

Université Abderrahmane Mira Bejaia

Faculté des sciences humaines et sociales

Département de psychologie et d'orthophonie

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention de diplôme de Master en Psychologie

Option : Psychologie Clinique

Thème :

***L'anxiété chez les parents ayant
un enfant autiste***

*Etude de 05 cas âgés de (4 à 7 ans) au niveau de
l'association des enfants autistes « Esperance »*

Akbou, Bejaia

Présente par :

BAKDI Latifa

BERKANE Lydia

Encadré par :

Mme AMROUCHE. Nassima

Année universitaire 2022/2023

Remerciements

*Nous tenons tout d'abord à remercier le **bon Dieu** de nous avoir accordé la Santé et la volonté pour accomplir ce travail. Nous exprimons notre profonde gratitude à notre encadreur **Mme AMROUCHE**. N d'avoir accepté d'encadrer notre travail, elle était Patiente avec nous jusqu'au bout malgré les circonstances, nous la remercions Pour la qualité de ses conseils qui nous ont été chers et d'avoir partagé ses Connaissances et son expérience afin d'établir ce travail.*

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

Nous présentons nos sincères remerciements à tout le personnel

De l'association de prise en charge des enfants autistes

« ESPERANCE » pour leur accueil bienveillant ainsi qu'aux

Enfants et leurs parents.

Nous tenons à exprimer notre gratitude et sincères remerciements à nous Enseignants et à toutes personnes qui ont contribué à la réalisation de cet

Humble travail.

Dédicace

Je dédier ce modeste travail à :

Mes très chers parents qui m'ont aidé tout au long de mes études, et pour lesquels j'exprime toutes ma tendresse et amour, auxquels je ne rendrais jamais assez et je prie dieu de les récompensés de tous les sacrifices et amour donnés.

A mes deux frères : Karim et Samira

Mes neveux et nièces que j'adore.

A ma binôme Lydia

A Toutes mes amies : Sissa, Hamidou, Yanis

Latifa

Dédicace

Je dédie ce modeste travail :

Au dieu le tout puissant. A mes chers très parents, pour leurs sacrifices, amour, soutien, et prières

Tout au long de mes études, pour que je puisse atteindre mes Objectifs, que dieu les protège.

A mes adorables frères, Aziz et Samira pour leurs conseils précieux et leurs encouragements.

A mon cher et merveilleux mari, Elyes pour son aide et sa présence à mes côtés.

A tous les membres de ma famille et ma belle-famille.

A ma binôme, Latifa pour son entente et sa sympathie.

A tous mes amis et amies, Et à tous ceux qui me sont chers.

Lydia

Sommaire

Remerciement	
Dédicaces	
Liste des tableaux	
Introduction	01

Partie Théorique

Chapitre I : Le cadre général de la Problématique

Problématique et hypothèses.....	05
❖ L'objectif de la recherche.....	08
❖ Les raisons du choix de thème	08
❖ La définition opérationnelle des concepts clés.....	07

Chapitre II : l'enfant autiste

Préambule

1. Historique de l'enfant	10
2. Définition de l'enfant et enfance	12
3. le développement de l'enfant	12
3.1. Le développement affectif	13
3.2. Le développement social	16
3.3. Le développement cognitif	19
4. historique de l'autisme	21
5. la définition du trouble de spectre de l'autisme	22
6. les type de l'autisme	24
7. Les signes cliniques de l'autisme	31
8. l'étiologie de l'autisme.....	35
9. les troubles associés à l'autisme	37
10. diagnostic de l'autisme	40
11. la prise en charge de l'autisme	44
11.1. Psychothérapeutiques.....	44
11.2. Educative	46
11.3. Médicamenteuse	48

Synthèse

Chapitre III : L'anxiété parentale

Préambule

1. Historique de l'anxiété	53
2. définition de l'anxiété	54
3. les différents concepts de l'anxiété	55
4. les type de l'anxiété	56
5. l'anxiété normale et pathologique	57
6. les niveaux de l'anxiété	58
7. les troubles anxieux	59
8. les symptômes anxieux.....	61
9. les modelés théoriques de l'anxiété	62
10. la prise en charge de l'anxiété	64
10.1. Non médicamenteuse	64
10.2. Médicamenteuse.....	66
11. l'anxiété parentale	67

Synthèse

Partie pratique

Chapitre IV : la méthodologie de la recherche

Préambule

1. La pré-enquête.....	72
2. La présentation du lieu de la recherche.....	73
3. la méthode utilisée.....	74
4. le groupe d'étude	74
5. les critères de sélection	74
6. les outils d'investigation	74
6.1. L'entretien clinique	74
6.2. L'entretien semi directif	75
6.3. Le guide d'entretien	75
6.4. L'échelle de Beck	76
7. les caractéristiques de la population d'étude	78
8. le déroulement de la pratique	78

Synthèse

Chapitre V : Présentation et analyse des résultats

Préambule

1. Présentation et analyse des cas

1-1Présentation et analyse du 1er cas.....	81
1-2Présentation et analyse du 2eme cas	86
1-3 Présentation et analyse du 3eme cas	91
1-4 Présentation et analyse du 4eme cas	97
1-5 Présentation et analyse du 5eme cas	102
2- Analyse des résultats des cas au vu de l'hypothèse.....	107

Conclusion

Bibliographie.

Annexes.

Résumé

Liste des tableaux

tableaux	Titres	Pages
<i>Tableau N° 1</i>	Tableau représentant les caractéristiques de la population d'étude	78
<i>Tableau N° 2</i>	L'analyse de l'échelle de stress cas parents Raouf (Nabila et Hocine)	84
<i>Tableau N° 3</i>	L'analyse de l'échelle de stress cas parents Adel (Rahima et Kamel)	89
<i>Tableau N° 4</i>	L'analyse de l'échelle de stress cas parents Rami (Sarah et Hamza)	95
<i>Tableau N° 5</i>	L'analyse de l'échelle de stress cas parents Rami (Taklith et Amer)	100
<i>Tableau N° 6</i>	L'analyse de l'échelle de stress cas parents Hamid (Dalila et Mahmoud)	105

Introduction

L'autisme est un trouble de développement qui affecte la communication, l'interaction sociale et le comportement, les parents d'enfants autistes sont souvent confrontés à des défis uniques et complexes. L'un des défis les plus courants est l'anxiété des parents, qui peut être causée par divers facteurs tels que la difficulté à trouver des services de soutien appropriés et la pression de la société pour que leur enfant s'intègre et réussisse.

L'anxiété des parents peut avoir des répercussions sur leur propre santé mentale et physique, ainsi que leur capacité à soutenir leur enfant autiste.

Il est important de comprendre les causes de cette anxiété et de trouver des moyens de la gérer.

L'anxiété chez les parents d'enfants autistes peut être provoquée par plusieurs facteurs.

Tout d'abord, les parents peuvent être préoccupés par l'avenir de leur enfant, notamment en ce qui concerne son développement, son éducation et sa vie sociale. Ils peuvent se sentir dépassés par les différentes thérapies et interventions nécessaires pour soutenir leur enfant, ainsi que les démarches administratives et la prise de décision complexes liées à l'autisme.

L'anxiété des parents peut également être liée au comportement défis souvent associés à L'autisme. Les enfants autistes pouvant présenter les difficultés de communication, du comportement répétitif et des crises, ce qui peut entraîner des moments de stress intense pour les parents.

Ils se soutenir impuissant face à ces situations et avoir peur de ne pas être en mesure de gérer efficacement les comportements de son enfant.

Il est important de reconnaître et de traiter l'anxiété chez les parents d'enfants autistes, car elle peut avoir un impact sur leur bien-être global et leur capacité à prendre soin de leur enfant.

L'objectif de notre étude porte sur l'anxiété chez les parents ayant des enfants autistes. Pour réaliser notre travail sur terrain, nous sommes basés sur la méthode descriptif en appuyons sur l'étude de cas pour décrire.

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

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

- Une partie théorique qui contient deux chapitres (l'autisme et l'anxiété)
- Une partie pratique contient la méthodologie de la recherche, analyse des résultats, on termine notre étude avec la discussions et conclusion.

Partie théorique

*Chapitre I : Le cadre général
de la Problématique*

1. La Problématique et les hypothèses

La famille est une communauté d'individus réunis par des liens de parenté, un ensemble par le père, la mère et les enfants.

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

L'autisme est une pathologie lourde, la traiter suppose d'aborder à la fois ses différentes dimensions comme le diagnostic, la prise en charge, la communication les interactions sociales etc. Depuis quelques années, L'autisme suscite l'intérêt de nombreux chercheurs et professionnels de la psychologie mais aussi le grand public. (Doare, M, 2000, p.2).

Il est connu comme une pathologie d'origine génétique, neurologique ou biochimique qui constitue un handicap multifactoriel ; ses conséquences vont se prolonger sur les différents aspects de la vie familiale. Les parents face à ce trouble de leur enfant sont rapprochés d'une vie qui est vraiment différente par rapport à celle des autres parents ayant un enfant normal, et cela peut influencer sur le fonctionnement de toute la famille.

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

L'anxiété peut être définie comme le produit de l'évaluation cognitive et correspond à un ensemble de cognitions et affectes face à une situation menaçante

: sentiment d'appréhension, perception d'un danger imminent, activation de divers systèmes psychophysiologiques. (Graziani, 2003)

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

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

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

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

Pour répondre à cette question ont proposé l'hypothèse suivante :

- *Les parents ayant un enfant autiste manifestent un niveau d'anxiété élevée marquant des symptômes d'anxiété avec une grande peur sur le développement de leur enfant et sa vie sociale.*

2. La Définition opérationnelle des concepts clés**2-1 L'Autisme****2-1-1 Définition**

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est défini par des déficits sur le plan de la communication et des interactions sociales, et par des comportements, intérêts et activités restreints ou répétitifs. Les premiers symptômes se manifestent généralement lors de la petite enfance et réduisent significativement le fonctionnement adaptatif. (DERGUY ; CAPPE, 2019, P.1)

L'opérationnalisation du concept :

Ont trouve dans le terme ‘ ‘ **l'autisme** ‘ ‘ : Agitation, Replie sur soi, Résistance au changement, Stéréotypé, Hyperactivité, Difficultés de concentration Et de communication.

L'anxiété**Définition :**

Est un état d'esprit tourné vers l'avenir dans lequel on n'est pas prêt ou préparé à faire face aux événements négatif à venir. (Lavrentporet ; 2019, p 5).

L'opérationnalisation du concept :

Ont trouve dans le terme ‘ ‘ **Anxiété** ‘ ‘ : Irritabilité, Colère, Difficulté de concentration, Agitation, mauvaise anticipation.

2.3. Parentalité

Un parent va être à l'écoute des besoins de ses enfants et est en mesure d'y répondre ; il les aide à s'adapter à la société et à bien y vivre ; il crée des conditions familiales favorables à leur épanouissement ; et il est créé capable d'établir une bonne relation avec eux (Claudine. P et all, 2008.30)

3. Le choix du thème

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. L'objectif de la recherche

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

Chapitre II :
L'enfant autiste

Préambule :

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

1. L'aperçu historique de l'enfant

Les historiens se sont intéressés au concept de l'enfance surtout sur la publication d'un livre devenu célèbre, l'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime de Philippe Ariès ; on voit aussi les travaux de Michelle Perrot sur la famille et la vie privée et d'Élisabeth Badinter sur l'amour maternel. Ariès étudie la représentation de l'enfant dans l'art à travers les siècles et il a noté qu'avant le XII^{ème} et XIII^{ème} siècle l'enfant était représenté comme un petit adulte, c'est-à-dire reconnaissable uniquement par sa petite taille. Ce n'est qu'à partir du XIII^{ème} siècle que l'art accorde une morphologie propre de l'enfant représenté. (Hesselberg, 2001).

En partant de ce constat et en étudiant les modes de vie des populations (en France) à travers l'histoire, Ariès distingue deux périodes :

La première période : La société traditionnelle se représentait mal l'enfant et encore moins l'adolescent. La durée de l'enfance était réduite à sa période la plus fragile quand l'enfant n'arrivait pas à se suffire. L'enfant à peine débrouillé

physiquement était mêlé aux adultes, partageant leurs travaux ainsi leurs jeux. Des très petits enfants il devenait un homme jeune, sans passer par les étapes de la jeunesse devenues des aspects essentiels des sociétés évoluées d'aujourd'hui. La socialisation et la transmission des valeurs et des savoirs n'était donc pas assurées par la famille, l'enfant tirait par la famille, l'enfant s'éloignait vite de ses parents. L'éducation se faisait par l'apprentissage, grâce à la coexistence des enfants et des adultes.

L'enfant tirait ses connaissances en aidant les adultes. Les échanges affectifs et les communications sociales avaient lieu en dehors de la famille, dans un milieu très dense et chaleureux composé de voisins, d'amis, de maîtres et serviteurs, d'enfants et de vieillards, de femmes et d'hommes. (Hesselnberg, 2001).

La deuxième période : Elle a commencé à partir de la fin du XVII^{ème} siècle, quand progressivement l'école est substituée à l'apprentissage comme moyen d'éducation. L'enfant a cessé d'être ménagé aux adultes et d'apprendre la vie directement à leur contact. Il a été séparé des adultes et maintenant à l'écart (la scolarisation) avant d'être lâché dans le monde. Cette séparation des enfants et des adultes était due en très grande partie à la tentative de moralisation des hommes voulue par l'Église. Les parents s'intéressèrent aux études de leurs enfants et la famille devint ainsi un lieu d'affection pour eux. Le sentiment de famille est né avec la scolarisation intense de la jeunesse. D'autres historiens ont affiné cette étude de l'enfance à travers les époques

En effet, il semble donc maintenant assuré que la place accordée à l'enfant est variable suivant les sociétés et qu'elle s'est considérablement modifiée à partir du XIX^{ème} siècle, sous l'effet du culte de la maternité. C'est à cette époque que l'enfant devient l'objet d'un attachement spécifique qui ne fera que de croître avec les progrès de la médecine, puis la généralisation de la contraception dans les sociétés industrielles. Il semble aller de soi que plus le taux de mortalité diminue, plus la perte d'un enfant n'est douloureuse. De même, plus l'enfant est désiré

consciemment, plus sa place n'est censée devenir importante dans l'affect paternel. C'est dans ce contexte et dans la crise de la famille bourgeoise que sont nées la psychologie de l'enfant et la psychanalyse. (Hesselberg, 2001).

2. Les définitions de l'enfant et enfance :

« L'enfant devient un être à part entière, perçu dans sa globalité et à travers tous les aspects de sa vie, qui n'est plus seulement « le fils... », C'est-à-dire la possession de ses parents ou de l'état, mais le sujet de ses propres droits à partir du XVI^{ème} siècle, l'idée que les enfants sont des êtres vulnérables qu'il faut protéger, émerger peu à peu en accident, l'attention accrue accordée aux droits de l'homme depuis les révolutions ». (Article Droit De L'enfant, 2009).

Ainsi, selon la législation algérienne, et en conformité donc avec la convention internationale relative aux droits de l'enfant, la loi 15-12 définit l'enfant en l'article 2 comme « toute personne n'ayant pas atteint dix-huit (18) ans révolus. Et le terme mineur a le même sens ». (Daoudi, 2017, pp.12, 13).

En outre, « Le terme d'enfance désigne une étape du développement de l'être humain qui se situe entre la naissance et la puberté entre la naissance et la maturité ». (Doron, Parot, 2007, p.55).

Etymologiquement, les termes d'« enfant » d'« enfance », renvoient d'abord à une notion d'inachèvement. L'infant, c'est le défaut d'éloquence ; l'infant désigne celui qui ne maîtrise pas le langage et, par extension, les premières années de la vie.

3. le développement de l'enfant

Le développement est toujours un processus continu de retrait des enveloppes qui masquaient les potentialités d'un individu pour lui permettre une évolution, une amélioration, une expansion.

De Différents corpus théoriques ont eu pour but de rendre compte du développement de l'enfant. Ceux-ci ne sont ni équivalents ni opposés, ils sont plutôt complémentaires et permettent d'appréhender les étapes du développement et leur importance respective. Quelles que soient les époques de leur élaboration, ces travaux sont généralement basés sur la succession de passages obligés s'appuyant sur des phases antérieures, même si des différences apparaissent quant à l'ordre d'apparition et au statut de ces passages.

Le développement affectif

La théorie freudienne déclare que l'enfant se trouve au début de sa vie dans un état d'indifférenciation que Freud appelle la période de narcissisme primaire et qui correspond au passage d'auto-érotisme à la relation objectale. Freud postule que la pulsion libidinale s'étaye, prend appui, sur la fonction alimentaire: la mère satisfait le besoin alimentaire et est associé au plaisir de l'enfant : c'est ce qu'on appelle la théorie de l'étayage.

Freud a établi une chronologie des stades de la libido que ces stades se chevauchent et coexistent tout au long du développement. Il distingue deux périodes essentielles :

La période prégénitale dès le début de la vie avec la succession des zones érogènes prédominantes (orale, phallique ou urétrale), et la période génitale proprement dite qui commence à l'adolescence. Entre les deux s'étend une période de latence (en gros entre 6 et 12 ans) au cours de laquelle les pulsions changent de but en se tournant vers des objectifs plus socialisés, rendant l'enfant plus disponible pour des apprentissages de type pédagogique. L'avènement de

cette période correspond à un refoulement important. (Tourrette, Guidetti, 2008).**3.1.1**

Le stade oral : de 0 à 24 mois

Ce stade recouvre approximativement la première année de la vie et globalement c'est une année consacrée à la préhension : prise d'aliments mais aussi prise d'informations au sens large. (Golse B, 2008, p18)

L'enfant découvre et prend conscience de son environnement à travers la bouche. Toute l'activité de plaisir de nourrisson est centrée autour de la zone bucco labiale (bouche, lèvres, langue). C'est à travers l'alimentation de l'enfant que s'établit la relation mère-enfant. Le but de la pulsion est double : d'une part, un plaisir auto-érotique : la pulsion n'est pas dirigée vers d'autres personnes, elle est satisfaite dans le Corps propre de l'individu par stimulation de la zone érogène orale ; d'autre part, un désir d'incorporation des objets : à ce stade en soi équivaut à être l'objet. Cette phase se termine avec l'apparition du sevrage (Golse B., 1985, p. 18)

Le stade anal : de 2ans à 3ans

C'est avec le début du contrôle sphinctérien que commence ce stade. La zone érogène devient la région anale, avec le plaisir de la défécation et de la rétention volontaire. L'enfant considère le contenu de ses intestins comme une partie de lui-même, qu'il peut ou non, selon son bon vouloir, offrir en cadeau à sa mère dans le pot. Son autonomie croissante déclenche des interdits parentaux, qui suscitent chez lui des sentiments d'agressivité qu'il décharge sur des objets (aspect sadique). la Chapitre I L'enfance 11 relation de l'enfant à l'objet libidinale s'exprime en termes de possession /expulsion. Le moi se renforce et les interdits parentaux sont à l'origine du surmoi. (Tourrette, Guidetti, 2008) .

Le stade phallique : de 3ans à 6ans

Ce stade est succédé au stade anale que nous avons présenté et se caractérise par le choix d'une nouvelle zone érogène : les organes génitaux externe avec l'éveil de la sexualité génitale.

Précède la problématique œdipienne. Vers 4ans l'enfant découvre qu'il peut également expulser ou retenir son urine.il fait la découverte de son sexe et du plaisir qu'il trouve à le toucher : c'est la période de la masturbation infantile.il prend également conscience de la différence des sexes.

Le garçon découvre l'absence du pénis chez la fille. Apparaît alors l'angoisse de castration : le petit garçon est angoissé à l'idée qu'en a pu supprimer le pénis chez la fille et qu'en pourrait lui subir le même traitement. La petite fille quant à elle, n'étant pas munie d'un pénis, est attirée par celui d'un grand frère ou, surtout, de son père. Elle cherche à acquérir ce pénis auprès de lui. Elle connaît également une brève période d'angoisse de castration qui se dissipe rapidement. Ce stade aboutit à une grande curiosité sexuelle chez l'enfant : « comment les enfants viennent-ils au monde ... » (Rooselaer N. et Chevalley M., 1994, p.18).

Le complexe d'Œdipe

L'entrée dans ce stade se caractérise par la reconnaissance de l'angoisse de castration, l'objet de la pulsion est dorénavant le partenaire privilégié du couple parental et l'excitation sexuelle recherchée dans la possession de ce partenaire. L'angoisse de castration induit chez le garçon la crainte de perdre son pénis et chez la fille le désir d'en avoir une envie du pénis chez la fille va l'introduire à la problématique œdipienne par le désir d'un enfant de son père ; quant au garçon, il se protège de son angoisse de castration. Dans sa forme positive, le complexe d'Œdipe est représenté par une attirance de l'enfant pour le parent du sexe opposé et une rivalité pour le parent du même sexe ; dans sa forme négative, il peut s'agir du contraire. Chez la fille, on relève un changement d'objet d'amour qui introduit

un mécanisme d'identification ; la fille cherche à obtenir du père ce que sa mère lui a refusé à savoir le pénis et la mère restant en effet la source importante de satisfaction pulsionnelles pré-génitales, la fille développe à son égard une amère jalousie. (Gueniche, 2007).

« Toute le cheminement de la période œdipienne consiste à se faire de ce type de compréhension primitive de la différence des sexes, pour aller vers une connaissance plus élaborée de celle-ci à travers celle de la procréation et de la sexualité génitale comme faite on le bébé. Le conflit est lié au tabou de l'inceste. Et que l'introduction rattachée par Freud au mythe d'Œdipe, reste un organisateur assez universel du développement de l'enfant. Il parle de « complexe d'Œdipe », ce que correspond, pour Dolto (1971), à une liaison indissociable entre, d'une part des pulsions, à buts différents, parfois Chapitre I L'enfance 12 contradictoire, et d'autre part des interdictions, d'autre culturel, s'oppose à la réalisation de certains de ces pulsions ». (Graindorge, 2005, p.13).

La période de la latence : de 6ans à 12ans :

Période de calme affectif. L'investissement au niveau de la curiosité sexuelle est remplacé par l'investissement scolaire, l'enfant s'engage dans des activités de développement valorisantes. Celui-ci s'accompagne de la socialisation progressive de l'enfant. la curiosité. Ce processus de détournement de la sexualité vers des voies socialement acceptables, comme le sport ou la création artistique, s'appelle la sublimation. La période de latence est suivie de la pré- adolescence et de l'adolescence qui amèneront de nouvelles perturbations psychologiques et affectifs. (Mareau. et Dreyfus A.V., 2004, p.75).

Le développement social

La psychologie considéré le processus psychosocial comme moteur de la maturation générale. Selon Wallon la période de la naissance à trois ans correspond à la phase de construction de la personne décrite en deux grande étapes

d'abord centripète (centré sur soi), puis centrifuge (tournée vers le monde extérieur et la construction de monde extérieure). Il dit lui-même en 1963 :« L'homme est un être biologique, il est un être sociale et c'est seul et même personne. L'objet de la psychologie, c'est de faire connaître l'identité de l'homme sous ses différents aspects. » (Tourrette, Guidetti, 2008)

La Définition de la socialisation

La socialisation est un thème important dans toutes les études sur le développement infantile parce que c'est celle qui conditionne l'intégration harmonieuse de l'enfant à la société (Ocde, 1982, p23).

Grâce à la présence d'autrui, la mère et le père en priorité l'enfant va pouvoir progressivement établir des relations avec le milieu et se différencier de ce milieu (Le Camus J.et al, 1997, p81). L'identité émerge au milieu des interactions ; l'enfant au début du développement, est pure subjectivité puis il apprend progressivement à voir du point de vue de l'autre (Lapassade G., 1996, p 10).

La socialisation peut être décrite aussi «comme processus d'apprentissage des attitudes, des normes et des valeurs propres à un groupe, à travers lequel s'opère l'intégration sociale.»(Fischer G., 1996, p 35).

Les étapes de la socialisation

De la naissance à trois ans, Wallon (1959) a décrit six étapes ou stades caractérisant à la fois la nature des relations que l'enfant établit avec autrui et le niveau de différenciation du sujet par rapport à autrui, c'est-à-dire la conscience de soi.

la Symbiose physiologique ou le stade d'impulsivité motrice (0-3mois)

Les seuls moyens disponibles à cet âge sont l'équipement réflexe et les signaux expressifs innés. Le terme symbiose exprime un état de dépendance total de l'enfant par rapport au milieu humain. À ce stade, l'enfant ne fait pas la différence entre sensations externes et sensations internes. la confusion moi-autrui est total.

La symbiose psychologique ou affective (3-9 mois)

Peu à peu l'enfant va dissocier autrui de ses besoins propres : « il pleure si quelqu'un quitte la pièce ou s'éloigne sans être occupé de lui, comme s'il pouvait, par anticipation, lier à une présence l'attente d'un changement dans son propre état. » (Wallon, 1934). La maturation neuromatrice développe les l'emprise des purs réflexes et de la sensibilité organique. (Baudier A. et Céleste B., 2004, pp152-154).

Le syncrétisme indifférencié (9-18mois)

Cette période correspond à celle d'une « sociabilité véritable ment incontinent. L'enfant se dégage du mimétisme affectif et accède à La complémentarité des rôles, favorisée par les différences de moyens entre les partenaires.

A ce stade, la confusion moi-autrui est toujours présente, il ya cependant un progrès dans le sentiment du moi, qui se détache progressivement de la participation initiale par élimination successive de ce qui n'est pas sein, entre autre la reconnaissance de deux pôles opposée. (Baudier A.,et Céleste B, 2004, p154)

Le syncrétisme différencié (18-30 mois)

Le progrès tient au fait que « les deux pôles de la situation, au lieu d'être encore simplement complémentaire et se situé dans deux individus destins, sont intégrés par le même. A la contemplation, s'ajoute le sentiment ou le besoin d'être celui qui parade. Participation encore, mais participation contrastante qui annonce le moment de l'individualisation ». A ce stade, le point de vue de l'enfant s'est dédoublé de celui de l'autre, mais l'enfant participe encore aux deux pôles. Cette

participation contrastante va s'accroître lors du stade suivant, qui annonce les prémisses de la véritable individualisation. (Baudier A. et Céleste B., 2004)

Le stade des personnalités interchangeableables (24-36mois)

Une des manifestations essentielles de cette période est le transitivity c'est-à-dire que l'enfant passe directement de l'état d'objet à l'état de sujet et inversement. A ce stade l'enfant partage l'émotion avec l'autre, même si ce qu'il ressent s'avère différent de ce que ressent l'autre. Nadel et Baudonnière (1980) ont bien montré que l'imitation est le moyen du transitivity : par limitation, il y a échange direct, sur le monde de la répétition du même entre deux enfants. Ce stade traduit l'état de dispersion qui précède le moment où l'enfant saura identifier solidairement sa personnalité et celle d'autrui. (Baudier A, et Céleste B., 2004)

Le stade du personnalisme et la crise de personnalité (3ans)

La répartition des rôles est maintenant fixée. la différenciation moi-autrui enfin acquise se manifeste de la façon la plus la plus élémentaire qui soit : l'opposition. L'enfant utilise le pronom personnel « je » pour parler de lui. A cette période apparaissent ce que Wallon nommé la réaction prestance. Sous le regard d'autrui l'enfant ressent une gêne. (Baudier A. et Céleste B., 2004, pp 155-158)

Le développement cognitif

Un enfant autiste a des problèmes de développement cognitif, il peut présenter des problèmes de langage, selon Frith, les difficultés dans le domaine du langage ne se constitue pas le domaine de phonétique ni celui de syntaxique mais plutôt au niveau sémantique c'est-à-dire : elles résident dans la capacité de comprendre à donner sens au langage et au niveau de la pragmatique dans l'utilisation du langage dans le but communication. Un enfant autiste utilise les écholalies, il s'appelle par son propre nom au lieu d'utiliser le pronom «je», également l'enfant

autiste à des déficits globaux dans le traitement de l'information dans les fonctions exécutives. (Frith, 2004).

Piaget étudie la genèse de la pensée catégorielle, logique et symbolique chez l'enfant. Il décrit des stades au cours desquels certains acquis s'intègrent dans la structure de l'âge suivant, grâce à trois mécanismes prévalent de développement de la pensée qui est l'assimilation, l'adaptation et l'accommodation. Il distingue quatre stades :

Le Stade de l'intelligence sensorimotrice (0 à 18 mois)

L'enfant reste encore très peu différencié du monde extérieur. Grâce à la mise en place de schèmes d'action, il s'agit de façon réflexe ou enchaîne ses actions de façon toujours identique dans les mêmes circonstances interactive (par exemple le nourrissage). Réaction circulaire primaire puis en réaction circulaire secondaire (8-9 mois), reproductions actives d'enchaînement d'actions qui cherche à provoquer un résultat. Parallèlement, entre 5 et 8 mois, la permanence de l'objet s'établit (quand on cache un objet que l'enfant a repéré derrière un écran, il cherche à le retrouver : il en a donc construit une représentation mentale). Vers 18 mois, la pensée devient « préopératoire » : l'enfant met en place une amorce de fonction symbolique qui lui permet de représenter les objets, à travers, notamment, son début d'accès à la langue. (Graindorge., 2005).

Le Stade de la pensée opératoire (3 à 8 ans)

La pensée dans ce stade agit maintenant sur les actions intériorisées par l'enfant celles-ci deviennent progressivement réversible et symbolisables. La pensée de l'enfant de 3 /4 ans est : - Animiste (les choses sont pour lui vivantes et douées d'intention), finaliste (il pense qu'il y a toujours une raison à tout, D'où ses Sempiternels « pourquoi » et orientée par un seul point de vue et il ne peut généraliser de façon adéquate. La pensée reste une pensée intuitive Entre 4 et 8 ans

: l'enfant ne peut prendre en compte tous les paramètres en Jeu dans une comparaison. (Graindorge., 2005)

Le Stade des opérations concrètes (7 à 11 ans)

La pensée reste liée à l'action. Elle garde des capacités limitées d'abstraction. Cependant, il acquiert peu à peu la conservation : de la quantité de matière (7 /8 ans), de volume (10 /11 ans), ce qui aboutit à une pesée catégorielle de plus en plus fine.

Le Stade de la pensée formelle (à partir du 12ans)

L'enfant se construit une pensée conceptuelle et hypothéticodéductive : position d'hypothèse ; développement de raisonnement adapté ; Dédution de conclusion. (Graindorge., 2005)

II. L'autisme

1. L'aperçu historique de l'autisme

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

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

En 1943, le pédopsychiatre américain Kenner publie onze cas d'enfants regroupés par un caractère commun et spécifique qui ont fait la différence avec le retard mental : trouble du contact social, isolement, intolérance aux changements, repli sur soi et stéréotypés. Dans un premier temps, il remarque que ces enfants, qui paraissent intelligents malgré le trouble de langage, n'ont

Pas de pathologies associées, ni de dysmorphies faciales. Le suivi de ces enfants montera toutefois l'apparition des troubles épileptiques. C'est à partir du terme autisme déjà introduit par Bleuler que Kenner va reprendre l'expression pour désigner une entité pathologique l'autisme infantile précoce. (LENOIR, 2007, P. 4).

2. La Définition du trouble de spectre de l'autisme

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

Selon le dictionnaire de psychologie : « l'autisme est un repliement excessif sur soi, entraînant un détachement de la réalité et une intensification de la vie imaginative, cette attitude se retrouve à un degré prononcé chez les schizophrénies ». (Sillamy, 2003, p31).

Selon le DSM-5

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

La dernière version du DSM-5 décrit trois niveaux ;

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

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

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

Ils présentent des déficits sévères sur le plan des compétences de communication verbale et non verbale. Rares sont ceux qui développent un langage fonctionnel. **(POIRIER ; LEROUX-BOUDREAULT, 2020, PP. 43-51)**

Selon la CIM-10

Un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations. **(BESCHE –RICHARD, 2018, P. 2)**

Selon L'OMS

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

Le terme autisme est connu depuis des dizaines d'années, actuellement en retrouve plusieurs définitions rapportées par plusieurs approches.

L'autisme selon les neurosciences

Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) est reconnu comme un syndrome neuro-développemental, ce qui légitime de facto une approche neuropsychologique en référence aux données neurophysiologiques et neuroradiologiques qui montrent une fragilité dans le développement cérébral post-natal avec une construction qualifiée d'atypique de certains circuits neuronaux. (BIEZET et al, 2018, P.1)

L'autisme selon la psychanalyse

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

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

L'autisme selon l'approche cognitive

Les recherches cognitives sont tournées vers ce qu'on appelle les cognitions sociales. BARON-COHEN a avancé l'hypothèse que l'incapacité d'attribuer à autrui des états mentaux, des croyances, des pensées, serait un trouble caractéristique de l'autisme. Les enfants autistes éprouvaient des difficultés spécifiques à comprendre certains gestes exprimant des « sentiments ». Suite à la perturbation de la cognition, la communication des autistes est perturbée à trois niveaux, la réception des informations, leur traitement et la réponse de l'individu. (HAMEL, 1997, P.8)

2- Les types de l'autisme

Ces troubles envahissants du développement se présentent sous différentes formes :

3-1- l'autisme infantile

Dans sa forme typique, l'autisme infantile précoce associé plusieurs difficultés. C'est d'abord un déficit de la communication, le langage peut être absent ou, s'il existe, se limite à quelques mots. Quand il se développe davantage, il reste modifié, à la fois dans sa musique et dans sa structure. La voix est mécanique sans nuances. Le sujet de la phrase est longtemps absent. Même quand la syntaxe devient normale, le langage garde un caractère concret, avec peu de métaphores, des substantifs manifestes ou de verbes pris dans leur sens premier. Le locuteur autiste manifeste souvent son incompréhension devant des hyponymies et des jeux de mots. Englués par fois dans les phases répétitives, reprises de l'entourage ou empruntées à des dessins animés ou à des clips publicitaires télévisés, répondant souvent en écho, il peut produire des néologismes ou des déformations, qui donnent à sa parole les caractères d'un idiome personnel, parfois difficile à comprendre. La communication verbale est également perturbée. L'enfant, qui a pu inquiéter ses parents dès sa naissance en ne réagissant pas lorsqu'on s'approchait de lui, tarde à désigner un objet pour attirer l'attention d'un tiers. Il exprime peu ou à contretemps ses émotions.

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

3-2- L'autisme atypique

L'autisme atypique est une forme particulière des troubles envahissants du développement. La maladie ressemble beaucoup aux symptômes de l'autisme infantile, à savoir des troubles sociaux, de la communication et la manifestation de centres d'intérêt très restreints. Mais il est dit atypique car il ne réplique pas tous les critères cliniques qui permettent d'établir l'autisme infantile. Ainsi la maladie se manifeste au-delà de trois ans ou bien l'un des troubles caractéristiques n'est pas considéré comme suffisamment sévère. Cette pathologie se déclare souvent chez des enfants accusant un important retard mental (BERTRAND, J., (2008). P 33).

3-3- Le syndrome de Rett

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

3-4- Le syndrome d'Asperger

Trouble de développement dans lequel se retrouvent des anomalies qualitatives des interactions sociales réciproques qui ressemblent à celles qui sont observées dans l'autisme. Les intérêts restreints et les activités répétitives, stéréotypées sont également présents. Par contre, le développement cognitif et le développement du langage sont de bonne qualité. Une maladresse motrice est souvent associée (ROGE, B., (2003). P 28).

3-5- Les Autres troubles disintégratifs de l'enfance

Un trouble qui se caractérise par un développement normal avant la survenue du trouble. En quelques mois une perte se manifeste, une perte des performances acquises ultérieurement dans plusieurs domaines du développement, accompagné d'une perte globale de l'intérêt vis-à-vis de l'environnement de conduites motrices stéréotypés, une altération de type autistique de l'interaction sociale et de la communication.

3-6- Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés

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

3- Les signes de l'autisme**4. 1. Chez les nourrissons et les jeunes enfants**

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

- ✓ Il ne participe pas aux jeux sociaux (jeu du « coucou », câlins), ou il n'y prend pas plaisir.
- ✓ Il pleure beaucoup ou au contraire jamais, et est difficile à consoler.
- ✓ Il est peu actif à l'âge de 6 mois.
- ✓ Il semble parfois être sourd.
- ✓ Il est peu enclin à l'exploration, manifeste peu d'intérêt pour les jouets.
- ✓ Il a tendance à fixer les objets des yeux et présente des difficultés à changer des centres d'attention, surtout lorsqu'il s'agit d'une activité sociale.
- ✓ Il ne montre pas du doigt ou ne vient pas monter des objets.
- ✓ Il ne babille pas à l'âge de 12 mois.
- ✓ A l'âge de 16 mois il n'a toujours pas prononcé ses premiers mots.
- ✓ A l'âge de 24 mois il ne forme pas encore de phrase de deux mots sensés et spontanés.
- ✓ Il perd le babillage ou le sens de la parole alors qu'il était présent auparavant.
- ✓ Il a des réactions très imprévisibles sur le plan émotionnel.
- ✓ Il est sujet aux sautes d'humeur violentes et incompréhensibles (il est, sans transition, très heureux puis très en colère).
- ✓ Il ne montre pas d'intérêt pour les enfants de son âge.
- ✓ Il présente des troubles de l'alimentation et du sommeil.
- ✓ Il éprouve des difficultés au moment de passer des aliments liquides aux aliments solides.

- ✓ Il manifeste une préférence inhabituelle (ou un dégoût pour un certain type d'aliments).

4. 2. Chez les enfants en maternelle

- ✓ Il ne réagit pas à son prénom.
- ✓ Il préfère jouer tout seul.
- ✓ Il ne sait pas comment jouer.
- ✓ Il dérange les autres dans leurs jeux.
- ✓ Il joue à des jeux étranges, ou peu communs.
- ✓ Il est attaché d'une façon inhabituelle à certains objets.
- ✓ Il aligne des choses.
- ✓ Il marche sur la pointe des pieds, balance son corps ou fait des mouvements inhabituels.
- ✓ Il fait ce qu'il veut ou agit de façon déterminée, dominante par rapport à son environnement.
- ✓ Il ne fait pas preuve de coopération.
- ✓ Il se comporte de façon très agitée.
- ✓ Il est très indépendant il ne demande pas d'aide.
- ✓ Il ne sait pas dire ce qu'il veut.
- ✓ Il n'a pas d'intérêt pour les enfants de son âge.
- ✓ Il prend les personnes par la main pour obtenir ce qu'il veut.
- ✓ Il est très sensible à certains sons ou à certaines perceptions.

Chez les enfants en âge d'aller à l'école élémentaire

- ✓ Il n'a pas ou peu de vrais amis.
- ✓ Il préfère les adultes et les enfants plus grands ou plus jeunes des enfants de son âge.
- ✓ Il n'a pas ou peu de contact spontané avec les autres enfants à l'école.
- ✓ Il ne comprend pas spontanément les règles sociales (par exemple, il fait des remarques inappropriées).
- ✓ Il ne semble pas comprendre l'effet de son comportement sur les autres.
- ✓ Il part du principe erroné que les autres savent ce qu'il pense ou ressent.
- ✓ Il comprend les choses de façon très littérale.
- ✓ Il utilise un langage trop adulte.
- ✓ Il utilise un langage impertinent ou trop formel.
- ✓ Il ne raconte pas spontanément ce qui s'est passé ailleurs (par exemple à l'école).
- ✓ Il est trop sage, trop gentil, trop silencieux.
- ✓ Il a des centres d'intérêt inhabituels.
- ✓ Il collectionne des informations sans les utiliser dans un but créatif ou social.
- ✓ Sa motricité est maladroite et/ou rigide.
- ✓ Il montre un besoin extrême de confirmation et de clarification lors des changements et pose des questions incessantes à ce sujet.
- ✓ Il suit des routines ou des rituelles pour faire certains actes.

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

4. 4. Chez les adolescents

- ✓ Il perd ses amis et est de plus en plus isolé sur le plan social.
- ✓ Il se perd dans les détails et les faits.
- ✓ Il est incapable de distinguer l'essentiel des détails.
- ✓ Il fait preuve de passivité et d'une lenteur croissante
- ✓ Il obtient des résultats scolaires variables avec des lacunes spécifiques pour les matières qui demandent un travail indépendant et des compétences spécifiques. (VERMEULEN. P, DEGRIECK. S, 2010, p 49-50-51)

5 - Les Signes cliniques de l'autisme

Les signes cliniques correspondent à une perturbation des fonctions en cours de développement. Les données concernant le développement cérébral ont montré que dans l'autisme il existait des anomalies de l'organisation cérébrale. Les caractéristiques observées permettraient de situer la perturbation du développement cellulaire dans les trente premières semaines de gestation. Les signes de l'autisme peuvent être distingués de la symptomatologie psychotique telle qu'elle apparaît dans la psychose de l'enfant qui, dans les classifications validées au niveau international recouvre la notion de schizophrénie de l'enfant. L'autisme touche donc précocement toutes les fonctions d'adaptation et il se caractérise par un ensemble de signes cliniques présents dans les trois domaines

essentiels que sont l'interaction sociale, la communication, et les intérêts et comportements (ROGE B., 2003, P.22).

5.1 Des anomalies qualitatives des interactions sociales

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

5.2 Des anomalies de la communication

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

- **L'écholalie :**

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

- **Écholalie immédiate :**

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

- **Écholalie différée :**

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

Par exemple, l'enfant répète inlassablement une phrase entendue aux informations télévisées : « demain il fera beau ». -utilisation idiosyncrasique du langage : l'enfant utilise des mots ou expressions qui lui sont propres. (ROGE B., 2003, P23).

À côté de ces troubles qui constituent les critères principaux de diagnostic, d'autres anomalies peuvent être relevées. Dans l'examen clinique de l'enfant de nombreux signes qui n'appartiennent pas à proprement parler aux critères de diagnostic de l'autisme sont fréquemment évoqués.

5.3 Des problèmes moteurs

Des signes tels que l'hypertonie ou l'hypotonie, des anomalies discrètes sur le plan postural, et des problèmes de coordination peuvent déjà être décelés précocement. Les troubles se situent dans le domaine de la motricité globale comme dans celui de la motricité fine et les perturbations touchent à la fois la

motricité instrumentale qui permet l'adaptation à l'environnement, et la motricité de relation qui participe à la communication par les gestes et les postures (ROGE B., 2003, P .25).

5 .4 Des problèmes sensoriels

La sensorialité comporte elle aussi de multiples anomalies d'apparition précoce. Ces signes sont souvent très marqués avant l'âge de 6 ans. Les perturbations concernent généralement toutes les modalités sensorielles. Elles se manifestent par des réactions atténuées, voire absentes, ou au contraire par des réponses exagérées s'accompagnant de réactions d'évitement, et par des conduites entraînant une autostimulation par rapport à des sources extérieures ou par rapport à la mobilisation du corps qui est source d'inputs sensoriels de nature proprioceptive, kinesthésique, ou vestibulaire.

L'importance des expériences sensorielles est indéniable : elles entrent en compte dans le développement de l'enfant, la compréhension de l'environnement, la communication, le jugement... (TEMPLE G., 1994).

5 .5 Les Troubles de l'alimentation

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

L'autisme entraîne parfois une hyper sélectivité alimentaire. Ils peuvent refuser de manger certains aliments selon leur goût, leur odeur, leur forme, leur couleur ou leur texture. L'environnement et les habitudes jouent également un

rôle dans le comportement alimentaire des personnes autistes. Certains enfants vont par exemple vouloir manger toujours dans la même assiette, d'autres mangent seulement des soupes de couleur rouge, d'autres vont accepter de manger à la maison. Mais pas dans les endroits publics (DEBORAH S., 2011).

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

Nous insistons sur le fait que si certains de ces signes sont présents, ce n'est pas encore un indice d'autisme, cela doit susciter un soupçon, une alerte, sans plus. Nous nous trouvons donc face à une incertitude au sujet d'un enfant (ou d'un adulte) pour lequel on aurait remarqué un comportement anormal, déroutant parfois, qui pourrait faire penser à l'autisme.

6. L'étiologie de l'autisme

Les Facteurs biologiques

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

Les facteurs génétiques

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

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

Les facteurs biochimiques

On a remarqué que les personnes atteintes du syndrome autistique présentent des perturbations au niveau des neurotransmetteurs. En effet, la sérotonine, la dopamine, la noradrénaline et les béta endorphines se retrouvent généralement à un taux anormalement élevé dans le sang des individus autistes. « En 1979, un zoologue américain du nom de Panksepp remarque une similitude entre certains comportements de l'autisme et les personnes qui consomment de l'opium. Il met également en cause les béta endorphines, qu'il retrouve en excès dans les urines de personnes autistes, et propose pour contrer ce phénomène un régime sans caséine et gluten. Son hypothèse est simple : l'excès de béta endorphine cérébrale viendrait d'une mauvaise assimilation de certains aliments, notamment les céréales (gluten) et les produits laitiers. (Amar. T, 2004, P 103,104).

Les facteurs neurologiques

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

Les facteurs cognitifs

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

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

7. Les troubles associés à l'autisme

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

Les troubles du sommeil

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

Les troubles psychiatriques

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

7.3 La déficience intellectuelle

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

7 .4 L'épilepsie

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

7 .5 Les troubles sensoriels

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

Les pathologies génétiques

- **Le syndrome de l’X fragile :**

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

- **Le syndrome de RETT :**

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

- **La sclérose tubéreuse de BOURNEVILLE :**

Elle est diagnostiquée chez 0,4 à 3 % des sujets autistes, elle fait partie des maladies nommées « phacomatoses ». (YVON D., 2014)

8. Il existe d’autres troubles comme

- **Les troubles alimentaires :**

Gloria LAXER écrit en 2001 : « Qu’en ce qui concerne les enfants souffrant de troubles de développement, nous avons qu’environ 40 % d’entre eux présentent des troubles sévères de nutrition, toutefois notre pratique aussi bien dans les établissements que dans le cas de bilans demandés par les familles, nous a montré que plus de 60 % des personnes autistes présentent de tels troubles à des degrés divers. »(DUPRE E., 2011, P.38).

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

- **Le syndrome de GILLE DE LA TOURETTE :**

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

(GILGENKRANTZ S., 2001, p.809).

9. Diagnostic de l'autisme

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

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

Il est rare de nos jours de découvrir un autisme dans sa forme complète (retrait

autistique, recherche d'immuabilité, stéréotypies, absence de langage), telle que Kanner l'avait décrite. Les progrès de la recherche clinique ont en effet conduit à repérer certains signes précoces, durant les deux premières années de vie, susceptible d'orienter le diagnostic. La précocité du diagnostic permet en effet de mettre en place rapidement une prise en charge thérapeutique qui influencera la qualité de l'évolution.

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

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

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

définition, ne dure pas contrairement aux signes autistiques.

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

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

9. 1 Le diagnostic différentiel

9-1-1 Avant l'âge de 3 ans

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

Les troubles du langage : dysphasiques et autistes ont en commun le retard de langage, les troubles de 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 limitent de diagnostic complexe. Mais le plus souvent les enfants dysphasiques diffèrent clairement des enfants autistiques en ce qu'ils ont une capacité à communiquer par les gestes et les expressions.

Le retard mental : autisme et retard mental ne sont pas exclusifs l'un de l'autre. Nombre d'enfants autistes ont un retard parfois important ; mais chez les autistes les anomalies du contact et de la communication sont au premier plan, avec les

comportements bizarres et stéréotypés ; d'autre part leur fonctionnement intellectuel est plus hétérogène que celui des enfants retardés du même niveau (retard simple), avec des troubles qui ne concernent pas de façon équivalente les différentes fonctions : mémorisation, catégorisation...

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

Le tableau clinique s'améliore rapidement si une prise en charge spécialisée intervient précocement. Lorsqu'il s'agit de carences affectives graves et durables, en revanche, il peut y avoir une parenté sémiologique avec l'autisme. Les anomalies grossières des conditions de vie sont alors facilement identifiées si les antécédents sont connus. Mais parfois l'anamnèse est insuffisante (enfants plus grands dont le passé est mal précisé, cumul de facteurs, adoption tardive etc...). En principe le domaine de la « sociabilité » est plus susceptible d'être préservé, ou amélioré par les soins, s'il ne s'agit pas à l'origine d'un autisme. (CHOSSY.J.F, 2003, p100).

9- 1- 2 Après l'âge de 3 ans

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

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

Le syndrome de Landau-Kleffner est une entité neuro-pédiatrique caractérisée

par une perte du langage et l'apparition de signes comitiaux vers l'âge de 3 ans.

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

10. Les prises en charge de l'autisme

10.1 Les prises en charge psychothérapeutiques

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

La psychothérapie Individuelle

Notamment pour des personnes d'assez de bon niveaux et ayant des moyens de communication à disposition, pourra être un soutien utile pour évoquer et élaborer leurs peurs, leurs angoisses, et la souffrance d'être différent, pour comprendre les situations sociales si déroutante pour elles, et les aider à gérer le stress que cet ensemble de difficultés génère au quotidien. (Gepner et Tardif, 2003, p109).

Les thérapies familiales systémiques

Pourront-elles aussi être une modalité envisagée, pour que la personne autiste soit vue et reçue avec ses proches dans un espace prévu, pour parler des

interactions familiales et du système dans lequel les échanges s'opèrent, par l'analyse des communications et des rôles des uns et des autres au sein de la famille, elles peuvent être utiles pour la fratrie, dans ses liens et modes d'échanges avec leurs parents et leurs frères ou sœurs (Gepner et Tardif, 2003, p109).

Les thérapies cognitivo-comportementale(TCC)

Dans leurs différentes formes s'intéressent généralement à modifier certains comportements inadaptés ou dangereux pour la personne ou pour autrui (automutilations, agressivité). Elles doivent utiliser des procédures positives (non aversives) pour aider la personne à avoir des conduites plus adéquates socialement. Les renforcements positifs sont utilisés pour aider la personne à progresser. Le but est de réapprendre à la personne un comportement approprié par des techniques très codifiées. (Gepner et Tardif, 2003, p109).

La thérapie d'échange et de développement

La thérapie d'échange et de développement est une forme nouvelle de la psychothérapie destinée aux enfants présentant un trouble autistique. Son initiateur est le professeur Lelord. Elle repose sur les bases de la neurophysiologie du développement. L'autisme Dans la phase préparatoire l'enfant est soumis à un examen psychologique des observations des comportements, un bilan neurophysiologique rigoureux .la thérapie a pour objet l'épanouissement de l'enfant. Elle a également pour objet de développer des fonctions déficientes. Cette approche est spécifique organisée principalement autour de soi psycho éducative individuelle réalisé au cours de plusieurs séances hebdomadaires de 30 minute chacune pendant lesquelles l'enfant est sollicité et accompagné dans différents jeux en fonction de ses intérêts et de ses capacités. Les séances

s'organisent autour de trois principes généraux dont la simplification de l'environnement spatial et des stimulations, l'échange et l'imitation et en fine, la réalisation de séquences motrice fonctionnels. (Lenoir, Malvy, Bodier, Rethor, 2003).

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

Les prises en charges éducatives

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

Dans les prises en charge éducatives, la part sacrée aux activités ciblant le développement cognitif et celle visant d'avantage le développement socio affectif, sensoriel, ou psychomoteur. Il existe souvent des ajustements nécessaires lors des prises en charge, entre les concepts de base et leur application en fonction de prise en charge éducatives de l'autisme est basée sur l'approche TEACCH développé les années 65-70 (schopler et al, 1888), axé sur l'éducation et la rééducation des personnes autistes à partir d'évaluation de leur niveau de développement et de fonctionnement. Elle insiste sur le travail de structuration de l'environnement pour créer des repères, sur l'importance de la visualisation des indices pertinents pour mieux les sélectionner et les traiter, sur l'individualisation des programmes

pour chacun , sur la collaboration des parents au projet de leur enfant, sur l'approche positive de l'enfant(ne pas le mettre en échec , partir de ses compétences, renforcer les capacités en émergence, favoriser les réussites et les renforcements qui en résulte..).sur l'approche globale de l'enfant.(Tardif et Gepner,2003,p114).

Le programme de Schopler (TEACCH)

La Division TEACCH, Traitement et éducation des enfants avec autisme et autres handicaps de la communication, créée aux États-Unis, est une méthode éducative spécifique, en partant de l'observation et de l'étude, du fonctionnement cognitif de l'enfant autiste, il s'agit en réalité d'un programme qui vise à insérer l'enfant autiste, dans son environnement naturel en favorisant le développement de son autonomie, afin de concrétiser l'objectif. Le programme s'appuie sur trois grands principes, le programme met l'accent sur les stades d'où on s'intéresse au diagnostic, l'entraînement des parents et sur l'aide psychopédagogique, a l'âge scolaire, on se penche sur les problèmes d'apprentissage et les troubles du comportement à l'adolescence, et l'âge adulte on tend vers une grande autonomie, avec une formation professionnelle. Dans ce programme, les parents jouent un grand rôle dans la prise en charge de leur enfant. Les parents sont, orientés par les professionnels, de leur côté ils s'impliquent dans le programme éducatif de l'enfant, le projet éducatif individuel repose sur une véritable collaboration, et une reconnaissance mutuelle, sa mise en œuvre repose sur deux principes :

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

La communication : Il est nécessaire, d'introduire une communication codée non verbale, à travers le canal visuel qui est le moins entravé par les troubles, et ce par le biais des gestes, images, photographies, adaptation du programme

éducatif, et thérapeutique à chaque enfant, en fonction des données du bilan des émergences, des attentes des parents, ce qui implique une formation approfondie des personnes chargées, d'intervenir auprès de ces enfants. (Rogé, 2004).

10.2.2. L'ABA (Applied Behavioral Analysis)

Lovaas a mis au point la méthode ABA, ou l'Analyse appliquée du Comportement une approche novatrice, qui implique un thérapeute, les parents et éventuellement la fratrie, cette méthode doit d'abord et avant tout s'adapter au caractère spécifique de chaque enfant autiste. (Rogé, 2004). Les travaux Lovaas ont été les premières à faire connaître cette approche dans le domaine de l'autisme. En outre, ce programme possède un nombre d'objectif qui sont :

- Développer et augmenter la fréquence des comportements adaptatifs et sociaux.
- Contrôler les troubles du comportement en utilisant la répétition et le renforcement des- comportements souhaités.
- Diminuer la fréquence d'apparition des comportements indésirable
- Cette technique nécessite des personnes formées et entraînés (parents, professionnels,- porches.). Afin de réduire au d'augmenter le comportement cible. (Dominique, 2014, p170).

10 .3 La prise en charge médicamenteuse

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

- **les neuroleptiques** : utilisés pour les adultes et enfants porteurs d'autisme, les effets recherchés portent sur l'agressivité, l'agitation, les crises de colère, les stéréotypies, etc. Une prise de poids et un effet sédatif sont souvent rapportés.

- **les antidépresseurs "IRS"** : proposés pour traiter les stéréotypies et rituels gênants, les antidépresseurs peuvent aussi être prescrits pour le traitement de la dépression chez la personne porteuse d'autisme.

- **les stimulants** : ce traitement peut être efficace en cas d'instabilité psychomotrice ou de troubles attentionnels importants. L'efficacité semble plus importante chez les enfants présentant des formes particulières d'autisme (syndrome d'Asperger ou TED non spécifié). (Sanchez, 2011)

10.4 L'intervention précoce

L'intervention précoce va de pair un diagnostic précoce, ainsi, lorsque l'enfant atteint d'autisme est dépisté jeune (autour de 2ans), une intervention précoce peut être proposée, son fondement théorique repose sur le fait qu'entre 2et5ans, les phénomènes de plasticité cérébrale et de compensation adaptative sont des leviers important pour la récupération de cératines fonctions défailantes. (Gepner et Tardif, 2003).

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

Différentes études longitudinales effectuées auprès d'enfants ayant été pris en charge précocement et de manière suffisamment intensive, rapportent de tels

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

Le but de cette intervention précoce est de marquer le temps d'éveil de la journée et de l'enfant autiste par des activités stimulantes au niveau des interactions sociales et communicatives, notamment en travaillant sur le regard, l'imitation, pour cela on suscite « l'apprentissage incident » réalisé dans l'environnement naturel, qui fournit un cadre de travail favorable à la fois pour permettre la généralisation des acquis et le développement de l'initiative adoptée de l'enfant en réaction à son milieu familial. Parmi ces techniques d'enseignement, la stratégie des « routines » permet d'enseigner des compétences reliées naturellement les unes aux autres. Exemple : apprendre à descendre du bus et se rendre dans un lieu habituel. Une autre stratégie consiste à travailler sur les « comportements pivots », c'est des comportements qui ont des effets larges et de portée étendue dans divers secteurs du développement de l'enfant. Par ces stratégies, l'objectif est d'enseigner de façon naturelle la motivation à initier des actions et à réagir de façon appropriée aux nombreux stimuli sociaux et environnementaux, et à faciliter l'autorégulation du comportement de la personne. Donc l'intervention précoce ne peut être envisagée que si l'entourage familial et professionnel est prêt à s'engager

conjointement dans ce type de sollicitations à la fois régulières, répétées et soutenues, nécessitant beaucoup d'investissements. (Gepner et Tardif, 2003).

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

Synthèse

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

Chapitre III :
L'anxiété parentale

Préambule

L'anxiété est au cœur de notre vie humaine. Elle accompagne notre vision du monde, notre façon d'entrer en contact avec l'adversité, de savourer notre bonheur, d'interagir avec les autres : bref, rien de ce qui fait une vie humaine n'échappe au compagnonnage de l'anxiété, pour le meilleur et pour le pire.

Souvent ressentie comme désagréable, elle apparaît en réponse à un danger ou une situation potentiellement inquiétante. L'anxiété a des effets sur notre état physique et émotionnel et touche tous les aspects de notre vie. En général, elle joue un rôle important en ce qui concerne notre survie. Devant la perception d'une menace, notre organisme se met en état d'alerte. Il réagit notamment par un accroissement de la production d'adrénaline, du débit sanguin et du rythme cardiaque.

1. Aperçu historique du concept anxiété

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

Aussi, il semble que ce n'est pas qu'au XIX^e siècle que l'anxiété a pu être abordé plus spécifiquement, le philosophe Danois Kierkegaard, conçoit l'angoisse comme inhérente à la condition humaine, moteur de questionnement métaphysique. Depuis, certaines philosophes ont continué à réfléchir et à penser à l'angoisse en arrivant à des conceptions parfois différentes. La réflexion médicale et psychologique sur l'angoisse ne commence qu'à la fin du XIX^e siècle. De Costa(1871) individualise le « cœur irritable », qu'il considère comme une affection nerveuse, dans une optique purement médicale. Elle n'était en fait qu'un isolat des symptômes cardio-vasculaires de l'anxiété tels que nous étudierons plus loin De puis de Costa, de nombreux successeurs ont continué à distinguer de façon

plus ou moins radicale des tableaux, purement somatique dont nous savons pourtant les réelles interactions avec le fonctionnement psychique.

Quelques années après de Costa, Freud (1895) conférait à l'angoisse une place centrale dans le fonctionnement psychique humain. (Gury, 1993, p 37).

Ses théories sont complexes et sur certains points contradictoires. Les continuateurs de Freud se sont peu intéressés de manière spécifique à l'angoisse chez l'adulte, s'attachant d'avantage à en repérer la dimension structurante lors de développement de l'enfant. Ce n'est en effet que dans les années (1960), que la réflexion psychiatrique dans ce domaine s'est réactivée avec la découverte des tranquillisants de la classe de benzodiazépines, les premières publications sur les attaques de paniques et les controverses qui en sont nées.

Les années (1970) ont été essentiellement marquées par la découverte de l'existence de récepteurs cérébraux aux benzodiazépines (1977).

Enfin la parution de DSM III provoque depuis une dizaine d'année une intense réflexion sur les troubles anxieux. Ces derniers paraissent en effet des terrains de confrontation importants, ou la question de la validité de la référence analytique et particulièrement posée. (Gury, 1993, p 38).

2. Définitions de l'anxiété

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

Elle se présente sous la forme d'une expérience déplaisante se manifeste aux niveaux physiologique, comportementale, cognitif et émotif. Elle peut avoir une fonction adaptative, au sens où elle permet à l'individu de fuir un danger ou d'améliorer une performance. (Lapierre, 2011, p 3)

L'anxiété état affectif caractérisé par un sentiment d'insécurité, de trouble diffus. Souvent employée comme synonyme d'angoisse, l'anxiété s'en différencie par l'absence de modifications psychologiques (sensation d'étouffement, sueurs, accélération du pouls...), qui ne manquent jamais dans l'angoisse. (Sillamy.N, 2003, p.25).

Dans le DSM IV, les troubles recouvrent aussi bien les états compulsifs ou névrose d'angoisse que les troubles phobiques, obsessionnel compulsif et les états de stress post traumatique. L'anxiété est souvent une peur sans objet, c'est une forme d'inquiétude permanente. (Ibid., p. 136).

Dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition (DSMIV, American Psychiatric Association, 1994), l'anxiété est définie comme une anticipation craintive d'un danger ou d'un malheur à venir accompagnée d'un sentiment de dysphorie ou de symptômes somatiques de tension.(Martin M, A. Rechard P, S, 1996, P.4).

3. Les différents concepts de l'anxiété

L'Angoisse

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

La Peur

Etat émotionnel spécifique, susceptible d'être soumis au conditionnement et de jouer un rôle motivateur. On appelle conditionnement de peur un conditionnement qui est supposé s'exercer sur un état interne, la peur, et non directement sur une réaction. (Grand dictionnaire de la psychologie, p57)

L'inquiétude

Troubles causé par la crainte, l'incertitude, la peur, et l'appréhension. L'inquiétude et l'anxiété ne se sépare qu'au plan de l'intensité, beaucoup plus fort dans l'anxiété, on devrait distinguer deux catégories d'inquiétude : l'une qui sait sa motivation, l'autre qui est l'inquiétude en général, dont les poètes et les philosophes ont fait une inspiration première et qui d'ailleurs puis souvent dans un font d'anxiété personnelle. (Légal a, 1955, p, 4)

La Dépression

Malade mentale caractérisé par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur.

S'accompagnât parfois d'anxiété, la dépression entretien chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérant et par fois l'entraîne à des ruminations su délirantes â thème de culpabilité, d'indignité, d'autodépréciation, pouvant le conduit à envisager le suicide et parfois â la réaliser. (Le grand dictionnaire en psychologie, p.256)

4. Les types d'anxiété

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

L'anxiété état

Se rapport à une anxiété passagère liée à une situation limitée dans le temps. Il est associé à une réponse physiologique secondaire à l'activation du système nerveux autonome. L'intensité et la durée de l'anxiété situationnelle varient en fonction de l'interprétation de l'événement. Ce modèle peut être répétitif si les situations se reproduisent dans le temps.

L'anxiété-trait

Selon Spielberg, l'anxiété-trait se réfère à des différences individuelles stables dans la prédisposition à percevoir plusieurs situations comme dangereuses ou menaçantes et à répondre à ces situations avec une augmentation de l'anxiété-état.

L'anxiété laisse présager des différences dans la fréquence et l'intensité avec laquelle s'est manifesté dans le passé et représente un indicateur potentiel des manifestations- état à venir. (Pupaza, 2010, p 24)

5. L'Anxiété normale et pathologique

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

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

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

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

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

6. les niveaux d'anxiété

6-1- Faible

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

6-2- Modéré

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

6-3- Sévère

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

6-4- La Panique :

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

7. Les troubles anxieux

Les troubles anxieux constituent un groupe d'atteinte très communes. Ils peuvent être graves, mais tout à fait traitables. Ils affectent le comportement, les pensées, les sentiments et la perception physique. Ils comptent un grand nombre d'état en apparence très différents, qui comportent tous l'anxiété comme symptôme sous-jacent principal. Les symptômes de l'anxiété vont d'une simple inquiétude à des épisodes de terreur handicapante. Pour le DSMIV (Américain psychiatric association 1996), le concept de troubles anxieux regroupe plusieurs entités distinctes. (J.Palazzolo, 2027, p 63).

7.1. La classification donnée par le DSM IV

- Une attaque de panique : est une période bien délimitée marquer par l'occurrence soudaine d'une appréhension intense, d'une peur ou d'une terreur souvent associée à des sensations de catastrophe imminente. Durant ces attaques de paniques sont présents des symptômes tels que des sensations de « souffle coupé », des palpitations, des douleurs ou un gêne thoracique, des sensations d'étranglement ou des impressions ou des impressions d'étouffement et la peur de devenir « fou » ou de perde le contrôle de soi.
- L'agoraphobie : est une anxiété liée a, ou un événement d'endroits ou de situations, d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels aucun secours se serait disponible en cas d'attaque de panique ou de symptômes à type de panique.
- Le trouble panique sans agoraphobie : est caractérisé par des attaques de panique récurrente et inattendue à propos desquelles il existe une inquiétude à type de panique.
- Le trouble de panique avec l'agoraphobie : est caractérisé à la fois par des attaques de panique récurrents et par une agoraphobie.

- L'agoraphobie sans antécédent de trouble de panique : est caractérisée par la présence d'une agoraphobie et de symptômes de type de panique sans antécédent d'attaque inattendue.
- La phobie spécifique : est caractérisée par une anxiété cliniquement significative, provoquée par l'exposition à un objet ou une situation spécifique redoutée, conduisant souvent à un comportement d'évitement.
- La phobie sociale : est caractérisée par une anxiété cliniquement significative provoquée par l'exposition à un certain type de situations sociales ou de situations de performance, conduisant souvent à un comportement d'évitements.
- Trouble obsessionnel compulsive : est caractérisée par des obsessions (entraînant une anxiété ou une souffrance marquée et /ou par des compulsions qui servent à neutraliser l'anxiété).
- L'état de stress post traumatique : est caractérisée par la reviviscence d'un événement extrêmement traumatique, accompagnée de symptômes d'activation neurovégétative et par l'évitement des stimuli associés au traumatisme.
- L'état de stress aigu : est caractérisée par des symptômes similaires à ceux de l'état de stress post traumatique qui surviennent immédiatement dans les suites d'un événement extrêmement traumatique.
- L'anxiété généralisée (trouble) : est caractérisée par une période d'au moins six mois d'anxiété et de soucis persistants et excessifs.
- Les troubles anxieux due à une affection médicale générale : est caractérisée par des symptômes anxieux au premier plan qui sont considérés comme la conséquence physiologique directe l'une affection médicale générale).
- Les Troubles anxieux induit par une substance : est caractérisée par des symptômes anxieux au premier plan qui sont considérés comme la conséquence

physiologique directe de l'exposition à une substance donnant lieu à abus un médicament ou une substance toxique.

• Les Troubles anxieux non spécifier : permet de coter des troubles avec anxiété ou évitement phobique prononcés qui ne remplissent les critères d'aucuns des troubles anxieux. (Américain psychiatric association, 1995, p 493-494).

8. La symptomatologie anxieuse

Comme tout affect, l'anxiété s'exprime dans deux registres : psycho-comportementale et somatique.

Le registre psycho-comportementale

A moins qu'elle ne soit d'intensité vraiment mineure, l'anxiété est une émotion désagréable qui se traduit par une sensation subjective de malaise, de tension interne, les pensées de l'anxieux sont généralement orientées vers l'avenir. Il craint facilement pour lui-même ou pour ses proches.

L'activité cognitive et intellectuelle est consacrée à forger des scénarios catastrophiques dont les thèmes sont des échecs (professionnelle ou affectifs) Ainsi par les mimiques et le comportement, l'anxiété s'exprime et se montre facilement ressentie par les membres de l'entourage. Un certain degré de contagion anxieuse existe habituellement, susceptible d'aboutir dans certains cas à un certain rejet du patient par son entourage. (Besançon, 1993, P.39).

Les Manifestations somatiques

- Cardio-vasculaire : tachycardie, palpitations, douleurs dans la poitrine, battements des vaisseaux, sensations syncopales, extrasystoles.
- Sur le plan respiratoire : les signes vont d'une discrète oppression des sensations plus intense d'étouffement « souffle coupé ».

- Dans la sphère digestive : sensation de « boule dans la gorge » (qui gêne l'alimentation), nausées, ballonnements abdominaux, diarrhée motrice ;
- Au niveau génito-urinaire : pollakiurie, difficultés sexuelles (impuissance ou éjaculation précoce chez l'homme ; frigidité, dyspareunie chez la femme ;
- Sur le plan neuromusculaire : tension musculaire quelque fois douloureuses (notamment céphalées postérieures dite de « tension » tremblement, sursauts, paresthésie, bourdonnements d'oreilles, phosphènes) ;
- Sur le plan vaso-moteur : hypersudation parfois profuse, pâleur
Bouffées motrice.

La présence de signes somatiques est constante lors des états anxieux. Ils sont même souvent au premier plan dans la plainte du patient, ce qui l'amène à consulter, plus souvent qu'un psychiatre, son médecin généraliste, le médecin de l'urgence ou un cardiologue. (Besançon, 1993, P.39).

L'anxiété peut aider à faire face à une situation inquiétante, lorsqu'elle devient une force qui permet d'étudier plus intensément pour un examen ou d'accroître la performance sportive. L'anxiété modérée n'est pas nuisible et il est rare qu'elle dure très longtemps.

9. Les modèles théoriques de l'anxiété

Théorie cognitivo- comportementale

L'anxiété est considérée comme secondaire à l'inhibition autre le vécu subjectif désagréable, elle comprend une véritable hyperactivité psychique à favorisé la recherche de plan d'action. Les perceptions anxiogènes étant favorises concourent à l'appréciation exclusive d'un danger imminent ou incontrôlable.

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

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

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

La Théorie psychanalytique

Freud à élaborer successivement deux théories de l'angoisse :

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

Dans la théorie de l'angoisse (1926) Freud renverse sa conception concernant la production des symptômes anxieux, en situant l'angoisse à la base du mécanisme

de refoulement, et non comme une conséquence de celui-ci. (Currat et Despland, 2004. P.82)

9. 3. La théorie biologique

L'anxiété selon cette théorie désigne le dérèglement du système d'adaptation métabolique et respiratoire avec hypersensibilité à des modifications de CO_2 et du PH sanguins (conséquence de l'hyperventilation) et un dysfonctionnement noradrénergique avec hypersensibilité aux stimuli.

Les structures anatomiques en jeu dans l'anxiété concerneraient essentiellement le diencephale, le système limbique et septohippocampique avec l'amygdale. L'utilisation des médicaments dans l'anxiété repose aussi sur des hypothèses biologiques, et sur les expérimentations d'autres systèmes représentés par le jeu des monoamines cérébrales, notamment de la sérotonine et de la noradrénaline. A cela, on peut ajouter la théorie périphérique des émotions, c'est-à-dire une excitabilité nerveuse périphérique accrue, notamment du système nerveux sympathique. Des théories génétiques sont également à évoquer. (Naour R, 2007, p.777)

10. La prise en charge de l'anxiété

10 .1. La Prise en charge non médicamenteuse

Trois méthodes peuvent être proposées :

- ✓ **La relaxation** : elle s'acquiert par la pratique régulière et l'utilisation adéquate de l'une des nombreux musculaires progressive. Le but est d'apprendre au sujet à déclencher volontairement une réponse physiologique spécifique qui neutralise les effets indésirables de l'anxiété :

- Le training autogène, caractérise par :

- Une détente musculaire

- Une dilatation des vaisseaux sanguine des extrémités des membres
- Une détente abdominale
- Une fraîcheur ressentie au niveau du front. (Palazola 2007, P 61)
- La relaxation musculaire progressive : il est indiqué par le sujet ayant des difficultés à s'abandonner passivement à la technique précédente progressivement le sujet apprend à obtenir une détente des muscles en ayant de moins en moins à la phrase initiale de contraction
- Les autres méthodes : telles que la relaxation psychologique, la relaxation psycho dynamique, hypnose, ils sont très complexes, sont peu utilisées, et ils sont orienté vers d'autres buts. (Palazola P. 68).
- ✓ **Les techniques cognitives** : se sont développées à partir de la constatations simple que la manière dont l'individu perçoit le facteur anxiogène détermine en grande partie sa réaction. La réaction de modèle psychologique de l'anxiété, ne survient seulement si le sujet à évaluer la situation comme angoissante, cette évaluation se fait en deux temps ; une évaluation primaire ; et une évaluation secondaire, cette évaluation est sous la dépendance de nombreux facteurs liés aussi bien à l'individu qu'a la situation, ainsi il existe de nombreuses stratégies avisée cognitive destinées à modifier tous les processus cognitifs inadaptés qui peuvent se manifester aux divers stades de l'évaluation et donc, conduire à la réponse anxieuse, et dans le déroulement du processus thérapeutique.

Un certain nombre de caractéristique ont en commun : le sujet prend conscience ses pensées automatiques de ses interprétations, ensuite il apprend à faire la différence entre celles reposant sur des bases objectives, subjectives. L'étape suivante consiste pour le sujet à adopter et à pratiquer des réponses

comportementales et cognitives nouvelle pour affronter les facteurs anxiogènes.

(Palazola 2007, P, 69_70)

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

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

La prise en charge médicamenteuse

- ✓ **Les benzodiazépines** : sont un groupe de médicaments fréquemment utilisés dans le traitement des troubles anxieux ces médicaments jouent en quelque sorte un rôle facilitateur pour l'action d'inhibition, leur effet indésirable principal est somnolence. (Ibid. P. 71)
- ✓ **Lhydroxyzine (Atarax)** : indiqué dans le traitement de l'anxiété utilisés en prémédication sédatrice (anesthésie, examens para cliniques, anxiogènes), Il est également prescrit en allergologie dans le traitement des rhinites spasmodiques, de l'urticaire ou de la conjonctivite. (Palazola, 2007, P. 73)
- ✓ **La buspirone (buspar)** : indiqué dans le traitement de l'anxiété généralisée, elle ne provoque pas d'accoutumance, et le traitement peut être interrompu sans provoquer de symptômes de sevrage, ces médicaments sont généralement bien tolérés.

- ✓ **Létifoxine (stresam)** : indiqué dans les manifestations somatiques de l'anxiété, principalement pour tout ce qui concerne la sphère cardiovasculaire, elle n'entraîne pas de dépendance, ni d'accoutumance, ni d'effet rebond. (Ibid. P. 73)
- ✓ **Les carbamates (Equanil)** : ils sont à la fois anxiolytiques, sédatifs et myorelaxantes.
- ✓ **Les antidépresseurs tricycliques** : certains sont efficaces dans les traitements des attaques de panique, ont besoins généralement de deux ou trois semaines pour faire leur effet, malheureusement, il comprend de nombreuses effets secondaires. (Palazola 2007 P. 74)
- ✓ **Les bêtabloquants** : sont utilisés pour réduire certains symptômes physiques de l'anxiété comme la tachycardie, transpirations et les tremblements et pour contrôler l'anxiété dans les situations de stress social, elles réduisent la tension artérielle et ralentissent les pulsations cardiaques.
- ✓ **Les Autres médicaments** : tel que les antipsychiatriques ou les autres neuroleptiques sédatifs (à faible dose) sont utilisés dans le traitement de l'anxiété sévère. (ibid, p. 74)

11. L'anxiété parentale

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

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

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

11. 1. L'annonce de diagnostic d'autisme aux parents

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

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

Synthèse

A travers ce chapitre, on peut dire que l'anxiété est une partie intégrante dans notre vie, est un mélange d'inquiétude et de malaise que tout le monde ressent de temps en temps. Elle affecte aussi bien le côté psychique et de côté somatique.

Le traitement peut être à la fois médicamenteux et non médicamenteux « psychothérapeutique ».

Partie pratique

Chapitre IV :
La méthodologie de la
recherche

Préambule

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

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

1 - La pré-enquête

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

On s'est dirigé vers « **Association Espérance** » au sein de la wilaya de Bejaia pour avoir l'accord de la présidente afin de réaliser notre stage pratique, qui s'est déroulé durant une période d'un mois et demi (45 jours) s'étalant du 08/02/2023 au 23/03/2023.

Premièrement, On s'est présentées au président(e) de l'association comme étant des étudiantes stagiaires en psychologie clinique à l'université Abderrahmane Mira de Bejaïa en vue de réaliser une recherche de formation et préparer le mémoire de fin de cycle.

Après avoir eu l'accord de la présidente de l'association pour effectuer notre stage, on a eu contacte avec l'ensemble des psychologues cliniciennes et éducatrices, et l'orthophoniste qui ont été très compréhensifs, qui nous a aidé

à avoir le premier contact avec les enfants autistes et leurs parents, de se familiariser avec eux pour bien effectuer notre recherche.

2- La présentation du lieu de la recherche

Notre recherche s'est effectuée au niveau d'une association pour enfants autiste " ESPERANCE " dont le siège est situé à Arafou Rue hibouche à Akbou. Est une association qui a été créé en Décembre 2016. Une association qui prend en charge des enfants autistes de différentes régions de la Wilaya Bejaïa, avec des âges variés dont certains d'entre eux sont scolarisés, ainsi que l'orientation des parents.

Ce lieu comporte trois étages dont le premier est destiner aux enfants et aux adolescents autistes scolarisés, il est composé de trois chambres, deux pour travailler avec les autistes scolarisé d'un degré léger, l'autre chambre reposante et une cuisine. Et le deuxième étage est destiné au bureau des psychologues et orthophoniste pour accueillir les parents et une salle de réunion. Le troisième étage est composée de trois chambre, une chambre pour les jeux, la deuxième pour la stimulation et la dernière une chambre reposante, plus un grand jardin.

L'association « **ESPERANCE d'AKBOU** » est constituée de deux psychologues, une assistante et trois éducatrices et une orthophoniste. Les psychologues sont chargées d'accompagner les enfants autistes en appliquant plusieurs activités d'enseignement spécifiques. Le rôle des éducatrices c'est le travail en complémentarité avec les psychologues, elles assurent des activités manuelles (coloriage, écriture, dessins). L'orthophoniste aide les enfants à l'amélioration sur le plan langagier.

3 - la méthode utilisée

La méthode clinique :

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

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

La méthode clinique utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'observation pour développer l'étude de cas unique. (Ibid.)

4. les outils d'investigation

Dans notre recherche on s'est basé sur deux techniques de recherche, l'entretien clinique et l'échelle de BECK.

L'entretien clinique

Entretien est synonyme de conversation, discussion ou dialogue, ce terme implique dans deux démentions essentielles : interaction et discursive. L'entretien s'appelle aussi interview, alors l'interview dans le langage courant révèle souvent

un aspect journalistique et spectaculaire, l'entretien de recherche conserve un caractère sérieux et approfondie (Chiland C., 1983, p. 118).

L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en science sociales, il consiste 'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet dans le sens, évidemment, où l'on postule un lien entre le discours et le substrat psychique. (Chahraoui et Bénony, 1999, Pp 11.12).

L'entretien clinique est comprend trois types qui sont : L'entretien directif, l'entretien non directif (l'entretien libre) et l'entretien semi directif, c'est ce dernier et le type pour lequel on a opté dans notre recherche.

L'entretien semi-directif :

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener une investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple. De même, dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. (Chahraoui et Bénony, 1999. P 16)

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

Le guide d'entretien :

Dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance. Celle-ci sera nécessairement préparée, et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive. (Chahraoui et Bénony, 1999. P 68)

Nous avons construit un guide d'entretien qui comporte quatre axes, et chaque axe comporte un ensemble de questions qui répond à nos hypothèses :

- **Premier axe** : la présentation de l'enfant
- **Deuxième axe** le vécu de l'annonce de l'autisme de l'enfant aux parents.
- **Troisième axe** : l'anxiété des parents vis-à-vis leurs enfants autistes
- **Quatrième axe** : Les relations avec la famille, l'entourage

L'échelle de Beck

Beck depression inventory (BDI) a été initialement publié en 1961 dans sa forme à 21 items. Une forme abrégée à 13 items a été traduite et validée en français. Le questionnaire est centré sur les cognitions dépressives. Chaque item est représenté par une série de 4 affirmations, le sujet doit choisir la formulation qui correspond le mieux à son état du moment. (Rouillon, 2004, P 11).

Mode de passation :

Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation. Il est demandé au sujet de remplir le questionnaire en entourant le numéro qui correspond à la proposition choisie. Il peut entourer, dans une série, plusieurs numéros si plusieurs propositions lui conviennent.

Application :

Il s'agit d'une mesure des cognitions dépressives. Cette échelle est destinée à évaluer les aspects subjectifs de la dépression. Elle complète l'échelle de dépression de Hamilton ou la MADRS qui sont principalement des échelles

d'évaluation des composantes somatiques de la dépression. Il est recommandé de respecter un intervalle de temps d'au moins huit jours entre deux passations de cet inventaire.

La cotation :

Chaque item est constitué de phrases correspondant à degrés d'intensité croissante d'un symptôme : de 0 à 3. Dans le dépouillement, il faut tenir compte Chapitre III Méthodologie de Recherche 43 de la cote la plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les scores des 13 items. L'étendue de l'échelle va de 0 à 39. Plus la note est élevée plus le sujet est déprimé.

Intérêt limite :

Il permet d'alerter le clinicien qui utilise les différents seuils de gravité retenus par Beck et Beamesderfer :

- a. 0-4 : pas de dépression ;
- b. 4-7 : dépression légère ;
- c. 8-15 : dépression modérée ;
- d. 16 et plus : dépression sévère.

5. Le groupe d'étude

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

Les critères de sélections :

- Tous les cas sont des parents à des enfants autistiques.
- Les parents qui ont des enfants autistes avec un degré sévère.

6. Tableau représentant les caractéristiques de la population d'étude

	Prénom des cas	sexe	âge	Situation matrimoniale	Niveau D'instruction	Profession
Cas N° 1	Nabila	Féminin	40 ans	Marie	Bac+3	Enseignante Primaire
	Hocine	Masculin	45 ans		Bac+5	Comptable
Cas N° 2	Rahima	Féminin	25 ans	Marie	Secondaire	Femme de ménage
	Kamel	Masculin	30 ans		Secondaire	Electricien
Cas N° 3	Sarah	Féminin	37 ans	Marie	Primaire	Femme au foyer
	Hamza	Masculin	35 ans		Bac + 2	Commerçant
Cas N° 4	Taklith	Féminin	40 ans	Marie	Secondaire	Femme au foyer
	Amer	Masculin	42 ans		Primaire	Chauffeur
Cas N° 5	Dalila	Féminin	39 ans	Marie	Secondaire	Femme au foyer
	Mahmoud	Masculin	45 ans		Bac+ 5	Pharmacien

7. Le déroulement de la pratique

Notre pratique s'est déroulée comme suit :

Premièrement on a rencontré les psychologues et les orthophonistes et toute l'équipe de l'association ESPERCANCE d'Akbou. Et nous avons pris connaissance des différentes salles et l'activité de chacune d'elles ; comme la salle de réunion et la salle de jeux pour les enfants etc...

Après avoir discuté notre thème de recherche avec le psychologue, il nous a présenté quelque cas qui répond aux objectifs de notre recherche

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

L'entretien et la passation de L'échelle de Beck c'est déroulé au deuxième étage dans la salle de réunion.

Pour le déroulement des séances pour les quatre cas, une séance avec une durée de 40 minutes, et le cinquième cas deux séances chacune pour 20 minutes.

Durant l'entretien et le teste, les parents ont été ensemble sauf le cinquième cas et celui qui a pris deux séance.

Y' a des cas au début ils ont refusé de nous parler mais après ils ont été compréhensif avec nous.

Synthèse

La méthodologie est l'épine dorsale de chaque travail scientifique, et permet un bon usage des techniques d'investigation choisies Tout travail de recherche demande de suivre une méthode et quelque règles et technique de recherche qui sont des étapes très importante pour une meilleure organisation du travail de recherche.

Chapitre V :

La Présentation, l'analyse et la Discussion des résultats

Préambule

Nous tenons dans ce chapitre de faire une présentation et analyse des données de notre stage. On va faire une présentation de cinq cas, pour lesquelles on a fait passer le guide de l'entretien et l'inventaire de dépression de Beck.

1. Présentation et analyses des cas

La présentation du 1^{er} cas : Des parents de l'enfant autiste Raouf (N/H)

Nabila est une jeune femme âgée de 40 ans, d'un niveau d'instruction Bac+3, enseignante primaire. Hocine un jeune homme âgé 45 ans, c'est un comptable. Ils ont 2 enfants un garçon autiste âgé de 7 ans et une fille âgée de 4 ans.

1. La présentation des résultats du 1^{er} cas (N /H)

Durant l'entretien qu'on a eu avec les parents de (Raouf), la maman était compréhensive, et le père un peu gêné. Pourtant au début, ils n'ont pas acceptées de nous voir, parce qu'ils sont vraiment touchés par le trouble de leur enfant. La directrice de l'association à essayer de parler avec eux, elle a réussi de leur convaincre que c'est juste des informations à prendre pour un mémoire de fin de cycle, après ils ont accepté de répondre à nos questions.

Raouf est un garçon de 7 ans, c'était leur premier fils, souffrant d'autisme sévère. Il a intégré cette association depuis 2ans. Il n'est pas scolarisé, il joue avec agressivité avec sa sœur, Raouf frappe souvent sa petite sœur il préfère jouer tout seul, La maman déclare qu'elle a eu un accouchement normal.

Les parents nous affirment qu'ils ont remarqué certains comportements qui leur a fait penser que leur fils n'est pas normale <<oyhder ara même le jour ni idiloul oyetr ara, aussi ami iges3a g le3mris 2 et 6 mois asnhder orifhm ara ury sin ara adyrepondi , le3cha ma ayites iswsakh imanis>> veut dire que son fils il parle pas et même le jour de sa naissance il n'as pas pleurer et il a un retard de langage et d'acquisition de la propriété. Le père nous affirme qu'au premier temps on a

pensée de consulté un médecin, après il nous à orienter vers un pédopsychiatre, qui nous a informé qu'il souffrait d'épilepsie mais, ce que j'ai remarquée qu'il n'a jamais eu de crise épileptique et après plusieurs examen médicaux le pédopsychiatre a confirmé que notre fils souffrait d'autisme. La maman dit <<Yes3a g le3mris 2 ans ami idyena pédopsychiatre quand quoi Raouf yehlek>>veut dire que son fils il a été diagnostiqué à l'âge de 2 ans. l'annonce de pathologie de Raouf été vraiment un événement traumatique, la maman dit :<< c'est vraiment dure d'accepté ça, c'était un moment très difficile d'ailleurs, surtout pour moi est une blessure narcissique >>, Hocine dit :<< lorsque je pense à l'état de mon fils je souffre et j'ai stressé beaucoup, et je suis devenu très nerveux (alah ghalab) ce n'est pas facile de vivre avec un enfant présentant ce trouble pour moi c'est un obstacle entre ma vie privée et professionnelle, des fois ça me désorganise vraiment en point que tu n'imagines pas >>.

Le couple est vraiment triste et iniquité, la maman dit« on est en bonne santé mais des fois je passe des nuits blanches à pleurer et penser à la situation de notre fils et son avenir », par rapport à la relation du couple les parents disent :<< notre mariage c'est par amour et y'a aucun trouble sexuelles ».

Et Par rapport au regarde de l'entourage, ils sont vraiment touchés par le trouble de leurs fils, les parents disent « le regarde de l'entourage touche beaucoup surtout quand il vient des gens les plus proche, un regard d'une aire bizarre et avec moquerie ».Concernent son comportement aux seins de la famille les parents annoncent : «Raouf il n'est pas ouvert avec tous les gens des foisons ne sort pas à cause de lui parce -qu'on est souvent mal à l'aise ».

2 - Tableau des résultats de l'échelle de Beck de " N/H " :

N	Item	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	Score	Type de l'anxiété
	Cotation	3	2	0	3	1	2	0	3	2	1	3	0	2	22	Sévère
H	Item	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	Score	Type d'anxiété
	Cotation	1	0	1	1	2	1	0	1	1	2	1	1	2	14	modéré

3 – Analyse de l'échelle de Beck de " Nabila " :

L'anxiété chez la maman est sévère d'un score de 22 sur l'échelle de Beck.

L'échelle de Beck confirme que Nabila souffre d'une tristesse car dans l'**item A**, elle a marqué le degré 3 « je suis si triste et si malheureux, que je ne peux pas le supporter ». Elle a un sentiment de désespoir pour ce qui concerne le sujet de son avenir, l'**item B**, elle a marqué le degré 2 « pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer ».

L'absence de sentiment d'échec dans la vie de Nabila. L'**item C**, L'échelle de Beck, le degré 0 « je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie ».

Elle n'est pas heureuse dans sa vie, **l'item D**, elle à coté 3 « je me suis mécontent de tout ».

Elle a aussi manifesté le sentiment d'une personne mauvaise et indigne, **l'item E** elle à coté le degré 1 «Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps», elle est dégoûtée d'elle-même L'échelle de Beck, **l'item F** elle a marqué le degré 2 «Je me dégoûte moi-même»,

L'absence de l'idée de mort dans la vie de Nabila. L'échelle de Beck, **item G** le degré 0 « je ne pense pas à me faire du mal ».

Aujourd'hui elle ne donne pas l'importance aux autres et elle a perdu l'intérêt envers les gens **l'item H** elle a marqué le degré 3 «J'ai perdu tout l'intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement».

Elle est devenue irresponsable dans sa vie L'échelle de Beck, **l'item I** elle a marqué le degré 2 «J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions ».

L'apparence physique à une grande importance aux yeux de Nabila elle a peur de perdre sa beauté, **l'item J**, elle a marqué le degré 1 «j'ai peur de paraître vieille ou disgracieux ».

La force et la volonté de Nabila sont vraiment épuisées et négatif, Echelle de Beck, **l'item K**, elle a marqué le degré 3 «Je suis incapable de faire le moindre travail ».

Elle ne sent pas fatiguée plus que d'habitude. L'échelle de Beck, **item L**, le degré 0 « je ne suis pas plus fatigué que d'habitude ».

À propos de son appétit elle est vraiment diminuée **l'item M**, elle a marqué le degré 2 « Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant».

4 - Analyse de l'échelle de Beck de " Hocine " :

L'anxiété chez le père est modéré d'un score 14 sur l'échelle de Beck.

Le sentiment de tristesse est très présent chez Hocine, Ce qui est confirmé dans l'échelle de Beck. **Item A**, le degré 1 « je me sens cafardeux ou triste ».

Il n'arrive pas à gérer les situations qui ont passé convenablement. L'échelle de Beck. **Item D**, le degré 1 « je ne sais pas profiter agréablement des circonstances ».

Hocine à manifester un sentiment de culpabilité. L'échelle de Beck, **item E**, le degré 2 « je me sens coupable ».

Il est vraiment dégoûté de lui-même, il ne sait pas quoi faire, L'échelle de Beck, **item F**, le degré 2 « je me dégoûte moi-même ».

Aujourd'hui les gens moins valorisés pour lui, car ils ont aucune importance dans sa vie L'échelle de Beck, **item H**, le degré 1 « maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'auparavant ».

Il évite tous chose, qui a relation avec le fait de prendre décision, L'échelle de Beck, **item I**, le degré 1 « j'essaie de ne pas avoir à prendre de décision ».

Il fait attention à son apparence physique, L'échelle de Beck, **item J**, le degré 2 « j'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux ».

Hocine a besoin d'un grand effort pour faire ce qu'il veut, L'échelle de Beck, **item K**, le degré 1 « il me faut un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose ».

Il est devenu fragile car il se fatigue plus qu'avant, L'échelle de Beck, **item L**, le degré 1 « je suis fatigué plus facilement que d'habitude ».

La perte d'appétit est présente chez Hocine. L'échelle de Beck, **item M**, le degré 2 « mon appétit est beaucoup moins bon maintenant ».

Pour ce qui concerne **les items B, C, G** on a marqué un degré de 0 ou il y a une absence des sentiments de découragement, d'échec, et des idées suicidaires. L'échelle de Beck, « je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir ». « Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie ». « Je ne pense pas à me faire du mal ».

5 – Synthèse du cas N° 01 : (N / H)

D'après les dires des parents de Raouf (autiste) lors de l'entretien on a remarqué que les deux parents expriment des signes de l'anxiété accompagné par une fatigue et une tristesse à cause de la pathologie de leur fils.

D'après l'analyse de l'échelle de Beck que Nabila souffre d'une anxiété sévère et un score de 22 à cause de son enfant autiste.

On a trouvé que Hocine souffre d'une anxiété de type modéré et un score de 14 à cause de son fils (Raouf).

La présentation du 2^{ème} cas : Des parents de l'enfant autiste « Adel » (R/K)

Rahima est une jeune femme âgée de 25 ans, d'un niveau secondaire, femme au foyer. Kamel un jeune homme âgé de 30 ans, c'est un Electricien. Ils ont un garçon autiste âgé de 5 ans.

1.2.1 La présentation des résultats de 2^{ème} cas (R /K)

Durant l'entretien qu'on a eu avec les parents de (Adel), la maman un peu gênée, et le père était compréhensive. Pourtant au début, ils n'ont pas acceptées de nous voir, parce qu'ils sont vraiment touché par le trouble de leur enfant. La directrice de l'association à essayer de parler avec eux, elle à réussi de leur convaincre que c'est juste des informations à prendre pour un mémoire de fin de cycle, après ils ont accepté de répondre à nos questions.

Adel est un garçon de 5 ans, c'était le fils unique, souffrant d'autisme sévère. Il a intégré cette association depuis 3 ans. Il n'est pas scolarisé, La maman déclare qu'elle a eu un accouchement normal.

Les parents nous affirment qu'ils ont remarqué certains comportement qui leur a fait penser que leur fils n'est pas normale <<oyetghamay ara tranquille, ami iges3a g le3mris 2 ans et 5 mois asngnar odiyitar ara awal oditehsis ara>> veut dire que son fils il bouge trop et Après l'âge de 2 ans et 5 mois, Il n'arrive pas à répondre et il n'écoute pas. Le père nous affirme quelle pédopsychiatre a confirmé que notre fils souffrait d'autisme sévère. La maman dit <<Yes3a g le3mris 3 ans ami idyena pédopsychiatre quand quoi Adel yehlek>> veut dire que son fils il a été diagnostiqué à l'âge de 3 ans. L'annonce de la pathologie de Adel été vraiment un événement traumatique ils ont dans un état de frustration, la maman dit :<<yo3er mlih mlih ad qeblegh anchtayi ça me décourage ma ad mekthigh se3igh aqçic yehlek tekhmimagh amek ara asethdherou arzath mais dayen igellan 3eyigh g metawen>>, veut dire que c'est très difficile d'accepter le trouble de son fils, et elle se décourage quand elle souvient qu'elle a un enfants autiste et toujours elle pense à son avenir mais C'est le destin et elle est fatigue de pleurer à chaque fois, et Kamel dit : << Le trouble de Adel a paniqué notre vie et tout notre temps et nos pensées, notre vie elle est changée d'après la découverte de la pathologie de notre fils à ce moment la >>.

Le couple est vraiment triste et iniquité et dans un état de dépression, la maman dit :<<Gasmi i3lmegh yehlek tefghed lehlak woul Même ites oganeghara>>, veut dire que elle est devenue malade depuis l'annonce de la maladie de Adel et elle à des difficultés d'endormissement ,les parents présentent une fatigue sur le niveau de moral et le manque de sommeil, par rapport à la relation du couple les parents disent : << notre mariage c'est par amour et y'a aucun trouble sexuelles>>.

Et Par rapport au regarde de l'entourage les parents disent« le regarde de l'entourage touche beaucoup avec un regard d'un aire bizarre ».Concernent son

Chapitre V : La présentation, l'analyse et la discussion des résultats

comportement aux seins de la famille les parents annoncent <<Adel n'est pas sociable et il n'est pas ouvert avec tous les gens des foisons sort pas à cause de lui parce –qu'on est souvent pas bien >>

Tableau des résultats de l'échelle de Beck de ' R/K ' :

R	Item	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	Score	Type de l'anxiété
	Cotation	2	3	1	2	1	1	0	2	3	0	3	0	2	20	Sévère
K	Item	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	Score	Type d'anxiété
	Cotation	2	2	0	0	2	2	1	1	2	1	3	1	2	19	Sévère

Analyse de l'échelle de Beck de ' Rahima ' :

L'anxiété chez la mère est sévère d'un score de 20 sur l'échelle de Beck.

L'échelle de Beck confirme que Rahima souffre d'une tristesse, elle n'arrive pas à sortir de cette situation car dans l'**item A**, elle a marqué le degré 2 « je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas en sortir ».Elle a un sentiment de désespoir pour ce qui concerne le sujet de son avenir, l'**item B**, elle

a marqué le degré 3 «Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer ».

Elle a un sentiment d'échec dans la vie de Rahima. **L'item C**, L'échelle de Beck, le degré 1 «j'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens ».

Elle n'est pas du tout heureuse dans sa vie, **l'item D**. elle à coté 2 « je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit ».

Elle a aussi manifesté le sentiment d'une personne mauvaise et indigne, **l'item E** elle à coté le degré 1 «Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps», elle est déçue d'elle-même L'échelle de Beck, **l'item F** elle a marqué le degré 1 «Je suis déçu par moi-même»,

L'absence de l'idée de mort dans la vie de Rahima. L'échelle de Beck, **item G** le degré 0 « je ne pense pas à me faire du mal ».

Elle a perdu l'intérêt et les sentiments envers les gens **l'item H** elle a marqué le degré 2 «J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux gens et j'ai peu de sentiments pour eux »

Elle est devenue irresponsable dans ces décisions L'échelle de Beck, **l'item I** elle a marqué le degré 3 «Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision».

Elle fait pas attention à son apparence physique, L'échelle de Beck, **item J**, le degré 0 «Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant ».

La force et la volonté de Rahima sont vraiment épuisées et négatif, Echelle de Beck, **l'item K**, elle a marqué le degré 3 «Je suis incapable de faire le moindre travail ».

Elle ne sent pas fatiguée plus que d'habitude. L'échelle de Beck, **item L**, le degré 0 « je ne suis pas plus fatigué que d'habitude ».

À propos de son appétit elle est vraiment diminuée **l'item M**, elle a marqué le degré 2 « Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant ».

Analyse de l'échelle de Beck de " kamel " :

L'anxiété chez Kamel est sévère d'un score 19 sur l'échelle de Beck.

L'échelle de Beck confirme que Kamel souffre d'une tristesse, il n'arrive pas à sortir de cette situation car dans **l'item A**, il a marqué le degré 2 « je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas en sortir ». Il a un sentiment de désespoir pour ce qui concerne le sujet de son avenir L'échelle de Beck. **Item B**, le degré 2 « Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer ».

L'absence de sentiment d'échec dans la vie de kamel. **L'item C**, L'échelle de Beck, le degré 0 « je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie ».

Il est insatisfait dans sa vie. **L'item D**, L'échelle de Beck, le degré 0 « Je ne me sens pas particulièrement insatisfait ».

Kamel a manifesté un sentiment de culpabilité. L'échelle de Beck, **item E**, le degré 2 « je me sens coupable ».

Il est dégoûté de lui-même L'échelle de Beck, **l'item F** il a marqué le degré 2 « Je me dégoûte moi-même »

Il a une présence des sentiments de découragement et des idées suicidaire. L'échelle de Beck, **l'item G** il a marqué le degré 1 « Je pense que la mort me libèrerait ».

Aujourd'hui les gens moins valorisés pour lui, car ils ont aucune importance dans sa vie L'échelle de Beck, **item H**, le degré 1 « maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'auparavant ».

IL est devenu irresponsable dans sa vie L'échelle de Beck, **l'item I** il a marqué le degré 2 « J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions ».

L'apparence physique à une grande importance aux yeux de Kamel il a peur de perdre sa beauté, l'item J, il a marqué le degré 1 « j'ai peur de paraître vieux ou disgracieux ».

Les forces et la volonté de Kamel sont vraiment épuisées et négatif, Echelle de Beck, l'item K, il a marqué le degré 3 «Je suis incapable de faire le moindre travail ».

Il est devenu fragile car il se fatigue plus qu'avant, L'échelle de Beck, item L, le degré 1 « je suis fatigué plus facilement que d'habitude ».

La perte d'appétit est présente chez kamel. L'échelle de Beck, item M, le degré 2 «mon appétit est beaucoup moins bon maintenant ».

Synthèse du cas N° 02 : (R / K)

D'après les dires des parents de Adel (autiste) lors de l'entretien on a remarqué que les deux parents expriment des signes de l'anxiété accompagné par une fatigue et une tristesse à cause de la pathologie de leur fils.

D'après l'analyse de l'échelle de Beck la maman souffre d'une anxiété sévère et un score de 20 à cause de son enfant autiste.

On a trouvé que le père souffre d'une anxiété de type sévère et un score de 19 à cause de son fils (Adel).

La présentation du 3^{ème} cas : Des parents de l'enfant Rami (S/H)

Sarah est une jeune femme âgée de 37 ans, d'un niveau primaire, femme au foyer. Hamza un jeune homme âgé 35 ans, d'un niveau universitaire, c'est un commerçant. Ils ont trois enfants deux filles et un garçon autiste âgé de 4 ans.

La présentation des résultats de 3^{ème} cas (S /H)

Durant l'entretien les parents de Rami ont été bien, malgré qu'ils étaient stressés, et touché par le trouble de leurs fils, mais malgré tous sa, ils ont accepté de nous voir.

Rami est un garçon de 4 ans, c'était leur petit fils, souffrant d'autisme sévère. Il a intégré cette association depuis 3 ans. Le père a déjà essayé de faire rentrer son fils à la crèche, mais ils ont refusé malheureusement à cause de sa pathologie, donc il n'est pas scolarisé, La maman déclare qu'elle a eu un accouchement normal.

Les parents nous affirment qu'ils n'ont pas remarqué certains comportement qui leur a fait penser que leurs fils n'est pas normale, mais un jour elle est venue une voisine chez eux et c'est une orthophoniste, elle a remarqué que Rami à l'âge de 2 ans il ne fixe pas son regarde sur certains objet comme la télévision, la lumière. Donc elle nous a directement orientés vers un pédopsychiatre, il lui a fait une série d'examens, à l'âge de 2 ans et 3 mois il nous a donné un diagnostic qui confirme que notre fils souffrait d'autisme sévère. Les parents nous affirment qu'ils ont très mal vécu l'annonce du diagnostic de leurs fils. Le père dit : *<< quand je vois les autres enfants de son âge, vraiment ça me rends malade, j'ai rencontrée énormément d'obstacles qui ma empêcher une vie normale, et je suis dans un état de colère>>*, le père il doit normalement accepter la pathologie pour être à côté de son fils , la maman aussi dit : *<<ghouri thefouk dounith , thetrough toujours , qimegh 6 mois nekki cava pas, ar tura mazalyi akken ma ara athidemkthigh fq3egh , qelgh fragile mlih , surtout mi ara adzregh imdoukalis g la crèche netta khati , temtathegh s zdakhliw mais d wayi id lemktoubiw >>* veut dire que pour elle c'est la fin du monde, elle pleure sans cesse, et elle resté dans cette état terrible six mois et jusqu'à maintenant le faite de penser à l'état de son fils elle devient énerver et très fragile, quand elle voie ces ami qui sont a la crèche et lui non, ça lui brise le cœur .

Les parents expriment des signes de l'anxiété et l'inquiétude, la maman dit : *<<je ne dors pas bien la nuit et je fais toujours des cauchemars>>*, par rapport à la relation du couple, les parents disent *<<notre mariage est traditionnel et y'a aucun troubles sexuelles>>*.

Par rapport au regard de l'entourage les parents malheureusement ils sont timide d'avoir un garçon autiste, mais normalement il faut être fière de l'avoir parce que c'est le dieu qui la donner disent : *<<des Foix je le cache parce que y'a , des regards envers lui un peu bizarre >>* concernant son comportement aux sein de la famille les parents annoncent : *<< Rami il joue toujours avec agressivité et il aime rester tout seul c'est pour ça ont aimé pas partir chez quelqu'un >>*

Chapitre V : La présentation, l'analyse et la discussion des résultats

Tableau des résultats de l'échelle de Beck de " S/H " :

S	Item	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	Score	Type de l'anxiété
	Cotation	2	2	1	2	1	1	1	2	3	2	3	1	3	24	Sévère
H	Item	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	Score	Type d'anxiété
	Cotation	1	2	0	0	1	1	1	1	2	1	1	1	2	14	Modérée

Analyse de l'échelle de Beck de " Sarah " :

L'anxiété chez la maman est sévère d'un score de 24 sur l'échelle de Beck.

L'échelle de Beck confirme que la maman souffre d'une tristesse, elle n'arrive pas à sortir de cette situation car dans **l'item A**, elle a marqué le degré 2 « je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas en sortir ».

Elle a un sentiment de désespoir pour ce qui concerne le sujet de son avenir, **l'item B**, elle a marqué le degré 2 « pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer».

Elle a un sentiment d'échec dans la vie de Sarah. **L'item C**, L'échelle de Beck, le degré 1 « j'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens ».

Elle n'est pas du tout heureuse dans sa vie, **l'item D**. elle à coté 2 « je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit ».

Elle a aussi manifesté le sentiment d'une personne mauvaise et indigne, **l'item E** elle à coté le degré 1 «Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps», elle est déçue d'elle-même L'échelle de Beck, **l'item F** elle a marqué le degré 1 «Je suis déçu par moi-même».

Elle a une présence des sentiments de découragement et des idées suicidaire. L'échelle de Beck, **l'item G** elle a marqué le degré 1 «Je pense que la mort me libèrerait».

Elle a perdu l'intérêt et les sentiments envers les gens **l'item H** elle a marqué le degré 2 «J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux gens et j'ai peu de sentiments pour eux ».

Elle est devenue irresponsable dans ces décisions L'échelle de Beck, **l'item I** elle a marqué le degré 3 «Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision».

Elle a perdue l'intérêt a L'apparence physique et sa beauté, **l'item J**, elle a marqué le degré 2 « je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant ».

La force et la volonté de Sarah sont vraiment épuisées et négatif, Echelle de Beck, **l'item K**, elle a marqué le degré 3 «Je suis incapable de faire le moindre travail ».

Elle est devenue fragile car elle se fatigue plus qu'avant, L'échelle de Beck, **item L**, le degré 1 « je suis fatigué plus facilement que d'habitude ».

Elle n'a pas carrément l'appétit **l'item M**, elle a marqué le degré 3 « n'ai plus du tout d'appétit ».

Analyse de l'échelle de Beck de " Hamza " :

L'anxiété chez Hamza est modérée d'un score 14 sur l'échelle de Beck.

Le sentiment de tristesse est très présent chez Hamza, Ce qui est confirmé dans l'échelle de Beck. **Item A**, le degré 1 « je me sens cafardeux ou triste ».

Il à un sentiment de désespoir pour ce qui concerne le sujet de son avenir L'échelle de Beck. **Item B**, le degré 2 «Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer ».

L'absence de sentiment d'échec dans la vie de Hamza. **L'item C**, L'échelle de Beck, le degré 0 « je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie ».

Il est insatisfait dans sa vie. **L'item D**, L'échelle de Beck, le degré 0 «Je ne me sens pas particulièrement insatisfait ».

Il a manifesté le sentiment d'une personne mauvaise et indigne, **l'item E** il à coté le degré 1 «Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps», il est déçu de lui -même L'échelle de Beck, **l'item F** il a marqué le degré 1 «Je suis déçu par moi-même».

Il a une présence des sentiments de découragement et des idées suicidaire. L'échelle de Beck, **l'item G** il a marqué le degré 1 «Je pense que la mort me libèrerait».

Aujourd'hui les gens moins valorisés pour lui, car ils ont aucune importance dans sa vie L'échelle de Beck, **item H**, le degré 1 « maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'auparavant ».

Il est devenue irresponsable dans sa vie L'échelle de Beck, **l'item I** il a marqué le degré 2 «J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions ».

L'apparence physique à une grande importance aux yeux de Hamza, il a peur de perdre sa beauté, l'item **J**, il a marqué le degré 1 « j'ai peur de paraître vieux ou disgracieux ».

Le père a besoin d'un grand effort pour faire ce qu'il veut, L'échelle de Beck, **item K**, le degré 1 «il me faut un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose ».

Il est devenu fragile car il se fatigue plus qu'avant, L'échelle de Beck, **item L**, le degré 1 « je suis fatigué plus facilement que d'habitude ».

La perte d'appétit est présente chez Hamza. L'échelle de Beck, **item M**, le degré 2 « l'appétit est beaucoup moins bon maintenant ».

– Synthèse du cas N° 03 : (S / H)

D'après les dires des parents de Rami (autiste) lors de l'entretien on a remarqué que les deux parents expriment des signes de l'anxiété accompagné par une fatigue et une tristesse à cause de la pathologie de leur fils.

D'après l'analyse de l'échelle de Beck, Sarah souffre d'une anxiété sévère et un score de 24 à cause de son enfant autiste.

On a trouvé que Hamza souffre d'une anxiété de type modéré et un score de 14 à cause de son fils (Rami).

La présentation du 4^{ème} cas : Des parents de l'enfant Anis (T/A)

Taklith est une jeune femme âgée de 40 ans, d'un niveau secondaire, femme au foyer. Amer un jeune homme âgé 42 ans, c'est un chauffeur. Ils ont quatre enfants trois filles et un garçon autiste âgé de 6 ans.

La présentation des résultats du 4^{ème} cas (T /A)

Durant l'entretien les parents de Anis ont été bien, malgré qu'ils étaient touchés par le trouble de leur fils, mais ils ont accepté de nous voir.

Anis est un garçon de 6 ans, c'était leur petit fils, souffrant d'autisme sévère. Il a intégré cette association depuis 4 ans. Les parents ont déjà essayé de faire rentrer leur fils au préscolaire, mais ils ont refusé malheureusement à cause de sa pathologie, donc il n'est pas scolarisé, La maman déclare qu'elle a eu un accouchement normal et qu'elle n'a remarqué aucune anomalie du bébé lors de sa naissance, parce qu'il n'y avait pas de symptômes.

Les parents nous affirment qu'ils ont remarqué à l'âge de 10 mois d'un certains comportement qui leurs à fait pensés que leur fils n'est pas normal il ne fixe pas le regarde, ...etc. Par la suite, les parents l'ont emmené chez un pédopsychiatre, qui a confirmé le diagnostic qu'Anis souffre d'autisme sévère, à l'âge d'un an et 2 mois. Les parents nous affirment qu'ils ont très mal vécu l'annonce du diagnostic de leurs fils. Le père dit : *<< je suis toujours triste et déçu et je me décourage toujours et y'a aucun espoir dans ma vie, des fois je pense si je meure ça sera mieux »* la maman dit : *<<am nekk am Babas onzehiw ara one3ach ara bien fe3lajal lehlak n emmi dhayen ghornegh thefouk dounith»* veut dire elle a le mêmeavis de son conjoint ils ne sont pas comptant à cause de leur fils et pour eux la vieest arrêtée .

Les parents expriment des signes de l'anxiété et l'inquiétude, ils sont choquée jusqu'à maintenant, la maman dit : *<<je ne dormais pas la nuit, et je revivais tout ce que le pédopsychiatre me disait, quand je dormais je sentais que ma tête tournait et je me rappelle de tous les mots du médecin»*, par rapport à la relation du couple, les parents disent : *<< notre mariage est traditionnelle Mais la relation conjugale est bien on 'a aucun troubles sexuelles »*

Par rapport au regard de l'entourage les parents malheureusement ils sont timide d'avoir un garçon autiste , mais normalement il faut être fière de l'avoir parce que c'est le dieu qui la donner, la maman annonce : *<< j'aime pas le montrer aux gens parce - que c'est tout le monde qui le regard d'une façon bizarre »* concernant son comportement aux sein de la famille les parents annoncent :

Chapitre V : La présentation, l'analyse et la discussion des résultats

<<mes parents aiment bien notre fils mais lui il aime rester tout seul et isolé de tout le monde et des Foix il aime joué avec ces sœur mais avec agressivité >>

Tableau des résultats de l'échelle de Beck de " T/A " :

T	Item	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	Score	Type de l'anxiété
	Cotation	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	20	Sévère
A	Item	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	Score	Type d'anxiété
	Cotation	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	19	Sévère

Analyse de l'échelle de Beck de " Taklith " :

L'anxiété chez Taklith est sévère d'un score de 20 sur l'échelle de Beck.

Le sentiment de tristesse est très présenté chez Taklith, Ce qui est confirmé dans l'échelle de Beck. **Item A**, le degré 1 « je me sens cafardeux ou triste».Elle

a un sentiment de désespoir pour ce qui concerne le sujet de son avenir, **l'item B**, elle a marqué le degré 2 « pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer ».

Elle a un sentiment d'échec dans sa vie. **L'item C**, L'échelle de Beck, le degré 2 « Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs ».

Elle n'arrive pas à gérer les situations qui ont passé convenablement, **l'item D**. elle à coté 1 « Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances ».

Elle a aussi manifesté le sentiment d'une personne mauvaise et indigne, **l'item E** elle à coté le degré 1 « Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps », elle est déçue d'elle-même L'échelle de Beck, **l'item F** elle a marqué le degré 1 « Je suis déçu par moi-même »,

Elle a des idées pour se suicider. L'échelle de Beck, **l'item G** elle a marqué le degré 2 « J'ai des plans précis pour me suicider ».

Elle a perdu l'intérêt et les sentiments envers les gens **l'item H** elle a marqué le degré 2 « J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux gens et j'ai peu de sentiments pour eux ».

Elle évite de prendre les décisions, L'échelle de Beck, **item I**, le degré 1 « j'essaie de ne pas avoir à prendre de décision ».

Elle fait attention à son apparence physique, L'échelle de Beck, **item J**, le degré 2 « j'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux ».

Elle veut faire quelque chose, L'échelle de Beck, **item K**, le degré 2 « Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit ».

Elle est devenue fragile car elle se fatigue plus qu'avant, L'échelle de Beck, **item L**, le degré 1 « je suis fatigué plus facilement que d'habitude ».

À propos de son appétit elle est vraiment diminuée **l'item M**, elle a marqué le degré 2 « Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant».

Analyse de l'échelle de Beck de " Amer " :

L'anxiété chez le père est sévère d'un score de 19 sur l'échelle de Beck.

Le sentiment de tristesse est très présenté chez Amer, Ce qui est confirmé dans l'échelle de Beck. **Item A**, le degré 1 « je me sens cafardeux ou triste ».

Il a un sentiment de désespoir pour ce qui concerne le sujet de son avenir L'échelle de Beck. **Item B**, le degré 2 «Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer».

Il a un sentiment d'échec dans la vie d'Amer. **L'item C**, L'échelle de Beck, le degré 1 « j'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens ».

Il n'est pas du tout heureux dans sa vie, **l'item D** il à coté 2 « je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit ».

Amer a manifesté un sentiment de culpabilité. L'échelle de Beck, **item E**, le degré 2 « je me sens coupable ». Il est déçu de lui -même L'échelle de Beck, **l'item F** elle a marqué le degré 1 «Je suis déçu par moi-même»,

Il a des idées pour se suicider. L'échelle de Beck, **l'item G**. il a marqué le degré 2 «J'ai des plans précis pour me suicider».

Aujourd'hui les gens moins valorisés pour lui, car ils ont aucune importance dans sa vie L'échelle de Beck, **item H**, le degré 1 «maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'auparavant ».

Il est devenu irresponsable dans sa vie L'échelle de Beck, **l'item I** il a marqué le degré 2 «J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions ».

L'apparence physique à une grande importance aux yeux d'Amer il a peur de perdre sa beauté, l'**item J**, il a marqué le degré 1 « j'ai peur de paraître vieux ou disgracieux ».

Amer a besoin d'un grand effort pour faire ce qu'il veut, L'échelle de Beck, **item K**, le degré 1 «il me faut un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose ».

Il est devenu fragile car il se fatigue plus qu'avant, L'échelle de Beck, **item L**, le degré 1 « je suis fatigué plus facilement que d'habitude ».

La perte d'appétit est présente chez Amer. L'échelle de Beck, **item M**, le degré 2 «mon appétit est beaucoup moins bon maintenant ».

Synthèse du cas N° 04 : (T / A)

D'après les dires des parents de Anis (autiste) lors de l'entretien on a remarqué que les deux parents expriment des signes de l'anxiété accompagné par une fatigue et une tristesse à cause de la pathologie de leur fils.

D'après l'analyse de l'échelle de Beck, Taklith souffre d'une anxiété sévère et un score de 20 à cause de son enfant autiste.

On a trouvé qu'Amer souffre d'une anxiété de type sévère et un score de 19 à cause de son fils (Anis).

La présentation du 5^{ème} cas : Des parents de l'enfant Hamid (D/M)

Dalila est une jeune femme âgée de 39 ans, d'un niveau secondaire, femme au foyer. Mahmoud un jeune homme âgé de 45 ans, d'un niveau universitaire, c'est un pharmacien. Ils ont trois enfants, deux filles et un garçon autiste âgé de 4 ans.

La présentation des résultats de 5^{ème} cas (D /M)

Durant l'entretien qu'on a eu avec les parents de (Hamid), la maman était compréhensive, et le père un peu gêné. Pourtant au début, ils n'ont pas accepté de nous voir, parce qu'ils sont vraiment touchés par le trouble de leur enfant. La directrice de l'association à essayer de parler avec eux, elle a réussi de leur convaincre que c'est juste des informations à prendre pour un mémoire de fin de cycle, après ils ont accepté de répondre à nos questions.

Hamid est un garçon de 4 ans, c'était leur deuxième enfant, souffrant d'autisme sévère. Il a intégré cette association depuis 5 mois, il n'est pas scolarisé, La maman déclare qu'à 6 mois de la grossesse tout a changée. Elle dit *« j'ai vécu des problèmes familiaux qu'il a poussé à haire le bébé. Parce- que tout le temps stressé, fatigué et que la grossesse était catastrophique, l'accouchement a été dure»*. A la naissance d'un nouveau-né, il n'a pas pleuré, il a fallu de le frapper à ces fesses.

A l'âge de 10 mois les parents ont remarqué que leur enfant est bizarre, donc ils ont décidé de consulté un pédiatre, il a diagnostiqué Hamid, puis il a confirmé que leur fils est un autiste d'un degré sévère. La réaction du couple à l'annonce du diagnostic était bouleversante est traumatique, la maman dit : *« c'est un moment très difficile on dirait que j'étais dans un autre monde et je voyais son avenir flou»* le père dit : *« j'ai fait une dépression réactionnelle puis après j'ai commencé à faire le deuil afin d'accepter la situation de mon fils »*

Les parents expriment des signes d'anxiété et inquiétude, la maman dit : *« je passais des jours et des nuits à pleurer»*, par rapport à la relation du couple, les parents disent : *« notre mariage été par amour et on se comprend bien et il n'y as pas de troubles sexuelles »*.

Par rapport au regard de l'entourage les parents sont timides d'avoir un garçon autiste mais normalement il faut être fière de l'avoir parce que c'est le dieu qui la donner, et ils vont être à ces cotes disent et lui donner beaucoup d'amour

Chapitre V : La présentation, l'analyse et la discussion des résultats

<<il y 'a toujours des regards envers lui un peu bizarre »concernant son comportement aux seins de la famille les parents annoncent : « *Hamid joue toujours avec agressivité surtout avec ces sœur et il aime rester tout seul* ».

Tableau des résultats de l'échelle de Beck de " D/M

D	Item	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	Score	Type de l'anxiété
	Cotation	1	0	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	0	16
M	Item	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	Score	Type d'anxiété
	Cotation	1	1	1	0	2	1	2	1	2	1	1	1	1	0	14

Analyse de l'échelle de Beck de " Dalila " :

L'anxiété chez la maman est sévère d'un score de 16 sur l'échelle de Beck.

Le sentiment de tristesse est très présenté chez Dalila, Ce qui est confirmé dans l'échelle de Beck. **Item A**, le degré 1 « je me sens cafardeux ou triste ».Une absence des sentiments de découragement, d'échec, **l'item B**, elle a marqué le

degré 0 «Je ne suis pas particulièrement découragé, ni pessimiste au sujet de l'avenir ».

Elle a un sentiment d'échec dans sa vie. **L'item C**, L'échelle de Beck, le degré 2 «Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs ».

Elle n'arrive pas à gérer les situations qui ont passé convenablement, **l'item D**. elle à coté 1 «Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances ».

Elle a aussi manifesté le sentiment d'une personne mauvaise et indigne, **l'item E** elle à coté le degré 1 «Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps», elle est déçue d'elle-même L'échelle de Beck, **l'item F** elle a marqué le degré 1 «Je suis déçu par moi-même».

Elle a des idées pour se suicider. L'échelle de Beck, **l'item G** elle a marqué le degré 2 «J'ai des plans précis pour me suicider ».Elle a perdu l'intérêt et les sentiments envers les gens **l'item H** elle a marqué le degré 2 «J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux gens et j'ai peu de sentiments pour eux ».

Elle évite tous chose, qui a relation avec le fait de prendre décision, L'échelle de Beck, **item I**, le degré 1 «j'essaie de ne pas avoir à prendre de décision ».

Elle a perdue l'intérêt a L'apparence physique et sa beauté, **l'item J**, elle a marqué le degré 2 « je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant ».

Elle a une grande volonté pour faire des choses L'échelle de Beck, **item K**, le degré 2 «Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit».

Elle est devenue fragile car elle se fatigue plus qu'avant, L'échelle de Beck, **item L**, le degré 1 « je suis fatigué plus facilement que d'habitude ».

À propos de son appétit elle est bien **l'item M**, elle a marqué le degré 0«Mon appétit est toujours aussi bonne ».

- Analyse de l'échelle de Beck de " Mahmoud " :

L'anxiété chez le père est modérée d'un score 14 sur l'échelle de Beck.

Le sentiment de tristesse est très présent chez Mahmoud, Ce qui est confirmé dans l'échelle de Beck. **Item A**, le degré 1 « je me sens cafardeux ou triste ».

Il a un sentiment de découragement pour ce qui concerne le sujet de son avenir L'échelle de Beck. **Item B**, le degré 1 «J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir».

Il a un sentiment d'échec dans la vie de Mahmoud. **L'item C**, L'échelle de Beck, le degré 1 «j'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens ».

Il n'est pas du tout heureux dans sa vie, **l'item D** il à coté 0 «Je ne me sens pas particulièrement insatisfait ».

Mahmoud a manifesté un sentiment de culpabilité. L'échelle de Beck, **item E**, le degré 2 « je me sens coupable ». Il est déçu de lui –même L'échelle de Beck, **l'item F** elle a marqué le degré 1 «Je suis déçu par moi-même»,

Il a des idées pour se suicider. L'échelle de Beck, **l'item G**. il a marqué le degré 2 «J'ai des plans précis pour me suicider ».

Aujourd'hui les gens moins valorisés pour lui, car ils ont aucune importance dans sa vie L'échelle de Beck, **item H**, le degré 1 «maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'auparavant ».

Il est devenu irresponsable dans sa vie L'échelle de Beck, **l'item I** il a marqué le degré 2 «J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions ».

L'apparence physique à une grande importance aux yeux de Mahmoud il a peur de perdre sa beauté, **l'item J**, il a marqué le degré 1 « j'ai peur de paraître vieux ou disgracieux ».

Mahmoud a besoin d'un grand effort pour faire ce qu'il veut, L'échelle de Beck, **item K**, le degré 1 «il me faut un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose ».

Il est devenu fragile car il se fatigue plus qu'avant, L'échelle de Beck, **item L**, le degré 1 « je suis fatigué plus facilement que d'habitude ».

À propos de son appétit elle est bien **l'item M**, il a marqué le degré 0 «Mon appétit est toujours aussi bon ».

– Synthèse du cas N° 05 : (D / M)

D'après les dires des parents de Hamid (autiste) lors de l'entretien on a remarqué que les deux parents expriment des signes de l'anxiété accompagné par une fatigue et une tristesse à cause de la pathologie de leur fils.

D'après l'analyse de l'échelle de Beck que Dalila souffre d'une anxiété sévère et un score de 16 à cause de son enfant autiste.

On a trouvé que Mahmoud souffre d'une anxiété de type modéré et un score de 14 à cause de son fils (Hamid).

2. Discussion des hypothèses

L'objectif de notre travail de recherche consiste à déterminer :

Est – ce que les parents d'enfants d'autisme souffrent d'une anxiété significative ? Et comment se manifeste – elle ?

Notre étude a été faite dans une Association sur cinq parents des enfants autistes âgés entre (25 et 45ans).

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

«Les parents ayant un enfant autiste manifestent un niveau d'anxiété élevée marquant des symptômes d'anxiété avec une grande peur sur le développement de leur enfant et sa vie sociale»

Les cas avec qui nous avons travaillé ont anxieux et peurs sur le développement et la vie sociale de leurs enfants, Selon l'analyse des entretiens et la passation de questionnaire de Beck.

Le premier cas (Nabila et Hocine), ont manifestée plusieurs symptômes de l'anxiété qui a été confirmée quand elle a exprimé la maman Nabila qu'elle passe des nuits à pleurer et à penser et c'est une blessure narcissique, le Père Hocine quand il a dit lorsqu'il pense à l'état de son fils il souffre et il stresse beaucoup. Les résultats sur l'échelle de Beck viennent confirmer l'état d'anxiété significative, ou la maman d'un score de 22 anxiété sévère, le père il a obtenu un score de 14 anxiété modéré.

Le deuxième cas (Rahima et Kamel), ont manifesté plusieurs symptômes de l'anxiété qui a été confirmé quand elle a exprimé la maman que c'est très difficile d'accepté le trouble de son fils et elle décourage quand elle souvient que elle a un enfants autiste et toujours elle pense à son avenir, le Père Kamel a déclaré que le trouble de leur fils a paniqué sa vie et son temps et ses pensées, la vie elle est changé d'après la découverte de la pathologie de leur fils . Les résultats sur l'échelle de Beck viennent confirmer l'état d'anxiété significative, ou la maman d'un score de 20 anxiété sévère, le père il a obtenu un score de 19 anxiété sévère.

Le troisième cas (Sarah et Hamza), ont manifestée plusieurs symptômes de l'anxiété qui a été confirmée quand elle a exprimé la maman que pour elle c'est la fin du monde, elle pleure sans cesse, et elle à rester dans cette état terrible six mois et jusqu'à maintenant le faite de penser à l'état de son fils elle devient énerver et très fragile elle passe des nuits à pleurer et à penser , le Père a dit quand il voie les autres enfants a son âge vraiment il devient malade, il a

rencontré énormément d'obstacles qui la empêcher une vie normale, et il est dans un état de colère. Les résultats sur l'échelle de Beck viennent confirmer l'état d'anxiété significative, ou la maman d'un score de 24 anxiétés sévères, le père il a obtenu un score de 14 anxiété modéré.

Le quatrième cas (Taklith et Amer), ont manifestée plusieurs symptômes de l'anxiété qui a été confirmée quand elle a exprimé la maman que il ne dormais pas la nuit, et il revivais tout ce que le pédopsychiatre disait, quand je dormais je sentais que ma tête tournait et je me rappelle de tous les mots, le Père il est toujours triste et déçu et il est découragé et y'a aucun espoir dans sa vie, des Foix il pense il pense à la mort. Les résultats sur l'échelle de Beck viennent confirmer l'état d'anxiété significative, ou la maman d'un score de 20 anxiété sévère, le père il a obtenu un score de 19 anxiété sévère.

Le cinquièmes cas (Dalila et Mahmoud), ont manifestée plusieurs symptômes de l'anxiété notamment qui a été confirmée quand elle a exprimé la maman que c'est un moment très difficile on dirait que elle 'étais dans un autre monde et elle voie son avenir flou, pour le père a dit qu'il a fait une dépression réactionnelle puis après il a commencé à faire le deuil afin d'accepter la situation de son fils. Les résultats sur l'échelle de Beck viennent confirmer l'état d'anxiété significative, ou la maman d'un score de 16 anxiété sévère, le père il a obtenu un score de 14 anxiété modéré.

Suite aux résultats obtenus par l'analyse des entretiens et l'échelle d'anxiété, nous avons relevé que les parents ayant un enfant autiste développent une anxiété avec des degrés différents et par là on confirme notre hypothèse qui est formulé comme suit : *Les parents ayant un enfant autiste manifestent un niveau élevée marquant des symptômes d'anxiété avec une grande peur sur le développement de leur enfant et sa vie sociale.*

Conclusion

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

Dans notre recherche intitulée de l'anxiété des parents ayant un enfant autistique. Qui a été réalisée dans une association pour enfant autiste à Akbou wilaya de Bejaia sur un nombre de 05 cas. Notre objectif de recherche est centré sur l'anxiété chez les parents des enfants autistes, dans le but de mesurer leur degré d'anxiété et de déterminer l'effet de ce trouble sur les parents et aussi sur le développement de l'enfant.

Dans le cadre de cette recherche on a essayé de déterminer : Est-ce que les parents des enfants autistes souffrent d'une anxiété ? et comment manifeste-t-elle ? Notre recherche a été menée avec des outils d'investigation basés sur des règles pour répondre à l'hypothèse suivante : les parents ayant un enfant autiste manifestent un niveau d'anxiété significative qui se manifeste par une grande peur et inquiétude en ce qui concerne le développement de leur enfant.

Cette recherche a été portée sur cinq cas dans l'association Esperance à Akbou, en suivant la méthode descriptive avec les techniques d'investigation telle que l'entretien clinique et l'échelle de Beck qui nous a permis de recueillir des résultats qui confirment que les parents marquent un niveau d'anxiété significative.

On rajoute une étude qui ont été étudiées à l'université de Québec à Montréal en 2015. Quarantaine des parents de personnes présentant un TSA ont été recrutés par la Fédération québécoise de l'autisme (FQA) et certains par échantillonnage de convenance afin d'assurer une variabilité quant à la sévérité du trouble. Ils ont

ensuite répondu à un questionnaire de 192 questions, couvrant les données signalétiques du répondant, le diagnostic de l'enfant, l'état de santé, l'aspect familial, les services de répit, le milieu de garde éducatif, les interventions, le milieu scolaire fréquenté, la période de l'adolescence, l'âge adulte, les droits et la reconnaissance du trouble. Ce questionnaire a été lu et commenté par dix étudiantes de niveau doctoral en psychologie et par trois experts en TSA afin d'évaluer la pertinence, la justesse et l'étendue des questions. Le questionnaire a été passé à 10 parents dans le cadre d'une étude qualitative et les questions ont été ajustées pour concevoir le questionnaire de la présente étude. Les résultats indiquent que les premières inquiétudes des parents à ce qui a trait au développement de leur enfant concernent le langage, le contact visuel, l'isolement et la motricité. Les parents mentionnent éprouver des émotions positives comme la fierté et la joie ainsi que des émotions négatives telles que l'inquiétude relativement à l'avenir à leur enfant. Quelques familles profitent des services de répit et les parents estiment que les services d'intervention sont insuffisants. Près de la moitié des parents sont satisfaits des services reçus à l'école. La plupart des adultes ayant un TSA habitent toujours avec au moins un de leurs parents. Certains d'entre eux travaillent, mais la rémunération est minimale. Sur le plan de la reconnaissance, une majorité de parents indique qu'ils auraient préféré que leur enfant n'ait pas de TSA afin que la vie de ce dernier soit plus facile. (**Article des parents et des enfants présentant un TSA, Québec, 2015**)

Il est essentiel de reconnaître l'impudence de soutenir les parents d'enfants autiste en fournissant des ressources et des services adéquats, les groupes de soutien, les thérapies individuelles au familiales et les ressources éducatives pouvant aider les parents à faire face à leur anxiété et à développer des stratégies de gestion de stress en autre, promouvoir une meilleure sensibilisation et compréhension de l'autisme dans la société est essentielle

Pour réduire la stigmatisation et fournir un soutien social aux parents. Nous pouvons contribuer à soutenir les familles touchées par l'autisme et améliorer leur bien-être global. Les parents jouent un rôle essentiel dans la vie de leurs enfants autiste, ils ont les soutenant, ne contribuons à crier un monde plus inclusif et bienveillant pour tous.

Liste bibliographique

Liste bibliographique

Les références de livres :

- Amar, T, (2004). Mon enfant souffre de troubles du développement.Paris: La découverte.
- Amaria, B, Céline, D & Jacqueline, M. (2015).Education thérapeutique des parents d'enfant avec troubles du spectre autistique.Paris: Masson.
- Américain. Psychiatric. Association, (1995).
- Benony, H.EtChahraoui, K. (1999). L'entretien clinique. Paris, France, Dunod.
- Benony. H, Chahraoui. KH, (1999) « l'entretien clinique » Dunod, Paris.
- Bertrand. J (2008). Autisme, le gène introuvable, de la science business. Paris : du Seuil.
- Besançon, Guy. Manuel de psychopathologie. [Internet]. Dunod; 1993 [cité 23 avril 2015].
- BESCHE-RICHARD, C. (2018). Psychopathologie cognitive enfant, adolescent, adulte.Paris : DUNOD.
- BIETTE, S. (2007). Le bulletin scientifique de l'arapi. dossierEric SHOPLER
- Biezt, E., Bretière, M., gillet, P. (2018). Neuropsychologie et remédiations des troubles du spectre de l'autisme : enfants d'âge scolaire, adolescent et adultes. Paris : De Boerck.
- Brouchon.M, schweitzer, (2002). Psychologie de la santé. Dunod, Paris.
- CHAHRAOUI et BENONY, méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique, Dunod, Paris, 2003.
- Chiland, C. (1983). L'entretien clinique. Paris, France : PUF
- Chossy. J-E, (2003), « Autisme comprendre et agir ». Paris, Dunod
- CIM-10, Classification international des maladies. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche, Organisation Mondiale de la Santé, Paris, Masson, 1994.
- Daoudi, O. (2017). Lecture de la loi 15-12 du 15 juillet 2015 relative à la protection de l'enfant entre évolution et insuffisances
- Dominique Servant, (2012), Gestion du stress et de l'anxiété. (3ème éd),
- Dominique yvon et Al 2014, la découverte de l'autisme des neurosciences a la vie en société. Donud 2014.
- DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
- DUPRE, E. (2010-2011). Impact du travail thérapeutique de stimulation sensorielle chez les enfants autistes présentant des troubles de l'oralité verbale et alimentaire. Université HENRI Poincaré de Nancy, faculté de médecine de Nancy.
- Elsevier Masson Bloch.H, (1999), Grand Dictionnaire de la psychologie Larousse.

- Frith, U. (2004). Emmanuel Miller Lecture: confusions and controverses about Asperger's syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*,
- Hesselberg, M. (2001). *Psychologie de l'enfant et de l'adolescent*. Etudiant du secteur social. Paris: Vuibert
- J. Hochman, (2009), « histoire de l'autisme » Ed Odile Jacob, paris.
- Legall. A, (1995), « L'anxiété et l'angoisse », éd. DELTA, Alger.
- M Sanchez-Cardenas. Et G Besançon. (1989), « troubles psychique au cours de l'hémodialyse chronique et de la transplantation rénale »
- Martin.M, Antony, Ph.D., C.Psych Richard P. Swinson, MD, (1996) « Les troubles anxieux et leur traitement : Analyse critique de la littérature sur les traitements fondés sur des preuves ». Santé. Canada
- Mazet, Petal. (1990). *Autisme et psychose l'enfant*. Paris : presses Universitaires de France.
- OULD TALEB, M. (2015). *Application du programme TEACCH en Algérie*. Alger : office des publications universitaire.
- Palazzolo, J. (2007) *Dépression et anxiété : mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge*, Paris, France : Massion
- ROGÉ, B. (2003). *Autisme comprendre et agir*. Paris. : DUNOD.
- Rogé. B, (2004), « Le syndrome d'asperger et l'autisme de de haut niveau». France.
- Sweringen, P-L. (1999). *Guide dépoche des soins médicaux chirurgicaux*. Paris : BERTI.
- TARDIF. C, GENEPER. B, « l'autisme », Ed Nathan / VEUF, Tours, 2003
- Turrette,C., Guidetti, M. (2008). *Introduction à la psychologie: Du bébé à l'adolescent*. Paris: ARMAND COLIN.
- YVON, D. (2014). *A la découverte de l'autisme, des neurosciences à la vie en société*. Paris : DUNOD.

Articles et dictionnaires

- Article des parents et des enfants présentant un TSA, Québec, 2015
- CURRAT et DESPLAND, « Existe-t-il une approche d'inspiration psychanalytique spécifiquement adaptée aux troubles anxieux ? », *érudit*, vol. 29, n° 1, 2004.
- Doron, R., Parot, F. (2007). *Dictionnaire de psychologie*. Paris: PUF.
- FERNANDEZ, PEDINIELLI, « la recherche en psychologie clinique », *recherche en soins infirmière*, N° 84 – mars 2006.
- LE NAOUR R, « Troubles anxieux : diversité des approches théoriques », *l'information psychiatrique*, vol. 83, N° 9,2007.
- Lelord. G, Sauvage. D, (1990), « L'autisme de l'enfant », Ed Masson, paris.

- Les droits de l'enfant. (2009). Dossier préparé par l'Unicef pour le Parlement des enfants.
- MIGNOT, M. (2019). Trouble du spectre de l'autisme et sensorialité. Université de Poitiers, Faculté de médecine et Pharmacie, école d'orthophonie.
- POIRIER, N et LERUX-BOURDREAULT, A. (2020).
- SANCHEZ, D. (2011). Adaptation de certains items de tests orthophoniques à la spécialité cognitive des enfants avec autisme .Université de Nice SOPHIAANTIPOLIS, faculté médecine, école d'orthophonie ».
- SILLAMY. N, « Dictionnaire de la psychologie », France, Larousse, 2003

Les thèses

- Hamel. C, (1997), «Le potentiel d'apprentissage des enfants autistiques », Mémoire présenté à l'université du Québec à Trois-Rivières
- Pupaza. C.M(2010), thèse de doctorat en psychiatrie, « Trouble anxiété généralisée propos sur l'intolérance à l'incertitude de la vie », sous la direction de Madame le docteur GOHIER Bénédicte , Université d'Angers

Annexes

Annexe N° 1 : Le Guide d'entretien

Les Données personnelle

- _ Nom :
- _ Prénom :
- _ Age :
- _ Niveau de scolarisation :
- _ Profession :
- _ Le membre touché :

Axe I : La présentation de l'enfant

- _ De quel âge votre enfant ?
- _ Quel est le classement de votre enfant ?
- _ De quel trouble souffre-t-il ?
- _ Depuis quand cet enfant est-il dans cette association ?
- _ Scolarisé ou placé dans un centre spécialisé?
- _ Va-t-il de bonne relation avec ces frères ?
- _ A propos de la grossesse comment ça été passé ?

Axe II :Le vécu de l'annonce de l'autisme de l'enfant aux parents

- _ Quelles sont les symptômes que vous avez remarqués au début ?
- _ Quel spécialiste vous a annoncé l'autisme de votre enfant ?
- _ Quel âge avait votre enfant lors du diagnostic ?

_ Comment était votre réaction au moment de l'annonce du diagnostic de votre enfant ?

Axe III : L'anxiété des parents vis-à-vis leur enfant autiste

_ Es-ce que vous êtes inquiet, triste ?

_ Est-ce que vous avez des difficultés d'endormissement et des troubles respiratoires ?

_ Comment vous sentez aux près de ton marié ?

_ Est-ce que vous avez des troubles sexuelles ?

Axe IV : Les relations avec la famille, l'entourage

_ Percevez-vous des regards vexés, venant du monde extérieur envers vous et votre enfant ?

_ Quel est le comportement de votre enfant au sein de la famille ?

_ Sentez-vous souvent mal à l'aise de prendre votre enfant au domicile de ses grands-parents ou des amis ?

Annexe N° 2 : L'échelle de Beck

Annexe N° 2 : L'échelle de Beck (QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE BECK)

A

- 0 - Je ne me sens pas triste.
- 1 - Je me sens cafardeux ou triste.
- 2 - Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir.
- 3 - Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter.

B

- 0 - Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir.
- 1 - J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir.
- 2 - Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer.
- 3 - Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer.

C

- 0 - Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.
- 1 - J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens.
- 2 - Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.
- 3 - J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants).

D

- 0 - Je ne me sens pas particulièrement insatisfait.
- 1 - Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.
- 2 - Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.
- 2 - Je suis mécontent de tout.

Annexe N° 2 : L'échelle de Beck

E

- 0 - Je ne me sens pas coupable.
- 1 - Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps.
- 2 - Je me sens coupable.
- 3 - Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien.

F

- 0 - Je ne suis pas déçu par moi-même.
- 1 - Je suis déçu par moi-même.
- 2 - Je me dégoûte moi-même.
- 3 - Je me hais.

G

- 0 - Je ne pense pas à me faire du mal.
- 1 - Je pense que la mort me libérerait.
- 2 - J'ai des plans précis pour me suicider.
- 3 - Si je le pouvais, je me tuerais.

H

- 0 - Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.
- 1 - Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.
- 2 - J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux.
- 3 - J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement.

I

- 0 - Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.
- 1 - J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.

Annexe N° 2 : L'échelle de Beck

- 2 - J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.
- 3 - Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.

J

- 0 - Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant.
- 1 - J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.
- 2 - J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux.
- 3 - J'ai l'impression d'être laid et repoussant.

K

- 0 - Je travaille aussi facilement qu'auparavant.
- 1 - Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.
- 2 - Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.
- 3 - Je suis incapable de faire le moindre travail.

L

- 0 - Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.
- 1 - Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.
- 2 - Faire quoi que ce soit me fatigue.
- 3 - Je suis incapable de faire le moindre travail.

M

- 0 - Mon appétit est toujours aussi bon.
- 1 - Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.
- 2 - Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.
- 3 - Je n'ai plus du tout d'appétit.

Résumé

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

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

Mots clés : L'autisme, l'anxiété parentale.

Summary

The stress level of parents of children with ASD appears higher than that observed in parents of children of the same age with other disabilities.

This stress is due on the one hand to the heavy daily care required by children which, in the long term, leads to fatigue, irritability, and even depression. There are also the constraints imposed by intervention programs, particularly those carried out intensively in the family home but also those carried out on various sites and requiring numerous trips. Furthermore, the parent-child relationship can even become a source of stress, with daily interaction becoming more structured and systematic, whether bathing, meal times or leisure activities. Parents' stress can also be aggravated by the lack of reciprocity in interaction and communication difficulties with the child, whose needs they are not always able to correctly decode.

Keywords : Autism, parental anxiety.