



Vers l'identification de la détresse psychologique chez les parents d'enfants atteints d'autisme en contexte camerounais

Towards the identification of psychological distress among parents of children with autism in the Cameroon context

Menzepo G.D¹, Njiengwe E^{1,2}, Eyoun C^{2,3}, Happi A¹, Epopa Ebene D.D¹, Biloa Mendouga N⁴, Tang P.F^{1,2}, Doumbe J.N³

Article original

¹ Département de Psychologie, Université de Douala, Cameroun
² Hôpital Laquintinie de Douala
³ Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun
⁴ Département de Psychologie, Université de Yaoundé 1, Cameroun

Auteur correspondant :
 Menzepo Gérôme Didié,
 Département de psychologie,
 Université de Douala, Cameroun.
 Tél : (+237) 694780021,
geromemen@gmail.com

Mots-clés : Détresse psychologique, Parents, Autisme, Dépression, Ressources, Stress.

Keywords: Psychological distress, Parents, Autism, Depression, Resources, Stress.

RESUME

Objectif : Le but du travail était d'évaluer la potentielle altération de l'état de santé mentale des parents ayant un enfant avec autisme dans la ville de Douala.

Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive dans 8 centres de prise en charge des enfants à besoins spécifiques dans la ville de Douala. Les variables étudiées étaient les données sociodémographiques et l'état de santé mentale. La santé mentale était évaluée à l'aide de 5 tests. Les données étaient analysées par le logiciel SPSS et la grille de cotation de chaque test.

Résultats : Cinquante-deux participants étaient recrutés, avec une prédominance féminine (sexe-ratio = 0,36). Les participants avaient une faible perception de leurs capacités à faire face au stress (96,2%). La symptomatologie certaine d'anxiété était présente (26,9%). La symptomatologie certaine de dépression était présente (19,2%). Les hommes avaient un haut niveau de désajustement émotionnel (57,1%) et un bas niveau de ressources adaptatives (14,3%). Les femmes avaient un haut niveau de désajustement émotionnel (26,3%) et un haut niveau de ressources adaptatives (2,9%). Les participants présentaient un trouble de stress post-traumatique (38,5%) et un burnout parental (26,9%). Les hommes étaient plus vulnérables que les femmes.

Conclusion : Il ressort qu'être parent d'enfant autiste est associé à des pénibilités diverses dont le vécu engendre une souffrance voilée.

ABSTRACT

Objective: The aim of the study was to evaluate the potential deterioration in the mental health status of parents of children with autism in the city of Douala.

Method: This was a descriptive cross-sectional study in 8 centers for children with special needs in the city of Douala. The variables studied were socio-demographic data and mental health status. Mental health was assessed using 5 tests. Data were analyzed using SPSS software and the scoring grid for each test.

Results: Fifty-two participants were recruited, predominantly women (sex ratio = 0.36). The participants had a low perception of their ability to cope with stress (96.2%). Definite anxiety symptoms were present (26.9%). Depression was definitely present (19.2%). The men had a high level of emotional maladjustment (57.1%) and a low level of adaptive resources (14.3%). Women had a high level of emotional maladjustment (26.3%) and a high level of adaptive resources (2.9%). Participants had post traumatic stress disorder (38.5%) and parental burnout (26.9%). Men were more vulnerable than women.

Conclusion: It emerges that being the parent of an autistic child is associated with a variety of difficulties, the experience of which gives rise to veiled suffering.

Introduction

La présence d'un enfant autiste dans une famille implique des efforts supplémentaires à fournir par les parents par rapport aux enfants neuro-typiques (1,2). Ceux-ci font donc face à des difficultés de plusieurs ordres. Sur le plan émotionnel, on note le stress, le traumatisme de l'annonce du diagnostic et la pression liée aux exigences de la prise en charge de l'enfant. Sur le plan des difficultés de l'enfant, on note les troubles du comportement et de communication de l'enfant (1,3, 4, 5). Une étude française de Derguy menée sur 115 parents d'enfant autiste montre que 55% de la population étaient en détresse, 20% avaient une symptomatologie anxieuse, 18% avaient une symptomatologie dépressive et 56% avaient un niveau de stress parental élevé (6). Face à tout ceci, les parents doivent s'ajuster et s'adapter à cette situation inattendue (3, 7).

La fréquence du trouble du spectre autistique (TSA) aux États-Unis se rapproche de 1 % de la population (8). Pour l'organisation mondiale de la santé, le TSA touche 1/160 dans le monde (9). En France, environ 700.000 personnes sont atteintes d'un trouble du spectre autistique, ce qui représente 1 personne sur 100 (10). Au Cameroun, selon les dernières statistiques du ministère de la santé publique, le TSA touche plus de 100.000 enfants (11). Selon une étude épidémiologique menée par Happi (11) sur un échantillon de 2000 enfants âgés entre 26 et 60 mois dans la région du littoral, 1,2% présentaient un risque de TSA. La prise en charge du TSA reste un défi à relever pour les parents au Cameroun. De nombreux travaux s'intéressant au TSA, accordent plus d'importance aux enfants qu'aux parents.

Le but du travail était d'évaluer la potentielle altération de l'état de santé mentale des parents ayant un enfant avec autisme dans la ville de Douala. L'objectif étant de mettre en évidence la souffrance cachée des parents et l'impact psychologique de l'autisme. Il est important de

comprendre la tension exercée sur les parents, leur santé mentale et leur bien-être.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive dans des centres de prise en charge des enfants à besoins spécifiques dans la ville de Douala. Onze structures de prise en charge et 4 associations ont été contactées. Au total 8 structures et une association ont répondu favorablement à la demande. Étaient inclus dans l'étude, les parents d'enfant avec un diagnostic de TSA posé par un spécialiste, de nationalité camerounaise, résidant dans la ville de Douala avec l'enfant et ayant signé le consentement éclairé. Étaient exclus de notre étude, les parents dont l'enfant présentait des comorbidités ou d'autres troubles neuro-développementaux, ceux ayant plus d'un enfant atteint de TSA. Les parents ayant un ou d'autres enfants atteints d'autres maladies chroniques et ceux ayant un enfant souffrant d'une maladie nécessitant une hospitalisation pendant ou un mois avant la période de l'étude étaient également exclus. Tout parent suivi par un psychologue pour un autre problème psychologique personnel ne pouvait pas faire partie de l'étude.

Les variables étudiées étaient les données sociodémographiques (l'âge, le sexe, le statut matrimonial, le niveau d'étude, la profession pour l'enfant et le parent), et la santé mentale (les symptômes de dépression, d'anxiété, de stress, les ressources adaptatives et le burnout parental). Cinq tests standardisés étaient utilisés pour évaluer la détresse chez les parents ayant un enfant sous le spectre de l'autisme. Il s'agissait du *Perceived Stress Scale* (PSS-10) version française de Bellinghausen et al. (14) qui a permis d'évaluer le stress perçu et le contrôle perçu. Cet instrument permet aux répondants de situer sur une échelle de type Likert à cinq points allant de 1= jamais jusqu'à 5= très souvent, les sentiments et les pensées ressentis durant les trente derniers jours. Il permet

ainsi une auto-évaluation de la perception du stress vécu. La *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) de Lépine, Mise à jour par Guelfi (15) qui a permis d'évaluer les symptômes anxieux et dépressifs. C'est une échelle d'auto-évaluation de la symptomatologie anxieuse et dépressive, composée de 14 items, l'échelle HAD a été développée en Angleterre par Zigmond et Snaith. Conçue pour faciliter la reconnaissance des troubles psychopathologiques en médecine interne, elle peut permettre de suivre l'évolution de ces troubles sous traitement mais elle peut également servir d'instrument de dépistage. La cotation est facile. Chaque réponse est cotée de 0 à 3 sur une échelle évaluant de manière semi-quantitative l'intensité du symptôme au cours de la semaine écoulée.

Le *Dysfonctionnement Émotionnel et Ressource Adaptative* (DERA) de Moreno-Rosset, Antequera et Rio (2008) qui a permis d'évaluer les dysfonctionnements émotionnels et les ressources adaptatives. Son but est d'évaluer les changements qui peuvent s'opérer au niveau émotionnel suite à la survenue d'un événement stressant. Il est constitué de 48 items cotés selon une échelle de Likert à 5 points et répartis en 4 sous-échelles.

Le *Post Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5* (PCL-5) de Weathers et al. (16) qui a permis d'évaluer les troubles de stress post-traumatique en lien avec l'annonce du diagnostic de l'enfant. La PCL-5 est un inventaire d'autoévaluation de 20 items évaluant la gravité des symptômes de Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) au cours du dernier mois, selon le DSM 5. La PCL-5 a 4 sous-échelles, correspondant chacune à des critères de symptômes dans le DSM-5. Sur une échelle de 5 points de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement), les sujets évaluent à quel point un problème décrit dans l'énoncé les dérangeait le mois dernier.

Le *Parenting Burn out Inventory* (PBI) de Roskam et al. (17) qui a permis d'évaluer les symptômes d'épuisement. L'inventaire de burnout parental développé par Roskam et ses collaborateurs à base

d'une méthode déductive du Maslach burnout inventory est un outil d'autoévaluation et de diagnostic du burnout parental. Il est constitué de 22 items. Il rend parfaitement compte des trois dimensions ou symptômes du burnout parental : l'épuisement, la distanciation émotionnelle et la perte d'efficacité et d'épanouissement parental.

Un questionnaire des données sociodémographiques élaboré par nos soins a servi à explorer les données contextuelles liées au parent et à l'enfant dans le contexte du TSA.

L'analyse des données a été faite à partir de la grille de cotation des tests et du logiciel de traitement de données *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS version 23). Les variables continues étaient décrites par les paramètres de tendance centrale et de dispersion. Les variables catégorielles étaient décrites sous forme de pourcentages, proportions, et/ou fréquences.

Résultats

Cent cinquante parents rencontrés, parmi lesquels 120 ont été favorables. L'échantillon était constitué de 52 parents (14 hommes et 38 femmes) (**tableau I**).

Les résultats du PSS-10 révèlent que 46,2 % des participants ont un faible débordement perçu ; 44,2% ont un débordement perçu moyen et 9,6% ont un débordement perçu élevé. En outre, 96,2% des participants ont une faible efficacité perçue ; 3,8% ont une efficacité moyenne et 0% pour l'efficacité perçue élevée. En revanche, 9,6% ont un niveau de stress élevé. Le niveau de débordement était perçu élevé chez les femmes (10,5%) (**tableau III**).

Selon la HAD, 26,9% des participants avaient une symptomatologie certaine d'anxiété. Les participants présentaient une absence de symptomatologie de dépression (57,7%). Les signes d'anxiété étaient plus rencontrés chez les hommes (28,6%). Les signes de dépression étaient rencontrés chez les femmes (28,6%) (**tableau IV**).

Tableau I : récapitulatif des résultats issus des données sociodémographiques des parents

	Variables	(n)	(%)
Age	26-33	12	23,1
	34-41	27	51,9
	42-49	7	13,5
	50-57	2	3,8
	58-65	1	1,9
	Non répondu	3	5,8
Sexe	Masculin	1	26,9
	Féminin	38	73,1
Niveau d'étude	Primaire	1	1,9
	Secondaire premier cycle	3	5,8
	Secondaire second cycle	12	23,1
	Supérieur cycle licence	18	34,6
	Supérieur cycle master	12	23,1
	Supérieur cycle doctorat	4	7,7
	Non répondu	2	3,8
Statut matrimonial	Marié(e)	32	61,5
	Célibataire	17	32,7
	Divorcé(e)	3	5,8
Statut socio-professionnel	Employé	23	44,2
	Patron	14	26,9
	Sans emploi	11	21,2
	Retraité(e)	2	3,8
	Non répondu	2	3,8

Selon la DERA, les hommes présentent un niveau de désajustement émotionnel haut (57,1%), un bas niveau de ressources personnelles (50%).

Tableau II : récapitulatif des résultats issus des données sociodémographiques des enfants

	Variables	(n)	(%)
Âge	3-9	18	34,6
	10-16	15	28,8
	17-23	3	5,8
	24-30	6	11,5
	31-37	7	13,5
	32	1	1,9
	Non répondu	2	3,8
Sexe	Masculin	40	76,9
	Féminin	11	21,2
	Non répondu	1	1,9
Âge du diagnostic	7-12	16	30
	Non répondu	5	9,6
Niveau de sévérité du trouble de l'enfant	Léger	5	9,6
	Moyen	28	53,8
	Sévère	13	25,0
	Profond	2	3,8
	Non répondu	4	7,7
Lieu de prise en charge	Dans un centre	42	80,
	À domicile	6	11,5
	Non prise en charge	2	3,8
	Non répondu	2	3,8
Structure de prise en charge (lieu de collecte des données)	Anaissa	6	11,5
	Ippr	14	26,9
	Cameleon	4	7,7
	Camelins	3	5,8
	Espoir educ	5	9,6
	Matou toutou	4	7,7
	Centre éducatif clinique	11	21,2
	Guy martial center	65	9,6

Tableau III: répartition des données du PSS-10 selon le sexe

PSS-10	Hommes			Femmes		
	Débordement perçu	Efficacité perçue	Niveau de stress	Débordement perçu	Efficacité perçue	Niveau de stress
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Faible	7 (50%)	14 (100%)	9 (64,28)	18 (47,36%)	36 (94,73%)	30 (78,94%)
Moyen	7 (50%)	0 (0,0%)	5 (35,71%)	16 (42,10%)	2 (5,26%)	6 (15,78%)
Élevé	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (10,52%)	0 (0,0%)	2 (5,26%)

PSS : Perceived Stress Scale

Tableau IV : Répartition des données du HAD selon le sexe

Femmes	Anxiété		Dépression		Hommes	Anxiété		Dépression	
	n	%	n	%		n	%	n	%
Absence de symptômes	14	36,8	23	60,5	Absence de symptômes	5	35,7	7	50
Symptômes douteux	15	39,5	8	21,1	Symptômes douteux	5	35,7	3	21,4
Symptômes certains	9	23,7	7	18,4	Symptômes certains	4	28,6	4	28,6

HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale

Tableau V : répartition de la DERA selon les deux profils

	Désajustement émotionnel (DE)		Ressources personnelles (RP)		Ressources interpersonnelles (RI)		Ressources adaptatives (RA)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Haut	8 (57,14%)	10 (26,31%)	1 (7,14%)	7 (18,42%)	3 (21,42%)	3 (7,89%)	2 (14,28%)	1 (2,85%)
Moyen	3 (21,42%)	18 (47,31%)	6 (42,85%)	7 (18,42%)	3 (21,42%)	7 (18,42%)	4 (28,57%)	9 (23,68%)
Bas	3 (21,42%)	10 (26,31%)	7 (50%)	24 (63,15%)	8 (57,14%)	28 (73,68%)	8 (57,14%)	28 (73,68%)
Total	14 (100%)	38 (100%)	14 (100%)	38 (100%)	14 (100%)	38 (100%)	14 (100%)	38 (100%)

DERA : Dysfonctionnement Émotionnel et Ressource Adaptative

Concernant les ressources interpersonnelles, un niveau de ressources interpersonnelles bas (57,1%) et un niveau de ressources adaptatives bas (57,1%). Les femmes présentent un niveau de désajustement émotionnel moyen (47,3%), un bas niveau de ressources personnelles (63,2%), un niveau de

ressources interpersonnelles bas (73,7%) et un niveau de ressources adaptatives bas (73,7%) (**tableau V**). L'analyse des données montre que 38% des participants présentaient un trouble de stress post-traumatique lié à l'annonce du diagnostic de l'enfant.

Tableau VI : répartition des données du PCL-5 selon le sexe

PCL-5	Hommes		Femmes	
	n	%	n	%
Absence de TSPT	6	42,9	26	68,4
Présence de TSPT	8	57,1	12	31,6

PCL-5: Post Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5
TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

Tableau VII : répartition des données du PBI selon le sexe

PBI	Hommes		Femmes	
	N	%	n	%
Pas de risque de burnout	/	/	/	/
Risque léger de burnout	3	21,4	7	18,4
Risque modéré de burnout	4	28,6	16	42,1
Risque élevé de burnout	1	7,1	7	18,4
Burnout	6	42,9	8	21,1

PBI : Parenting Burn out Inventory

Discussion

La moyenne d'âge des parents était de 30 ans avec des extrêmes de 65 et de 17 ans. Ce résultat peut se comprendre à partir de critères d'inclusion de votre étude qui ne prenait que des parents ayant un enfant autiste donc le diagnostic à été établie par un professionnel. Toutefois, nous nous demandons si nos résultats ne corroboreraient pas ceux de Gérain et Zech (16) qui concluent que les parents d'enfants typiques plus âgés seraient

moins à risque de développer un burnout ou épuisement émotionnel que ceux plus jeune si nous avons fait une analyse statistique. C'est-à-dire que l'âge est un facteur de risque d'épuisement pour les parents qui ont des enfants différents. Puisque, l'âge moyen de nos participants étant de 30 ans, cela justifierait le taux élevé de burnout et de risque de burnout (26.9% de burnout et 73,1% de risque cumulé de burnout).

Nos participants étaient à 73,1% femmes et à 26,9% homme. Ce résultat peut se comprendre à deux niveaux. Premièrement, la faible participation des pères serait liée à la culture qui voudrait que l'homme soit celui qui s'occupe des finances et la femme celle qui s'occupe du suivi de l'éducation de l'enfant. Et aussi, 21,2% des participants étaient sans emploi, c'est-à-dire disponible pour répondre au protocole de recherche. Deuxièmement, le nombre de divorce pourrait aussi permettre de comprendre ce résultat.

En revanche, certaines études décrivent que le niveau d'étude est déterminant dans la survenue de la souffrance vécue par le parent. En mettant en évidence qu'avoir un bon niveau d'études serait un facteur de risque de l'épuisement parental (16). Tandis que d'autres études n'ont pas trouvé de lien entre le burnout parental et le niveau d'éducation des parents (17 ; 18). La principale limite de notre travail reste au niveau méthodologique dans l'analyse statistique qui nous aurait permis de vérifier cette hypothèse. Néanmoins, la plupart de nos participants avaient un niveau d'étude supérieur licence à 34,6% et master à 23,1%

Par ailleurs, quelques études mettent aussi en lien le statut socioprofessionnel comme un facteur supplémentaire de stress pour les parents Mikolajczak *et al.* (18). Dans notre série, 44,2% des participants présentaient un emploi tandis que 21,2% étaient sans emploi. Le stress est important pour les parents sans emploi qui s'occupent de leurs enfants à domicile. Ceci pourrait augmenter le risque de burnout chez ces derniers.

Beaud et Quente (22) ont mené une étude sur l'identification de l'impact psychosocial des troubles autistiques sur la qualité de vie des parents, ainsi que les stratégies qu'ils emploient pour faire face aux symptômes relevant du trouble de l'enfant. Leurs résultats ont montré que le vécu des parents est influencé par des variables de nature différente telles que les caractéristiques de l'enfant autiste ; la composition de la cellule familiale ; l'accès aux

services professionnels ; ou encore le type de prise en charge. Bien que n'ayant pas fait de test statistique, l'analyse des tendances centrales et de dispersions des caractéristiques de l'enfant (sexe, âge, nombre d'enfant, âge du diagnostic et le degré du trouble) montre ceci. Le Mode en ce qui concerne le nombre d'enfant est 3 et l'Écart type est 13,421 ; l'âge moyen des enfants est de 6,65 ans ; le sexe ratio est de 3,63 garçons sur 1 fille ; la moyenne d'âge du diagnostic c'est 10,73 ans et pour ce qui concerne le degré du trouble, le mode c'est moyen. Ce résultat témoigne du fait que l'autisme touche plus de garçons que de filles (voir tableau II). Dans notre contexte, la rareté des moyens et des spécialistes pour le diagnostic de l'autisme pourrait nous permettre de comprendre le diagnostic tardif des enfants. On note également que le degré de sévérité du trouble est un élément important qui pourrait induire de la souffrance chez les parents.

Une étude similaire menée sur la population générale Le Vigouroux et Scola (23) montre qu'en prenant en compte la personnalité de l'enfant, plus les enfants étaient perçus comme émotionnellement instables, désagréables et non consciencieux, plus les niveaux de burnout parental étaient élevés. Nos résultats peuvent ainsi être rapprochés de ceux-là en raison du caractère instable des enfants sous le spectre de l'autisme et autre perturbation qui caractérise ce trouble et ce qui vise à rendre le travail des parents plus difficile.

Les principaux résultats concernant la variable santé mentale présentent une symptomatologie certaine d'anxiété chez 26,9% des participants, une symptomatologie certaine de dépression chez 19,2%. Le niveau de désajustement émotionnel était haut chez 57,1% des hommes avec un bas niveau de ressources adaptatives chez 14,3%. Tandis que chez les femmes on avait un haut niveau de désajustement émotionnel dans 26,3% des cas et un haut niveau de ressources adaptatives dans 2,9% des cas. Les participants présentaient un trouble de stress posttraumatique dans 38,5% des cas et un burnout parental dans 26,9% des cas.

Nous remarquons aussi que les hommes étaient plus en situation de burnout que les femmes (42,9% contre 21,2%). Des études belge et néerlandaise ont montré les résultats similaires en décrivant un niveau de détresse psychologique et d'épuisement plus important chez les hommes que chez les femmes (18, 21). En effet, être père d'un enfant ayant des besoins spécifiques serait-il un facteur de risque pour l'épuisement émotionnel. Puisque, les pères issus de cette population présenteraient plus de burnout que les femmes.

Selon les auteurs, les hommes développeraient plus de distance émotionnelle lorsque les demandes parentales augmentaient afin de rester disponibles pour leur vie professionnelle, alors que les mères resteraient disponibles pour leur rôle maternel malgré le conflit famille-travail auquel elles font face. Toutefois, d'autres études faites sur la population générale ne trouvent pas le même résultat. En effet, les facteurs prédictifs du burnout parental selon le genre semblent différents entre les mères et les pères (20). Des études israéliennes (21) et suédoises (22 - 23) ont obtenu des résultats inversés en montrant que les mères d'enfants ayant des pathologies somatiques ou étant en bonne santé obtenaient généralement des scores de burnout parental significativement supérieurs aux pères.

Dans le même sens, Duygun et Sezgin (25) remarquent que de façon générale, les parents d'enfants atypiques sont plus en burnout parental que les parents ayant des enfants typiques. Cette tendance semble plus souvent marquée chez les mères, selon une étude menée par Lindström *et al.*, (24). Ce qui contraste avec nos résultats qui montrent plutôt une prédominance de burnout chez les hommes (42,9% d'hommes contre 21,1% de femmes). Cela se justifierait dans notre cas par le fait que les hommes présentent un niveau de désajustement émotionnel plus élevé que les femmes et à contrario un niveau de ressources adaptatives plus bas que les femmes. Bien que notre étude n'eût pas un visé comparatif des parents d'enfants autistes des autres parents neurotypique,

nous pouvons quand même constater que les hommes semblent être plus en burnout que les femmes alors que c'est l'inverse dans l'anxiété, la dépression et le trouble stress posttraumatique.

Dans la perspective du modèle de Lazarus et Folkman, le stress parental apparaît lorsque le parent ne peut restaurer un fonctionnement adéquat, suite à l'introduction d'un stressor lié à l'éducation de l'enfant, en s'engageant dans des stratégies d'ajustement (26). Il est aujourd'hui bien démontré que les parents d'enfants ayant un TSA présentent des niveaux de stress significativement plus élevés que les parents d'enfants au développement typique. Nos résultats montrent que 9,6% ont un niveau de stress élevé, par contre, 9,6% à un niveau de débordement perçu élevé, ce qui signifie que malgré ce faible taux de stress, son vécu est catastrophique. Cependant, la perception du contrôle est aussi faible (voir **tableau III**).

D'autres recherches menées sur l'impact de l'autisme sur les parents (2; 27; 28; 5; 3) relèvent une détresse importante chez les parents et surtout chez les mères ; un stress important et une répercussion sur leur qualité de vie (voir **tableau VI**). Selon ces études, ce stress serait dû à la surcharge quotidienne de travail et de soins qui accroissent la fatigue, entraînent de l'irritabilité, voire de la dépression, ce qui limite la disponibilité des parents pour les autres enfants et leur propre couple (27). Le stress parental peut se trouver en outre intensifié par des difficultés de communication. Selon, Baghdadli, *et al.* (4), les parents d'enfants autistes présenteraient un risque particulièrement élevé d'isolement social, de discorde maritale et, finalement, de séparation. D'autres sources de stress concernent les domaines de limitation de l'enfant comme les problèmes liés au sommeil et à l'alimentation, particulièrement fréquents chez les enfants autistes. D'après plusieurs chercheurs, des difficultés financières sont susceptibles d'affecter sérieusement la qualité de la vie des familles avec un enfant autiste (2, 27). Ce stress sous ses formes plus sévères peut altérer qualitativement le

fonctionnement social et restreindre les capacités de l'individu à interagir socialement. Certaines études établissent le lien entre le stress et la dépression et entre le stress et le trouble de stress post-traumatique (3).

Conclusion

Il ressort qu'être parent d'enfants autistes est associé à de pénibilités diverses. Plusieurs psychopathologies étaient détectées parmi lesquelles le trouble du stress posttraumatique, le burnout parental, la dépression et l'anxiété. Il serait bénéfique pour des centres de prise en charge des enfants autistes d'intégrer et de prendre en considération la santé mentale des parents. Ce travail a pour intérêt d'être pionnier en matière de description des psychopathologies présenté par les parents d'enfants autistes. Il serait intéressant d'évaluer le poids et l'implication de la santé mentale dans la dynamique de vie des parents et l'expression de leur détresse.

Conflit d'intérêt :

Aucun

Contribution des auteurs :

Menzepo Gérôme Didié : acquisition des données, analyse et interprétation des données, rédaction de l'article, Njiengwe Erero : conception et design, approbation finale de la version à publier, Eyoum Christian : conception et design, approbation finale de la version à publier, Happi Harman : révision critique du contenu intellectuel important, Epopa Ebene David Donald : acquisition des données, analyse et interprétation des données, Biloa Menounga Nadège : révision critique du contenu intellectuel important, Tang li Paul-Fils : révision critique du contenu intellectuel important, Doumbe Jacques Narcisse : conception et design, approbation finale de la version à publier

Références

1. Baghdadli, A., Darron, C., & Mayer, J. impact de l'autisme sur la famille. Dans A. Baghdadli, C. Darron, & J. Mayer, éducation thérapeutique des parents d'enfant avec trouble du spectre autistique. paris: Elsevier Masson. 2015; p. 18-27.
2. Cohan, M. I.. Le petit livre des parents: Ressource à l'intention des parents qui viennent d'apprendre que leur enfant présente une déficience intellectuelle. Downsvie: Institut G.Allan Roeher. 1986.
3. Derguy, C. L'ajustement parental dans les troubles du spectre de l'autisme. Etude des facteurs de protection et de vulnérabilité et développement d'un programme d'éducation thérapeutique (éd. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01531051>). Bordeaux: psychologie Université de Bordeaux. 2014. P. 125-136
4. Baghdadli, A., Darrou, C., Coudurier, C., Michelon, C., Raysse, P., Ledéser, B., et al. Durée des prises en charge d'enfants autistes et qualité de vie de leurs parents. Pratiques et Organisation des Soins.2008 ; 39(1) ; 53-60.
5. Des Rivières-Pigeon, C., & Courcy, I. Il faut toujours être là. » Analyse du travail parental en contexte d'autisme. (C. U. l'INRS, Éd.) Enfances Familles Générations. 2017. 61-92
6. OMS. Formation des parents pour la prise en charge des enfants atteints de déficience. (oms, Éditeur) Consulté le juillet 18, 2020, sur https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/child/q6/fr/ .2020.
7. American Psychiatric Association.. DSM-5 manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (éd. 5e édition). (M.-A. C. Guel, Trad.) Paris: Elsevier Masson. 2015. 120-136
8. OMS. Principaux repères sur l'autisme, version française. Consulté le juillet 03, 2020, sur organisation mondiale de la santé: <http://www.who.int/fr/new-room/factsheets/detail/autism-spectrum-disorders>. 2017.
9. Volontaire pour les personnes avec autisme (VA). volontaire pour les personnes avec autisme. Consulté le juillet 3, 2020, sur l'autisme en chiffres: <http://www.autisme.fr/l-autisme-en-chiffres.html>
10. Ferragut, E. Aggressions et maltraitances. Paris: Masson. 2006
11. Jacques, P. Souffrance psychique et souffrance sociale. Pensée plurielle. 2004 ; 2(8) ; p. 21-29. <https://doi.org/10.3917pp.008.0021>
12. Roskam I, Mikolajczak M A theoretical and clinical framework for parental burnout: The Balance between Risks and Resources (BR²). Frontiers in Psychology. 2018. P.200-221
13. Roskam, I., Raes, M.-E., & Mikolajczak, M. Exhausted parents: Development and preliminary validation of the Parental Burnout Inventory. Frontiers in Psychology. 2017; 8, 163.
14. Cohen, S., Kamarck, T., and Mermelstein, R. The PSS Scale is reprinted with permission of the American Sociological Association, a global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior. 1983; 24; p. 386-396.
15. Gérain, P., & Zech, E. Does informal caregiving lead to parental burnout? Comparing parents having (or not) children with mental and physical issues [When the Great Adventure of Parenting Turns to Disaster: Regrets and Burnout]. Frontiers in Psychology. 2018; 9, 884.

16. Lindström C, Aman J, Norberg, al Parental burnout in relation to sociodemographic, psychosocial and personality factors as well as disease duration and glycaemic control in children with Type 1 diabetes mellitus. *Acta Paediatr.* 2011. 100(7); p. 1011–7.
17. Van Bakel, H. J. A., Van Engen, M. L., & Peters, P. Validity of the Parental Burnout Inventory among Dutch employees [When the Great Adventure of Parenting Turns to Disaster: Regrets and Burnout]. *Frontiers in Psychology*, 9, 697.
18. Karadavut, K. I., & Uneri, S. O. Burnout, depression and anxiety levels in mothers of infants with brachial plexus injury and the effects of recovery on mothers' mental health. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 157, 43–47. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.03.001>. 2011.
19. Manor-Binyamini, I., & Abu-Ajaj, O. Ways of coping and mental burnout of Bedouin mothers compared to Bedouin fathers of children with ASD. *Neuropsychiatry*. 2017; 7(1).
20. Lindström, C., Åman, J., & Lindahl Norberg, A. Increased prevalence of burnout symptoms in parents of chronically ill children. *Acta Paediatrica*. 2010; 99 ; p. 427–432. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1651-2227.2009.01586.x>
21. Beaud, L., & Quente, J.-C. Information et vécu parental du diagnostic de l'autisme II. Effets des troubles et qualité de vie. *Annales Médico-Psychologiques*. 2011 ; 169 (2) ; p. 132–139.
22. Le Vigouroux, S., & Scola, C. Differences in parental burnout: Influence of demographic factors and personality of parents and children [When the Great Adventure of Parenting Turns to Disaster: Regrets and Burnout]. *Frontiers in Psychology*. 2018 ; 9 ; 887. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00887>
23. Duygun, T., & Sezgin, N. The effects of stress symptoms, coping styles and perceived social support on burnout level of mentally handicapped and healthy children's mothers. *Türk Psikoloji Dergisi*. 2003; 18(52); p. 37–52.
24. Lindahl Norberg, A. L. Parents of children surviving a brain tumor: Burnout and the perceived disease-related influence on everyday life. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*. 2010; 32(7); p. 285–289. <http://dx.doi.org/10.1097/MPH.0b013e3181e7dda6>
25. Ratté, V. Le vécu des mères d'enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme: comprendre l'adaptation parentale pour mieux soutenir en période de stress. Québec: Université du Québec en Outaouais. 2019. P.85-110.
26. Sénéchal, C., & Des Rivières-Pigeon, C. Impact de l'autisme sur la vie des parents. (<http://id.erudit.org/iderudit/029772ar>, Éd.) *Santé mentale au Québec*. 2009 ; 34(1) ; p. 245-260.
27. Vianne, T., Marlene, B., & Melissa, M. Guide de ressources pour les parents d'enfants autistes : Soutien de la pratique d'inclusion. Autism Society of America. 2004. 1(18).