amplifier la souffrance des parents et leur retrait et isolement.

La maman l'exprime : « lors des sorties, j'étais gêné à chaque fois, les attitudes des autres, qu'es ce qu'il a votre fils ?...le pauvre...il est très beau dommage...« C'était une source de souffrance... ces attitudes m'ont fait souffrir. »

Samira affirme que la surcharge quotidienne de travail et de soins d'autisme accroît la fatigue, entraîne de l'irritabilité, voire de stress, ce qui limite sa disponibilité pour son deuxième enfant et son mari, ce dernier se plaint toujours de ma non disponibilité.

- Le troisième axe :

La maman affirme que la guidance parentale qu'ils reçoivent est insuffisante, « une séance par 15 jours c'est peu »

Depuis qu'Aymen est intégré dans ce centre elle a remarqué quelques améliorations.

Elle a dit : «...Les intervenants font de leurs mieux mais je suis pas du tout satisfaite il y a un grand manque de moyens matériels et l'absence des spécialistes dans le domaine de l'autisme...».

Selon la maman une collaboration parents professionnels est très efficace pour améliorer les interactions mère/enfant car seul les parents qui connaissent mieux leurs enfants.

Malheureusement ça n'existe pas ici une bonne collaboration parents professionnels ce qui me stress plus car je sens que j'ai pas fait de tout mon mieux afin d'aider mon enfant.

- Le quatrième axe :

La maman sait qu'elle fournisse son enfant avec un soin exceptionnel. Elle craint que personne ne prendra soin de lui comme elle le fait. J'essaye de combattre penser à l'avenir, et je garde toujours espoir que mon enfant progresse dans son développement.

D'après les réponses du sujet et d'après l'analyse des résultats du test de stress, on est arrivé à conclure que le résultat du cas Samira est le stress élevé.

A partir de l'entretien on déduit que Samira a trouvé un soutien et une aide de la part de son entourage, surtout de sa famille. On constate dans son entretien qu'elle souffre de quelques manifestations de stress provoquées par la non satisfaction de la prise en charge assuré pour son enfant et l'absence d'une bonne collaboration parents professionnels et les jugements de l'entourage qui s'avère très difficile à supporter.

2- Discussion et interprétation des résultats :

La première hypothèse :

Le parcours jusqu'au diagnostique de l'autisme et son annonce sont des phases qui provoquent le stress chez les mères.

Les cas correspondant à la classe des notes standards basses, (classe 0, 1, 2) et qui correspondent à un niveau de stress très élevé, sont ceux de : Khadidja, Nadia, Saida, Samira.

Les cas correspondant à la classe des notes standard moyennes, (3, 4, 5, 6, 7), et qui correspondent à une résistance moyenne au stress, c'est-à-dire un niveau de stress moyen, sont ceux de : Nesrine et Siham.

Après avoir fait l'analyse des résultats du test de stress, et de l'entretien, on est arrivé à conclure que deux sur six cas de notre échantillon qui ont un état de stress moyen, leurs stress est lié aux phases du diagnostique de l'autisme. Car ils n'ont pas réussi à accepter et s'adapter aux troubles de leurs enfants.

Effectivement nos deux cas confirment partiellement cette hypothèse, le parcours jusqu'au diagnostique et son annonce sont des phases qui provoquent le stress chez les mères.

La deuxième hypothèse :

Les attitudes sociales envers les personnes atteintes d'autisme sont une source de stress des mères.

Après avoir effectué l'analyse de test, ainsi que de l'entretien on a constaté que quatre cas sur six souffre d'un état de stress élevé, leurs discours, nous a confirmé qu'ils souffrent tous des mauvaises attitudes sociales envers leurs enfants autistes.

Ce qui confirme notre hypothèse que les attitudes sociales envers les personnes atteintes d'autisme sont une source de stress des mères.

On retrouve plusieurs études précédentes qui confirment notre hypothèse :

Désapprobation sociale pour les comportements autistiques conduit souvent à la stigmatisation, l'expérience de la honte pour les parents, et leur exclusion d'activités sociales normales (Farrugia, 2009).

Boyd (2002) a constaté que le soutien informel joue un rôle particulièrement important dans l'adaptation des mères d'enfants atteints d'autisme. Malheureusement, la disponibilité de ce type d'aide tend également à être limitée. Les problèmes de fonctionnement de l'enfant signifient souvent que les parents sont laissés à s'occuper de leurs enfants seuls, privés de l'aide même des membres de la famille proche.

La charge de la garde des enfants autistes prend souvent des conséquences néfastes sur leurs relations avec les amis et connaissances. Leur cercle social est généralement réduit de façon significative (Farrugia, 2009).

Il a également été établi que les mères d'enfants autistes semblaient généralement moins enclins à nouer des relations sociales et des amitiés avec d'autres. Ce manque de soutien social négativement corrélée avec des niveaux plus élevés de stress (Duarte et al., 2005).

La troisième hypothèse :

La relation mère professionnels, le manque de soutien adéquat de ces derniers augmente le stress des mères.

Les résultats obtenus dans l'analyse du test de stress, et de l'entretien référent que quatre sur six de nos cas ont un niveau de stress élevé, ainsi que selon leurs témoignage, montrent que les mauvaises relations mères professionnels, sont une source de stress chez les mères.

A partir de la on confirme notre hypothèse que la relation mère professionnels, le manque de soutien adéquat de ces derniers augmente le stress des mères.

Parmi les études antérieures qui confirmé cette hypothèse en retrouve :

L'une des causes les plus importantes de stress vécus par les parents d'enfants atteints d'autisme est le manque de soutien professionnel adéquat (Bishop et al 2007. Sharpley et al, 1997).

La quatrième hypothèse :

L'incertitude des parents face à l'évolution de leurs enfants est une source de stress.

Suite à l'analyse des résultats du test de stress, ainsi que de l'entretien, on déduit que deux sur six cas souffre d'un stress moyen, qui est du à la peur de l'avenir de leurs enfants.

Les résultats obtenus avec les deux cas confirment partiellement notre hypothèse que l'incertitude face à l'évolution de leurs enfants est une source de stress.

Nos hypothèses à propos des mères des enfants autistes, sont réfutables et non absolus, car les résultats de notre étude, ne représentent que six mères d'enfants autistes.

Conclusion générale

Conclusion générale :

Nous avons vu à quel point le stress est un mal qui a pénétré notre société moderne par de nombreux accès. Il a envahi notre sphère professionnelle, familiale, personnelle, parasite violement les rapports humains et plus encore il précarise l'état de santé de la population. Depuis de nombreuses années les thérapeutes élaborent des méthodes toutes plus efficaces l'une que l'autre dans le but de diminuer les effets du stress sur l'humain. Grâce à la compréhension des mécanismes du stress et de son impact psychosociologique il nous est possible d'espérer voir diminuer à terme certaines maladies psychosomatiques.

Face à une pathologie aussi lourde et qui implique autant de conséquences pour l'enfant et sa famille, la précocité du diagnostic est un élément capital. Les mères doivent se sentir écoutées et encadrées dès les premiers contacts, même si l'enfant n'est pas encore à un âge où l'on peut faire le diagnostic. Les médecins doivent pouvoir mettre l'accent sur les capacités de l'enfant tout en aidant les mères dans les attitudes quotidiennes à adopter face à l'enfant, pour l'aider à surmonter ses difficultés. Ils doivent aussi permettre aux mères d'ajuster leurs idées à la réalité de l'enfant.

L'entourage est très important pour les familles concernées par l'autisme. Même entourées, les familles peuvent se sentir très seules. Elles sont les seules à vivre avec l'autisme au quotidien et à en connaître toutes les incidences. Une personne extérieure ne peut pas

imaginer ce que représente le quotidien avec un enfant autiste tant qu'il ne l'a pas expérimenté. Le quotidien est aussi doublé d'interrogations diverses sur l'enfant, son handicap, son avenir. Difficile de trouver le repos. Par manque d'énergie, les parents peuvent s'isoler. L'entourage familial prend donc toute son importance. Il peut épauler les parents dans cette difficile épreuve. Il est une aide pour la garde de l'enfant et permettre ainsi aux parents de pouvoir se ressourcer, ce qui est essentiel.

L'autisme de l'enfant a des répercussions sur la vie familiale et sociale. Le couple devra faire face à cette situation ensemble. Il peut exister des tensions antérieures au handicap qui subsisteront et pourront être majorées par l'autisme de l'enfant. De plus, le couple peut réagir de manière différente, ce qui peut engendrer de l'incompréhension et de nouvelles tensions au sein du couple. Les couples expriment un besoin, pas toujours satisfait, de se retrouver. Pour diverses raisons, ce n'est pas toujours possible et cela peut avoir des conséquences sur le couple. La fratrie devra, elle aussi, faire face à l'autisme. L'entourage amical est important, il permet aux parents de pouvoir conserver une vie sociale. Il est important pour la famille de ne pas être « enfermée » par le handicap de l'enfant. Elle doit préserver un lien avec l'extérieur.

Les familles tentent de maintenir une vie équilibrée avec l'enfant. J'entends par là qu'elles tendent à conserver un quotidien « ordinaire ». Pour cela, l'enfant autiste doit être reconnu dans sa normalité et ses différences. Le quotidien sera adapté à l'enfant et les familles assumeront plus le regard des autres. Il se peut que ce maintien d'une vie équilibrée soit

contrarié : une inadéquation entre l'emploi du temps de l'enfant et l'emploi des parents, une non prise en charge de l'enfant, une incapacité de se ressourcer, des difficultés sociales supplémentaires et des questions permanentes sur l'avenir. Les familles peuvent osciller entre le maintien d'une vie équilibrée et une vie équilibrée contrariée selon les périodes et les difficultés qu'elles peuvent rencontrer. L'action sociale a aussi un rôle à mener pour que les familles puissent tendre au maximum vers le maintien d'une vie équilibrée.

Dans ce travail, on s'est demandé quels sont les principales sources du stress chez les mères d'enfants autistes, toute en exigeant une réponse, nous avons consulté des ouvrages, des articles. On a pu voir et analysé plusieurs cas sur terrain concernant les deux variables traitées. Comme réponse à notre sujet de problématique nous avons proposé 4 hypothèses que nous avons essayé de vérifier sur le terrain, et elle sont comme suit ; les principales sources du stress chez les parents d'enfants autistes sont :

- Les attitudes sociales envers les personnes atteintes d'autisme sont une source de stress parental.
- La relation mères professionnels, le manque de soutien adéquat de ces derniers augmente le stress parental.
- Le parcours jusqu'au diagnostique de l'autisme et son annonce sont des phases qui provoquent le stress chez les mères.
- L'incertitude des mères face à l'évolution de leurs enfants est une source de stress.

Nos hypothèses sont réfutables, cependant les résultats de n'importe quelle recherche scientifique restent relatifs, non absolus, et cela est dû à notre échantillon d'étude qui ne présente que six mères.

Ce travail nous a permis d'acquérir plus de connaissances sur le plan méthodologique ainsi que sur le plan scientifique. Ainsi nous avons pu découvrir les principales sources de leurs stress. Comme nous avons pu voir sur terrain les difficultés et la souffrance psychique des parents ayant un enfant autiste.

Enfin en espère avoir contribué à la connaissance de la problématique du stress chez les mères d'enfants autistes.

Bibliograpie

Liste Bibliographique

- 1- AKTOUF.O, « méthodologie des sciences sociales et approche quantitative, des organisations, une introduction à la démarche classique et une critique, les presses universitaires », Ed les presses de l'université de Montréal, Québec.
- 2- ANGERS, M, « Initiation pratique à la méthodologie des sciences sociales », Alger, éd Casbah, 1994.
- 3- BETTELHEIM, B. « La forteresse vide », Paris, Gallimard, 1974.
- 4- CHAHRAOUI, Kh et BENONY. H, « Méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique », Paris, Dunod, 2003.
- 5- DELAUNOIS, M, « classification des méthodes d'évaluation du stress en entreprise », louvain, 2001.
- 6- DOMINIQUE, H, « Approvoiser votre stress », Paris, Edition d'organisation, 2001.
- 7-DOUCET, C, « la psychosomatique (théorie et clinique) », Paris, Armand colin, 2000.
- 8- FERRARI, P, « L'autisme infantile, que sais je ». PUF, Février 2001.
- 9- GRAZIANI.P et SWENDSEN.J, « le stress (Emotion et stratégies d'adaptation) », France, Armand colin, 2005.
- 10- KANNER, L, « Autistic distrubances of affective contact nervous child », traduction Française, 1990 « les troubles autistiques du contact affectif, Neuropsychiatrie de l'enfance » Paris, 1943.
- 11- LEBEL, G, « Guide d'auto soins pour la gestion de stress », 2001.

12- LEGERON, P, « Le stress au travail », Paris, Odile Jacob, 2001.

13- PASCALE, L, « l'autisme et les troubles du développement psychologique » 2^{ème} édition, Masson, Paris, 2007.

14- RUTTA. L, « Traits obsessionnels-compulsifs chez les enfants et les adolescents atteints du syndrome d'Asperger » 2010.

15- TARDIF. C, GENEPEP. B, « l'autisme », Ed Nathan / VEUF, Tours, 2003.

16- WULFFAERT. J, « Des symptômes de troubles autistiques dans le syndrome de », 2007.

➤ **Dictionnaires :**

1- SILLAMY. N, « Dictionnaire de la psychologie », Paris, Larousse, 1999.

2- SILLAMY. N, « Dictionnaire de la psychologie », France, Larousse, 2003.

➤ **Manuels :**

1- CIM 10, Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche, Organisation Mondiale de la Santé, Paris, Masson, 1994.

2- DSM-IV, « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux », Paris, Masson, 1996.

3- GILLIS. J, « Troubles du spectre autistique et des troubles du développement liés » Manuel de psychologie clinique, 2008.

Annexe

Annexe N° 1 : Guide d'entretien

INFORMATIONS CONCERNANT LES MERES :

- vous avez quel age ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- Quel est votre profession ?
- Quelle est votre situation familiale ?
- Combien d'enfants avez vous?
- Quel est l'âge de votre enfant autiste et de quel sexe?

Axe 1 : STRESS DU DIAGNOSTIQUE DE L'AUTISME :

Avant le diagnostique :

- Quelles étaient vos inquiétudes avant la découverte de l'autisme de votre enfant ?
- A quel moment avez-vous soupçonné l'autisme de votre enfant ?
- Comment vous êtes arrivé au diagnostique de votre enfant ?
- L'autisme de votre enfant a t-il été détecté rapidement? Si non, pourquoi?

L'annonce du diagnostique :

- Quel spécialiste vous a annoncé l'autisme de votre enfant?
- Quel âge avait votre enfant lors du diagnostique?
- Au moment de l'annonce de l'autisme de votre enfant, étiez vous seul(e) ou accompagné (précisez)?
- Pensez-vous qu'il est préférable dans cette situation d'être seul ou accompagné?
- Qu'avez vous ressenti à l'annonce du diagnostic?
- Avez-vous subi une période inquiétante à la suite de cette découverte ?

Après le diagnostique :

- Quelles sont les difficultés rencontrées aux quotidiens avec votre enfant?
- Avez-vous trouvé un soutien psychologique à la suite de la découverte de l'autisme de votre enfant ?
- L'êtes vous toujours ?
- Vous êtes-vous senti dépassé, incompris?
- En général perdez-vous plus facilement patience?

AXE 2 : LES RELATIONS AVEC LA FAMILLE, L'ENTOURAGE :

Autisme et famille :

- Comment les membres de la famille ont t-ils réagi à l'autisme de votre enfant?
Et Comment se comporte t-ils avec lui?

- Percevez-vous des regards vexés, comportements ou autre venant du monde extérieur envers vous et votre enfant?
- Que ressentez-vous à ce moment là?
- Comment réagissez-vous?
- Sentez vous souvent mal à l'aise de prendre votre enfant au domicile de ses grands parents ou des amis ? Pourquoi ?

Autisme et la vie du couple :(si marié) :

- Avez-vous l'impression que l'un des deux parents s'occupe plus de votre enfant que l'autre? Si oui, pourquoi?
- Comment le vivez-vous?
- Accordez-vous autant de temps, plus de temps ou moins de temps à votre conjoint qu'avant de savoir que votre enfant est autiste?
- Votre enfant va t-il plus vers l'un de ses parents? Si oui, lequel et pourquoi à votre avis?
- Comment le vivez-vous?

AXE 3 : LES RELATIONS MERE PROFESSIONNELS :

- Avez-vous été bien guidé dans la prise en charge de votre enfant? Si non, pourquoi?
- Les professionnels vous aide t-il à mieux comprendre l'autisme votre enfants ?
- Etes vous satisfait de la prise en charge assuré à votre enfant au niveaux du centre ?
- Une collaboration parents-professionnels est-elle plus efficace qu'une intervention par les seuls professionnels pour améliorer les interactions mère/enfant? Pourquoi ?

AXE 4 : L'INCERTITUDE FACE A L'EVOLUTION DE L'ENFANT :

- Comment imaginez-vous l'avenir de votre enfant autiste ?

TEST DE STRESS

A PARTIR DU

STROOP COLOR-WORD TEST

NOM : _____ PRENOM : _____

SEXE : _____ AGE : _____ DATE : _____

PROFESSION : _____

CONSIGNES GENERALES

Le TEST DE STRESS mesure la rapidité de réaction : il comporte trois parties. Avant chacune d'elles, il y a deux exemples résolus et cinq exercices d'entraînement pour vous montrer ce que vous devez faire. Commencez chaque partie dès que l'on vous donne le signal et travaillez le plus vite et le mieux possible. Vous avez exactement 90 secondes pour chaque partie. ASSUREZ-VOUS TOUJOURS D'AVOIR BIEN COMPRIS LES CONSIGNES. SI VOUS NE COMPRENEZ PAS, DEMANDEZ A L'EXAMINATEUR. AUCUNE REPONSE NI EXPLICATION NE SERA DONNEE APRES LE SIGNAL DE DEPART.

PREMIERE PARTIE

CONSIGNES

Ecrivez la première lettre de chaque mot dans la case correspondante. Il y a deux lignes d'exemples pour vous montrer ce que vous devez faire et cinq exercices pour que vous puissiez vous assurer d'avoir bien compris. Commencez par la première ligne, en suivant l'ordre des colonnes : 1, 2, 3, 4, puis faites la ligne suivante etc.

Exemple

1	2	3	4		1	2	3	4
Rouge	Bleu	Vert	Jaune		<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> J
Bleu	Jaune	Rouge	Vert		<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> V

Exercice

1	2	3	4		1	2	3	4
Jaune	Rouge	Vert	Bleu		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Jaune	Bleu	Rouge		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Vert	Rouge	Jaune		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouge	Bleu	Jaune	Vert		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Rouge	Bleu	Jaune		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sur les deux pages suivantes, vous trouverez des exercices semblables. NE COMMENCEZ PAS AVANT LE SIGNAL DE DEPART. Quand on vous donnera le signal, vous remplirez le plus de cases possible jusqu'à ce qu'on vous dise d'arrêter. N'oubliez pas que vous devez travailler horizontalement en suivant l'ordre des colonnes (1, 2, 3, 4). Vous avez 90 secondes.

NE TOURNEZ PAS LA PAGE AVANT QU'ON VOUS LE DISE

EDITIONS DU CENTRE DE PSYCHOLOGIE APPLIQUEE

25, rue de la Plaine, 75980 PARIS CEDEX 20

Copyright 1974 by Centre de Psychologie Appliquée — Tous droits réservés — Dépôt légal 1^{er} Trim. 1974

Ed. n° 560

1	2	3	4	1	2	3	4
Rouge	Jaune	Vert	Bleu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaune	Vert	Bleu	Rouge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Rouge	Jaune	Bleu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Jaune	Rouge	Vert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouge	Bleu	Vert	Jaune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaune	Vert	Rouge	Bleu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Jaune	Bleu	Rouge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Rouge	Vert	Jaune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouge	Bleu	Jaune	Vert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Vert	Rouge	Jaune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouge	Jaune	Vert	Bleu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaune	Rouge	Bleu	Vert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Vert	Jaune	Rouge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Bleu	Rouge	Jaune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaune	Vert	Bleu	Rouge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Jaune	Rouge	Bleu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaune	Bleu	Vert	Rouge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Rouge	Jaune	Vert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouge	Vert	Bleu	Jaune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Bleu	Jaune	Rouge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Rouge	Vert	Jaune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouge	Jaune	Bleu	Vert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Bleu	Rouge	Jaune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouge	Vert	Jaune	Bleu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaune	Bleu	Vert	Rouge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONTINUEZ SUR LA PAGE SUIVANTE

DEUXIEME PARTIE

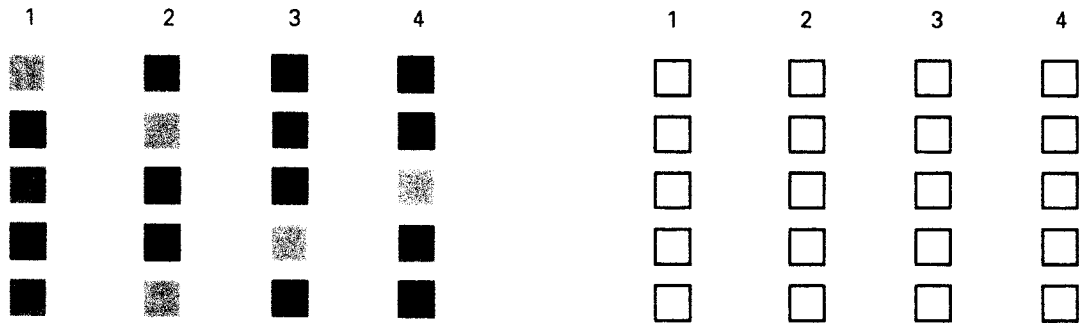
CONSIGNES

Ecrivez la première lettre de la couleur de chacun des carrés dans la case correspondante. Ici encore, il y a deux lignes d'exemples et cinq lignes d'exercices pratiques. Commencez par la première ligne en suivant l'ordre des colonnes 1, 2, 3, 4, puis continuez sur la ligne suivante.

Exemple

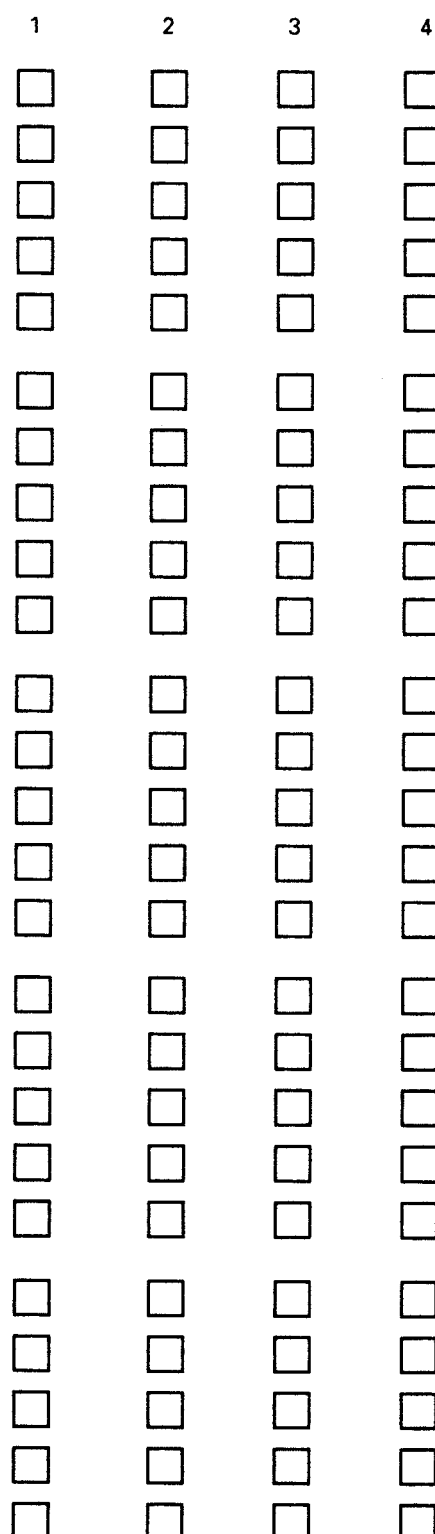
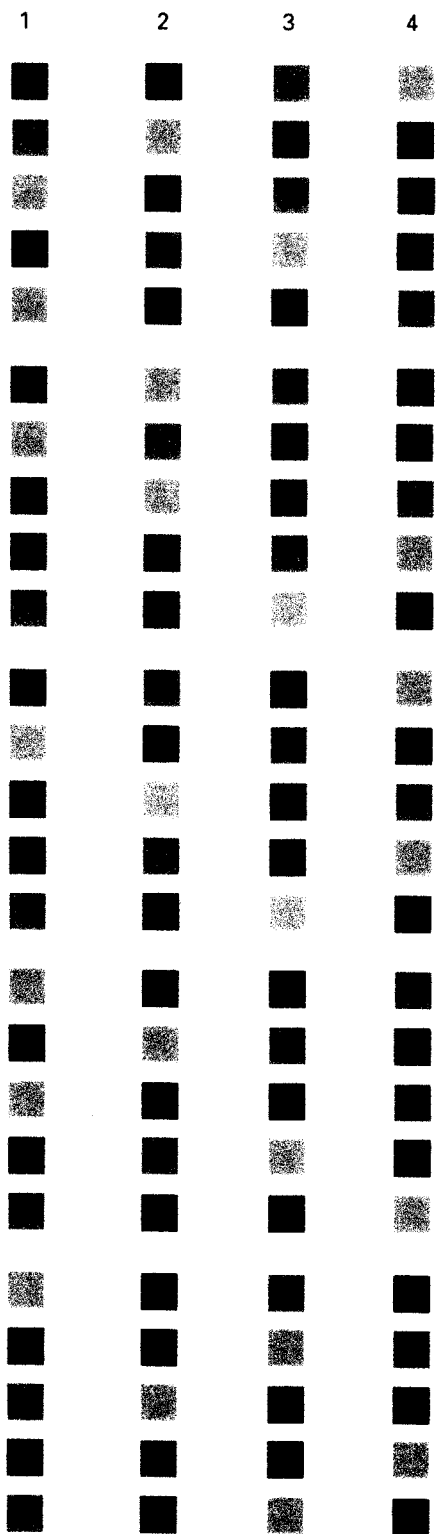


Exercice



Sur les deux pages suivantes, vous trouverez des exercices semblables. NE COMMENCEZ PAS AVANT LE SIGNAL DE DEPART. Quand on vous donnera le signal, vous remplirez le plus de cases possible en travaillant horizontalement et en suivant l'ordre des colonnes jusqu'à ce qu'on vous dise d'arrêter. Vous avez 90 secondes.

NE TOURNEZ PAS LA PAGE AVANT QU'ON VOUS LE DISE



FIN DE LA PARTIE II
NE TOURNEZ PAS LA PAGE
AVANT QU'ON VOUS LE DISE

TROISIEME PARTIE

CONSIGNES

Ecrivez la première lettre de la *couleur de l'encre* dans laquelle le mot est imprimé dans la case correspondante. Il y a deux lignes d'exemples pour vous montrer ce que vous devez faire et cinq exercices pour que vous puissiez vous assurer d'avoir bien compris. Commencez par la première ligne en suivant l'ordre des colonnes : 1, 2, 3, 4, puis faites la ligne suivante etc.

Exemple

1	2	3	4		1	2	3	4
Jaune	Rouge	Bleu	Vert		J	R	B	V
Rouge	Bleu	Vert	Jaune		V	J	R	B

Exercice

1	2	3	4		1	2	3	4
Rouge	Vert	Bleu	Jaune		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Bleu	Jaune	Rouge		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Rouge	Vert	Jaune		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Jaune	Rouge	Bleu		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaune	Rouge	Bleu	Vert		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sur les deux pages suivantes, vous trouverez des exercices semblables. **NE COMMENCEZ PAS AVANT LE SIGNAL DE DEPART.** Quand on vous donnera le signal, vous remplirez le plus de cases possible en travaillant horizontalement et en suivant l'ordre des colonnes jusqu'à ce qu'on vous dise d'arrêter. Vous avez 90 secondes.

NE TOURNEZ PAS LA PAGE AVANT QU'ON VOUS LE DISE

1	2	3	4	1	2	3	4
Jaune	Rouge	Bleu	Vert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Bleu	Rouge	Jaune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouge	Vert	Jaune	Bleu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Bleu	Rouge	Jaune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Jaune	Vert	Rouge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaune	Rouge	Bleu	Vert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Jaune	Rouge	Bleu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Vert	Jaune	Rouge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouge	Bleu	Bleu	Vert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Bleu	Jaune	Rouge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaune	Vert	Rouge	Bleu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouge	Bleu	Jaune	Vert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Rouge	Bleu	Jaune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Bleu	Vert	Rouge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouge	Vert	Jaune	Bleu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Jaune	Bleu	Rouge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaune	Bleu	Rouge	Vert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Rouge	Vert	Jaune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Bleu	Jaune	Bleu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Bleu	Rouge	Jaune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Rouge	Bleu	Vert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Jaune	Vert	Rouge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Bleu	Rouge	Jaune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Jaune	Jaune	Vert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaune	Vert	Rouge	Bleu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONTINUEZ SUR LA PAGE SUIVANTE

1	2	3	4		1	2	3	4
Rouge	Bleu	Vert	Bleu		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Vert	Rouge	Bleu		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaune	Rouge	Bleu	Bleu		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Bleu	Bleu	Rouge		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Jaune	Rouge			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouge	Bleu	Bleu	Jaune		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Bleu	Vert	Bleu		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Jaune	Bleu	Vert		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Rouge	Bleu	Bleu		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Bleu	Vert	Bleu		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Bleu	Rouge			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Vert	Jaune	Bleu		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Bleu	Vert	Rouge		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Rouge	Bleu	Jaune		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouge	Vert	Jaune	Bleu		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Jaune	Bleu	Vert		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Vert	Bleu	Jaune		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouge	Jaune	Bleu			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Bleu	Jaune	Rouge		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Rouge	Vert	Bleu		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Jaune	Rouge	Bleu		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Bleu	Jaune	Rouge		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleu	Vert	Rouge	Bleu		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vert	Rouge	Bleu	Jaune		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaune	Bleu	Vert	Bleu		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FIN DU TEST