Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente
ISSN: 1578-1062

REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE
REVUE DE PSYCHIATRIE ET PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT
ISSN:578-1062

Qualité de vie des parents d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme : étude transversale descriptive dans un contexte marocain

Quality of Life of Parents of Children with Autism Spectrum Disorder: A Cross-Sectional Descriptive Study in a Moroccan Context

Calidad de vida de los padres de niños con trastorno del espectro autista: estudio descriptivo transversal en el contexto marroquí

Doha Khayat

Équipe universitaire de pédopsychiatrie, CHU Med VI de Marrakech, Maroc.

Bouchra Aabbassi

Équipe universitaire de pédopsychiatrie, CHU Med VI de Marrakech, Maroc. Centre de recherche « Santé, Enfance et développement » faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, Maroc, université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Fatiha Manoudi

Équipe de recherche pour la santé mentale, faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Correspondace :

Doha Khayat ; E-mail :doha.khayat01@gmail.com

Identifiant ORCID : 0009-0003-3336-6471

Reçu: 17/10/26
Accepté : 1/11/2026

Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1-11

Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI : https://doi.org/10.65549/ytp1a070

Résumé

Introduction : Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est un trouble neurodéveloppemental d'une prévalence croissante dont l'impact sur la qualité de vie des parents reste insuffisamment documenté dans les contextes culturels arabes et nord-africains. Cette étude avait pour objectif d'évaluer la qualité de vie des parents d'enfants présentant un TSA suivis en consultation de pédopsychiatrie à Marrakech, et d'explorer les facteurs sociodémographiques et cliniques associés.

Méthodes : Étude descriptive transversale incluant 62 parents d'enfants et d'adolescents présentant un TSA diagnostiqué selon les critères du DSM-5, recrutés à l'hôpital Ibn Nafis de Marrakech. La qualité de vie parentale a été évaluée par la version arabe du questionnaire PAR-DD-QOL (PAR-AR-QOL). L'analyse statistique comprenait une analyse descriptive et des tests de comparaison de moyennes (ANOVA), avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$.

Résultats : Le score total moyen de qualité de vie parentale était de 2,88 ± 0,61, reflétant une altération modérée. L'auto-évaluation globale (item 17) montrait des niveaux majoritairement « moyenne » (30,4 %) et « peu satisfaisante » (28,6 %). La présence d'antécédents psychiatriques parentaux était le seul facteur significativement associé au score total ($p < 0,0001$).

Conclusion : Cette étude confirme une altération modérée de la qualité de vie parentale dans le contexte marocain du TSA. Les antécédents psychiatriques parentaux étaient le seul facteur significativement associé au score total de qualité de vie parentale dans notre échantillon. Ces résultats plaident pour l'intégration systématique d'un soutien psychosocial aux parents dans la prise en charge globale du TSA.

Mots-clés : trouble du spectre de l'autisme ; qualité de vie parentale ; facteurs associés

Resumen

Introducción: El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo cuya prevalencia está aumentando y cuyo impacto en la calidad de vida de los padres sigue estando insuficientemente documentado en los contextos culturales árabes y norteafricanos. El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de vida de los padres de niños con TEA atendidos en consultas de psiquiatría infantil en Marrakech, así como explorar los factores sociodemográficos y clínicos asociados.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal en el que participaron 62 padres de niños y adolescentes con diagnóstico de TEA según los criterios del DSM-5, reclutados en el Hospital Ibn Nafis de Marrakech. La calidad de vida parental se evaluó mediante la versión árabe del cuestionario PAR-DD-QOL (PAR-AR-QOL). El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva y pruebas de comparación de medias mediante ANOVA, con un umbral de significación estadística establecido en $p < 0,05$.

Resultados: La puntuación media total de calidad de vida parental fue de 2,88 ± 0,61, lo que refleja un deterioro moderado. La autoevaluación global (ítem 17) mostró que las categorías más frecuentes fueron «media» (30,4 %) y «poco satisfactoria» (28,6 %). Los antecedentes psiquiátricos de los padres fueron el único factor asociado significativamente con la puntuación total ($p < 0,0001$).

Conclusión: Este estudio pone de manifiesto un deterioro moderado de la calidad de vida parental en el contexto marroquí del TEA. Los antecedentes psiquiátricos de los padres fueron el único factor asociado significativamente con la puntuación total de calidad de vida parental en nuestra muestra. Estos resultados respaldan la integración sistemática de un apoyo psicosocial dirigido a los padres en el abordaje integral del TEA.

Palabras clave : trastorno del espectro autista; calidad de vida parental; factores asociados.

Abstract

Background: Autism spectrum disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder with a growing prevalence, whose impact on parental quality of life remains insufficiently documented in Arab and North African cultural contexts. This study aimed to assess the quality of life of parents of children with ASD attending child psychiatry consultations in Marrakech and to explore associated sociodemographic and clinical factors.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted involving 62 parents of children and adolescents diagnosed with ASD according to DSM-5 criteria and recruited at Ibn Nafis Hospital in Marrakech. Parental quality of life was assessed using an Arabic adaptation of the PAR-DD-QOL questionnaire (PAR-AR-QOL). Statistical analyses included descriptive statistics and comparisons of means using analysis of variance (ANOVA), with statistical significance set at $p < 0.05$.

Results: The mean total parental quality-of-life score was 2.88 ± 0.61, indicating moderate impairment. Global self-assessment (item 17) showed that the most frequently reported categories were “average” (30.4%) and “unsatisfactory” (28.6%). Parental psychiatric history was the only factor significantly associated with the total score ($p < 0.0001$).

Conclusion: This study highlights moderate impairment in parental quality of life in the Moroccan context of ASD. Parental psychiatric history was the only factor significantly associated with the total parental quality-of-life score in our sample. These findings support the systematic integration of psychosocial support for parents into comprehensive ASD care.

Keywords: autism spectrum disorder; parental quality of life; associated factors.

Introduction

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) constitue l'un des troubles neurodéveloppementaux les plus complexes et les plus prévalents de notre époque. Défini par le DSM-5 selon deux axes symptomatiques principaux – les déficits persistants dans la communication et les interactions sociales d'une part, et les comportements, intérêts ou activités restreints et répétitifs d'autre part – ce trouble s'accompagne d'un niveau de sévérité variable selon l'intensité du soutien requis [1].

Les données épidémiologiques révèlent une réalité préoccupante : si l'Organisation Mondiale de la Santé estime la prévalence mondiale à 1 enfant sur 160, les chiffres américains atteignent désormais 1 enfant sur 59. Au Maroc, l'absence de statistiques officielles et de registre national ne doit pas masquer une tendance alarmante à la hausse [2].

La qualité de vie est un concept multidimensionnel et subjectif. L'OMS la définit comme la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et des systèmes de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes et ses préoccupations. Il s'agit d'un large champ conceptuel englobant la santé physique, l'état psychologique, le niveau d'indépendance, les relations sociales, les croyances personnelles et la relation avec l'environnement [3].

La qualité de vie des parents d'enfants présentant un TSA constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique. Les études antérieures rapportent une altération de la qualité de vie parentale, influencée par divers facteurs liés aussi bien aux caractéristiques du trouble et aux besoins particuliers de l'enfant qu'au contexte familial et psychosocial [4] [5]. Ces facteurs interagissent de manière dynamique, rendant la qualité de vie parentale difficile à prédire à partir d'une seule variable clinique.

L'évaluation de la qualité de vie des parents d'enfants avec TSA requiert des outils spécifiques, capables de rendre compte des particularités du vécu parental. Dans cette perspective, le questionnaire PAR-DD-QOL a été développé et validé en français, puis adapté en version arabe (PAR-AR-QOL) pour les populations arabophones [6].

Cet instrument explore l'impact émotionnel, les relations familiales et sociales, la charge quotidienne liée aux soins, et le sentiment de compétence parentale, le rendant particulièrement adapté à notre contexte.

Bien que le TSA soit associé à un retentissement familial et social important, son impact sur la qualité de vie des parents reste insuffisamment exploré dans des contextes culturels et socio-économiques spécifiques. À notre connaissance, peu d'études se sont intéressées à cette problématique dans le contexte marocain.

Objectifs de l'étude :

- Evaluer la qualité de vie des parents d'enfants présentant un TSA suivis en consultation de pédopsychiatrie à Marrakech.
- Explorer les facteurs sociodémographiques et cliniques pouvant y être associés, afin de contribuer à une meilleure adaptation des pratiques cliniques et des stratégies de prise en charge.

Matériel et méthodes

Type d'étude et population :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale, réalisée auprès des parents d'enfants et adolescents suivis en consultation de pédopsychiatrie à l'hôpital Ibn Nafis de Marrakech et présentant un trouble du spectre de l'autisme.

Ont été inclus dans l'étude 62 parents (père ou mère) d'enfants et d'adolescents ayant bénéficié d'au moins trois consultations en pédopsychiatrie, et pour lesquels l'annonce diagnostique du TSA avait été réalisée avant le début de l'étude.

Considérations éthiques :

Les parents ont été informés des objectifs de l'étude et de son caractère volontaire.

L'anonymat et la confidentialité des données ont été respectés.

Outils d'évaluation :

Une fiche d'exploitation préétablie a permis de recueillir les données socio-démographiques et cliniques.
Le diagnostic de TSA a été posé sur la base d'une évaluation clinique approfondie au sein d'une équipe pluridisciplinaire, conformément aux recommandations du NICE (2021) et aux critères du DSM-5 [7]. Il a été complété par l'analyse du profil fonctionnel, permettant de qualifier la sévérité du TSA et d'identifier les comorbidités éventuelles.
Le PAR-DD-QOL est un instrument auto-administré, validé en français par Raysse (2011) [8], destiné à évaluer les conséquences des troubles neurodéveloppementaux de l'enfant sur la qualité de vie des parents. L'étude de la structure factorielle a permis de dégager trois scores : un score émotionnel (items 1 à 6, 13 et 14), un score adaptatif (items 7 à 11, 15 et 16) et un score total. Les scores élevés traduisent une altération plus importante de la qualité de vie parentale. La version arabe (PAR-AR-QOL) présente des propriétés psychométriques très satisfaisantes ce qui permet son utilisation dans un contexte arabophone [6].

Analyse statistique :

L'analyse statistique a été réalisée avec le langage Python (version 3.10), les données étant organisées sous Microsoft Excel. Une analyse descriptive a permis de caractériser la population étudiée : les variables quantitatives sont présentées sous forme de moyennes ± écarts-types et les variables qualitatives sous forme d'effectifs et de pourcentages. Les associations entre le score total et les variables cliniques et sociodémographiques ont été explorées à l'aide de tests de comparaison de moyennes (ANOVA). Les différences de moyennes ont été rapportées avec leurs intervalles de confiance à 95%, et les tailles d'effet ont été estimées à l'aide du d de Cohen ou l'η^2, selon le type de comparaison. Le seuil de significativité était fixé à $p < 0,05$.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques :

Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des enfants présentant un TSA et leurs parents. Les enfants étaient majoritairement de sexe masculin
(71%), avec un âge moyen de 9,85 ans. Les formes modérées et sévères du TSA représentaient respectivement 56,5% et 25,5% des cas. La majorité des enfants étaient non verbaux (72,6%). Concernant les familles, 90,4% présentaient un niveau socio-économique moyen ou défavorable et 90,3% des parents étaient mariés. Parmi les parents, 22,6% présentaient des antécédents de dépression, 3,2% des troubles anxieux et 1,6% un trouble de la personnalité.

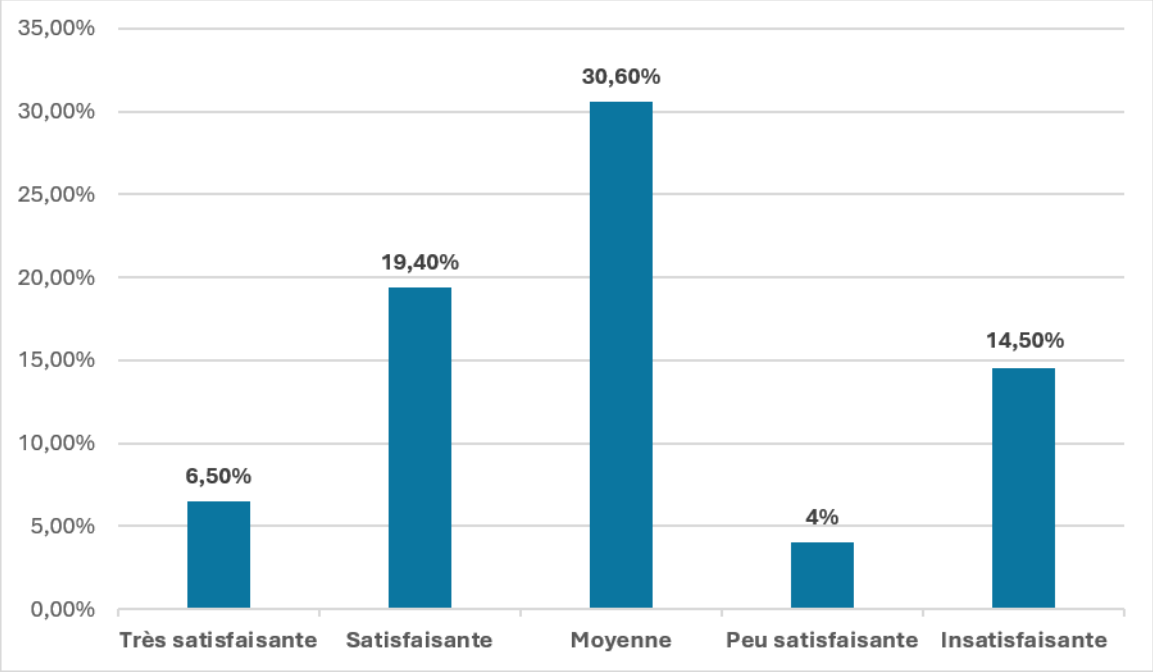
Évaluation de la qualité de vie parentale :

La qualité de vie parentale a été mesurée par l'échelle PAR-AR-QOL. Le score total moyen était de **2,88 ± 0,61**, reflétant une altération modérée de la qualité de vie parentale dans notre échantillon.
L'item 17, proposant une auto-évaluation globale de la qualité de vie parentale, reflète la perception subjective des parents indépendamment des dimensions spécifiques explorées par les 16 items précédents. La répartition des réponses **(Figure 1)** montre une prédominance des niveaux « moyenne » (30,4 %, n = 19) et « peu satisfaisante » (28,6 %, n = 18), cohérente avec le score total calculé.

Tableau 1. Caractéristiques démographiques et cliniques des enfants avec TSA et de leurs parents.

Variable	Résultats
ENFANTS	
Âge moyen	9,85 ans
Sexe	71 % garçons
Rang dans la fratrie	18 % aînés ; 20,7% cadets ; 50 % benjamins ; 6,5 % enfant unique ; 4,8 % jumeaux
Scolarisation	46,7 % scolarisés ; 30,5 % non scolarisés ; 22,8 % en centre spécialisé
Âge au diagnostic	69,4 % diagnostiqués avant 5 ans ; 30,6 % après 5 ans
Langage	27,4 % verbaux ; 72,6 % non verbaux
Autonomie sphinctérienne	Acquise chez 68 %
Difficultés comportementales	Auto/hétéro-agressivité : 23,2 % ; instabilité psychomotrice : 34 %
Comorbidités organiques	Épilepsie : 19,4 % ; troubles sensoriels : 11,3 % ; syndrome génétique : 11,6 %
Comorbidités psychiatriques	Déficience intellectuelle : 27,4 % ; dépression : 3,2 %
Antécédents médicaux dans la fratrie	TSA : 10 % ; épilepsie : 5 % ; déficience intellectuelle : 3,2 %
Sévérité du TSA	Léger : 18 % ; modéré : 56,5 % ; sévère : 25,5 %
Prise en charge	Orthophonie/psychomotricité : 67,7 % ; guidance parentale : 77,4 % ; pharmacologique : 30,6 %
Suivi	Régulier : 68 % ; irrégulier : 20 % ; perdu de vue : 12 %
PARENTS	
Âge moyen	Mères : 40,3 ± 8,2 ans ; Pères : 49,6 ± 10,4 ans
Niveau socio-économique	Défavorable : 42 % ; moyen : 48,4 % ; aisé : 9,6 %
Niveau d'instruction	Illettrés : 24 % ; secondaire : 56,5 % ; supérieur : 19,4 %
Statut professionnel	Pères travaillant : 82,3 % ; Mères travaillant : 22,6 %
Situation maritale	90,3 % mariés ; 9,7 % divorcés
Conflits conjugaux	Rapportés par 25,8 %
Antécédents psychiatriques	Dépression : 22,6 % ; troubles anxieux : 3,2 % ; trouble de la personnalité : 1,6 %
Soutien social	Reçu par 40 % des parents
Prise de toxiques	Tabac : 18 % ; alcool : 1,6 %

Figure 1. Répartition des réponses à l'item 17 de la PAR-AR-QOL (auto-évaluation globale de la qualité de vie parentale, N = 62).



Facteurs associés à la qualité de vie parentale :

Parmi l'ensemble des variables étudiées (Tableau 2), seule la présence d'antécédents psychiatriques parentaux était significativement associée au score total de qualité de vie parentale ($p < 0,0001$). Les parents présentant des antécédents psychiatriques obtenaient un score moyen de 3,45 ± 0,54, contre 2,67 ± 0,54 pour ceux n'en présentant pas, soit une différence de 0,77 point (IC à 95% : [0,46 ; 1,08]), avec une taille d'effet importante (d de Cohen = 1,43).

Tableau 2. Association entre le score total de qualité de vie parentale et les variables étudiées. Seuil de significativité : $p < 0,05$.

Variable étudiée	p-value	IC 95%	d de Cohen	η^2
Niveau socio-économique	0,25	[0,00 ; 0,22]	-	0,05
Antécédents psychiatriques parentaux	**< 0,0001**	**[0,46 ; 1,08]**	**1,43**	**-**
Niveau d'instruction des parents	0,74	[0,01 ; 0,19]	-	0,02
Antécédents médicaux dans la fratrie	0,20	[-0,17 ; 0,79]	0,49	-
Niveau de langage de l'enfant	0,38	[-0,20 ; 0,51]	0,24	-
Comorbidités psychiatriques enfant	0,09	[-0,04 ; 0,67]	0,50	-
Sévérité du TSA	0,16	[0,01 ; 0,22]	-	0,06

Note : L'IC à 95% correspond à l'IC de la différence de moyennes pour les variables à deux groupes et à l'IC de η^2 pour les variables à plus de deux groupes.

Discussion :

Les caractéristiques sociodémo-graphiques et cliniques de notre population s'inscrivent dans la continuité des données rapportées dans la littérature internationale et régionale. L'âge moyen des enfants (9,85 ans) est proche de celui rapporté dans une étude multicentrique méditerranéenne où l'âge moyen des enfants se situait autour de 9 ans [9] et supérieur à celui d'une série tunisienne (6,5 ans) [10]. La prédominance masculine (71 %, sex-ratio 2,4 :1) rejoint les données de la littérature [11]. L'âge moyen au diagnostic, avant 5 ans pour 69,4 % des enfants, est cohérent avec les données tunisiennes (âge moyen de première consultation à 3,8 ans) [10] et les résultats saoudiens [12], où la majorité des enfants bénéficiaient d'une intervention entre 3 et 5 ans. Ces résultats sont cohérents avec les données issues de la cohorte française ELENA, qui rapporte un âge moyen de diagnostic de 4,9 ans, influencé principalement par la sévérité clinique, la présence d'une déficience intellectuelle comorbide et le niveau des compétences langagières [13].

La proportion de conflits conjugaux (25,8 %) est proche des chiffres observés dans les études comparatives, soulignant l'impact transversal du TSA sur la dynamique familiale indépendamment du contexte géograhique. Cette observation est en accord avec la littérature internationale, qui souligne que la charge émotionnelle, organisationnelle et finan-cière associée au TSA peut fragiliser l'équilibre conjugal, en particulier lorsque les ressources de soutien sont limitées [14].

Enfin, concernant la sévérité du TSA, la prédominance des formes modérées à sévères dans notre étude rejoint les résultats tunisiens, où une majorité des enfants présentait des scores CARS élevés, ainsi que les données saoudiennes et internationales, qui rapportent une distribution similaire des niveaux de sévérité. Cette convergence suggère que les populations suivies en milieu hospitalier spécialisé tendent à inclure des profils cliniques comparables, marqués par une symptomatologie suffisamment sévère pour motiver un suivi spécialisé prolongé [7].

Le score total moyen de qualité de vie parentale de 2,88 ± 0,61 reflète une altération modérée, concordant avec les résultats de Baghdadli et al. [15] et de Mallek et al. [16] utilisant la même échelle PAR-DD-QOL. Cette concordance suggère que l'impact du TSA sur la qualité de vie parentale est significatif mais d'intensité intermédiaire. Des études utilisant d'autres outils aboutissent à des conclusions similaires : l'étude camerounaise de Mbassi et al. [17] avec le SF-36 et les travaux utilisant le WHOQOL [18] rapportent une diminution significative de la qualité de vie dans les dimensions physique, mentale et sociale.

L'altération de la qualité de vie parentale observée dans notre étude peut s'expliquer par la charge globale et continue liée aux soins quotidiens de l'enfant. Les soins répétés, la vigilance constante et l'adaptation permanente aux besoins spécifiques imposent un investissement bien supérieur à celui d'une dynamique familiale ordinaire. Cette charge est souvent majorée par les difficultés interactionnelles. Les parents peuvent éprouver une frustration liée à la difficulté à comprendre les besoins, les intentions ou les affects de leur enfant, ainsi qu'à la crainte de ne pas être compris par lui. Les troubles du comportement (agressivité, stéréotypies), souvent imprévisibles, exposent la famille à la stigmatisation et favorisent le repli et l'isolement [16]. La surcharge organisationnelle liée à la multiplicité des consultations perturbe significativement l'organisation du quotidien familial et entraîne une fatigue chronique, irritabilité voire symptomatologie dépressive chez les parents et retentit sur la disponibilité parentale, tant pour les autres enfants que pour la dynamique conjugale [19].

La présence d'antécédents psychia-triques parentaux est le seul facteur significativement associé à l'altération de la qualité de vie ($p < 0,0001$). Parmi les parents inclus, 22,6 % présentaient un trouble dépressif, 3,2 % un trouble anxieux et 1,6 % un trouble de la personnalité. Ce résultat rejoint les données de la littérature soulignant le rôle central de la santé mentale

parentale [20]. Zablotsky et al. [21] ont notamment rapporté une association entre la sévérité de la symptomatologie autistique, les comorbidités psychiatriques de l'enfant et le risque de dépression maternelle. Ces données suggèrent que le TSA peut agir comme facteur aggravant, sollicitant des ressources psychiques déjà fragilisées par une pathologie psychiatrique préexistante.

La littérature a également souligné l'existence d'une association bidirectionnelle entre la santé mentale des parents et les difficultés psychologiques de leurs enfants avec TSA. En effet, une étude longitudinale menée auprès de 188 familles d'enfants et adolescents autistes a mis en évidence que les symptômes dépressifs parentaux prédisaient des difficultés intériorisées plus importantes chez des jeunes autistes 12 mois plus tard [22]. Toutefois, la complexité des interactions entre la santé mentale parentale et les difficultés psychologiques de l'enfant avec TSA, ainsi que le caractère transversal de notre étude, ne permettent pas d'établir un lien de causalité entre ces variables.

Une association entre l'intensité des symptômes autistiques, les limitations langagières et une majoration du stress parental a été rapportée par la littérature [23]. Néanmoins, dans notre étude, aucune association statistiquement significative n'a été mise en évidence entre le score total de qualité de vie parentale et la sévérité du TSA (p= 0,16) ou le niveau de langage de l'enfant (p=0,38). Ces résultats doivent être interprétés avec prudence, notamment en raison de la taille limitée de l'échantillon et l'interaction complexe entre facteurs parentaux et caractéristiques de l'enfant.

L'annonce diagnostique constitue un moment particulièrement vulnérabilisant, pouvant s'accompagner d'angoisse parentale, de sentiments d'auto-culpabilisation, d'une compréhension parfois partielle du trouble et enfin le deuil de l'enfant imaginé, d'où l'importance d'un repérage et d'un accompagnement précoce de la souffrance psychique parentale dans la prise en charge globale du TSA [17].

Nos résultats ne doivent pas être interprétés de manière déterministe. La littérature récente souligne l'existence de facteurs protecteurs : la résilience parentale est un facteur clé associé à une meilleure qualité de vie, indépendamment de la sévérité du trouble [24][25][26]. Elle est favorisée par les stratégies d'adaptation positives, le soutien social, le sentiment d'auto-efficacité parentale et certaines ressources culturelles telles que la spiritualité [27]. L'intégration sociale et la réduction de la stigmatisation limitent l'isolement et améliorent la perception de la qualité de vie [25]. La qualité de vie parentale dans le contexte du TSA résulte donc d'un équilibre dynamique entre facteurs de risque et facteurs protecteurs.

Ces données soulignent l'intérêt d'interventions intégrant non seulement les soins à l'enfant, mais aussi le renforcement des ressources parentales et familiales. Une prise en charge globale du TSA doit inclure le repérage précoce de la souffrance psychique parentale, le renforcement systématique des compétences parentales en matière de gestion du stress, de stratégies d'adaptation et de résolution de problème ainsi que la mise en place d'un soutien psychosocial adapté, en particulier pour les parents présentant une vulnérabilité psychiatrique préexistante. Ces résultats ouvrent des perspectives pour des recherches futures portant sur les mécanismes de résilience et l'évaluation de l'efficacité des interventions de soutien dans le contexte culturel marocain.

Conclusion :

Plusieurs limites doivent être mentionnées. La nature transversale de l'étude ne permet pas d'établir de relations causales. La taille de l'échantillon (n = 62) est susceptible de réduire la capacité à mettre en évidence certaines associations statistiquement significatives. Le recrutement en milieu hospitalier spécialisé introduit un biais de sélection vers des profils cliniques plus sévères. L'absence de groupe contrôle ne permet pas de comparer la qualité de vie avec celle de parents neurotypiques. Ces limites invitent à la prudence dans la généralisation des résultats et plaident pour des études à plus grande échelle dans le contexte marocain.

Conflits d'intérêt :
Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

1. **Financement :**
Ce travail n'a bénéficié d'aucun financement spécifique.

Bibliographie:

[1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2013.
[2] Baxter AJ, Brugha TS, Erskine HE, et al. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. Psychol Med 2015;45:601-13.
https://doi.org/10.1017/S003329171400172X
[3] World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life. Geneva: WHO; 1997.
[4] Estes A, Munson J, Dawson G, et al. Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. Autism 2009;13:375-87.
https://doi.org/10.1177/1362361309105658
[5] Vasilopoulou E, Nisbet J. The quality of life of parents of children with autism spectrum disorder: a systematic review. Res Autism Spectr Disord. 2016;23:36-49.
https://doi.org/10.1016/j.rasd.2015.11.008
[6] Achachra A. Validation of a questionnaire in the Algerian population to evaluate the impact of children disability on parental quality of life (QOL): the PAR-QoL questionnaire. Majallat al-Ulum al-Nafsiyya wa al-Tarbawiyya 2016;2:163-80.
[7] National Institute for Health and Care Excellence. Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis. NICE guideline CG128. London: NICE; 2021.
[8] Raysse P. Troubles du développement de l'enfant et qualité de vie familiale [thèse de doctorat]. Montpellier: Université Paul Valéry Montpellier 3; 2011.
[9] Posar A, Visconti P, Parmeggiani A. Parenting stress in mothers of children with autism spectrum disorder: an Italian study. Acta Paediatr 2010;99:918-22.
[10] Ben Jemaa S, Smaoui N, Kammoun F, et al. Qualité de vie des parents d'enfants avec TSA en Tunisie : étude descriptive. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 2019;67:258-65.
[11] Loomes R, Hull L, Mandy WPL. What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2017;56:466-74. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.013
[12] Al-Salehi SM, Al-Hifthy EH, Ghaziuddin M. Autism in Saudi Arabia: presentation, clinical correlates and comorbidity. Transcult Psychiatry 2009;46:340-47.
https://doi.org/10.1177/1363461509105823
[13] Schoenberger M, Baghdadli A, Pry R, et al. Factors associated with age at diagnosis in children with ASD: results of the ELENA cohort. J Autism Dev Disord 2021;51:552-64.
[14] Hartley SL, Barker ET, Seltzer MM, et al. The relative risk and timing of divorce in families of children with an autism spectrum disorder. J Fam Psychol 2010;24:449-57.
https://doi.org/10.1037/a0019847
[15] Baghdadli A, Pry R, Michelon C, et al. Impact of autism in adolescents on parental quality of life. Qual Life Res 2014 ; 23:1859-68. https://doi.org/10.1007/s11136-014-0635-6

[16] Mallek S, Ayadi H, et al. Qualité de vie des parents ayant un enfant atteint d'autisme. 11e Congrès de L'Encéphale; 2013 Jan 23-25; Paris, France.
[17] Mbassi Awa Hubert Désiré, Owona Ndouguessa Atangana FX, Ngarka L, et al. Qualité de Vie des Parents d'Enfants Autistes Suivis dans Deux Hôpitaux Universitaires de Yaoundé – une Étude Comparative au Cameroun. Health Sci Dis. 2024;25(4 Suppl):54-59.
[18] Lee GK, Lopata C, Volker MA, et al. Health-related quality of life of parents of children with high-functioning autism spectrum disorders. Focus Autism Other Dev Disabil. 2009;24(4):227-39. https://doi.org/10.1177/1088357609347371
[19] Benson PR. The impact of child symptom severity on depressed mood among parents of children with ASD: the mediating role of stress proliferation. J Autism Dev Disord. 2006;36(5):685-95.
[20] Abbeduto L, Seltzer MM, Shattuck P, et al. Psychological well-being and coping in mothers of youths with autism, Down syndrome, or fragile X syndrome. Am J Ment Retard. 2004;109(3):237-54.
[21] Zablotsky B, Bradshaw CP, Stuart EA. The association between mental health, stress, and coping supports in mothers of children with autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord. 2013;43(6):1380-93. https://doi.org/10.1007/s10803-012-1693-7
[22] Piro-Gambetti B, Greenlee J, Hickey EJ, et al. Parental depression symptoms and internalizing mental health problems in autistic children. J Autism Dev Disord. 2023;53(6):2373-2383. https://doi.org/10.1007/s10803-022-05518-x
[23] Davis NO, Carter AS. Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: associations with child characteristics. J Autism Dev Disord. 2008;38(7):1278-91. https://doi.org/10.1007/s10803-007-0512-z
[24] Bekhet AK, Johnson NL, Zauszniewski JA. Resilience in family members of persons with autism spectrum disorder: a review of the literature. Issues Ment Health Nurs. 2012;33(10):650-6. https://doi.org/10.3109/01612840.2012.671441
[25] Ogston PL, Mackintosh VH, Myers BJ. Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or Down syndrome. Res Autism Spectr Disord. 2011;5(4):1378-84. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.01.020
[26] Catalano D, Holloway L, Mpofu E. Mental health interventions for parent carers of children with autistic spectrum disorder: practice guidelines from a critical interpretive synthesis (CIS) systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(2):341. https://doi.org/10.3390/ijerph15020341
[27] Tarakeshwar N, Pargament KI. Religious coping in families of children with autism. Focus Autism Other Dev Disabil. 2001;16(4):247-60. https://doi.org/10.1177/108835760101600408