



Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département de Psychologie et d'Orthophonie

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme Master en Psychologie

Option : Psychologie Clinique

Thème

Le stress chez les parents d'enfants atteints de TDA/H

Etude clinique de 05 cas au niveau de l'EHS Oued Ghir

Réalisé par :

TOUBA Mouloud

Encadré par :

Dr. MEBAREK BOUCHAALA Fateh

Année universitaire : 2024/2025

Remercîments

Je remercie dieu le tout puissant de m'avoir donné de la force et un esprit fort pour accomplir ce travail.

Je remercie ma famille qui a été une source constante de motivation et un véritable repère, me guidant pour savoir où mettre mes pieds, je suis très reconnaissant pour leur amour et leurs encouragements.

J'adresse mes vifs remerciements à mon encadrant Monsieur MEBAREK BOUCHAALA Fateh pour son accompagnement, ses conseils et sa disponibilité tout au long de la préparation de ce mémoire.

Mes remerciements vont au directeur de l'EHS Oued Ghir Monsieur Raid BEHLOULI pour m'avoir accordé l'autorisation d'effectuer mon stage pratique, ainsi que Monsieur HAMED Rahim, Psychologue coordinateur du service de pédopsychiatrie qui a facilité toutes les démarches nécessaires au bon déroulement du stage pratique, je remercie également les psychologues et orthophonistes du service.

Je tiens à remercier également les membres du jury pour avoir accepté d'évaluer et d'examiner ce travail.

Enfin, je remercie toutes les personnes qui m'ont aidé de près ou de loin même par un simple mot d'encouragement.

Mouloud

DEDICACE

Je remercie Dieu de m'avoir donné la bonne santé, le courage et toutes les autres bénédictions.

Je dédie ce mémoire

À ma chère maman, vous m'avez tout offert, sans jamais rien attendre en retour. Vous êtes un ange qui veille sur moi sans relâche, toujours présente, toujours attentionnée. Grâce à votre amour inconditionnel et à votre tendresse infinie, rien ne m'a jamais manqué. En cette occasion, je tiens à vous dire à quel point je vous suis reconnaissant. Vous êtes mon pilier, mon refuge, ma lumière.

À mon cher papa, Mohand Seghir, l'homme courageux, dynamique et au grand cœur, qui a sacrifié sa santé et sa vie pour ses enfants. C'est tout le monde qui vous aime, et cela ne tient pas au hasard : votre honnêteté, votre sérénité, votre générosité et votre sens du devoir inspirent le respect et l'admiration. Je demande à Dieu de vous accorder une longue vie en bonne santé, et que votre bonne humeur continue de rayonner autour de vous.

C'est grâce à vous deux, mes parents, que je suis aujourd'hui en Master. Je suis profondément reconnaissant pour vos sacrifices, et je suis fier d'être votre fils.

À mes chers frères, « Tarik » (USK) mon bras droit et « Mounir » notre infatigable. Je suis infiniment chanceux de vous avoir. Merci pour votre soutien constant, vos conseils et votre présence fraternelle. Vous êtes pour moi un exemple de force et de générosité.

À ma chère sœur et son mari, Saïd, qui m'ont beaucoup aidé. Sachez que votre présence été un véritable réconfort pour moi.

À mes trois neveux, « Tahar », « Ayoub », et la jolie princesse « Sirine ».

À mes oncles et tantes.

À mes chers cousins, ma team (FRNM : Nazim, Rayane et Fateh) et les autres.

À tous mes amis.

À mes voisins.

Mouloud

Table des matières

Remerciement

Dédicace

Liste des tableaux

Liste des figures

Liste des abréviations

Introduction :..... 10

CADRE GENRAL DE LA PROBLEMATIQUE

1. Problématique :..... 13

2. Les hypothèses : 17

3. Définition et opérationnalisation des concepts clés :..... 17

4. Les objectifs de la recherche : 18

5. La raison du choix de thème :..... 19

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE I : LE TROUBLE DEFICIT D'ATTENTION AVEC OU SANS

HYPERACTIVITE (TDA/H)

Préambule : 22

1. Aperçu historique de TDA/H (Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) :..... 22

2. Définition du TDA/H : 23

3. Épidémiologie du TDAH : 24

4. Les formes cliniques de TDA/H :..... 25

5. Les critères diagnostiques du TDAH selon le DSM-5 : 26

6. Les facteurs de risque de (TDA/H) : 28

6.1 Les facteurs génétiques : 29

6.2 Les facteurs neuropsychologiques :..... 29

6.3 Les facteurs neuro-anatomique :	30
6.4 Les facteurs environnementaux :	30
6.5 Les facteurs Psycho-sociaux :	31
7. Comorbidités du TDA/H :	32
8. Diagnostic différentiel :	32
8.1 Pathologies somatiques :	33
8.2 Pathologies psychiatrique :	33
9. Les principales classifications de TDAH :	34
9.1 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) :	34
9.2 Classification International des Maladies (CIM-11) :	34
10. Les outils d'évaluation psychologique du Trouble du Déficit de l'Attention avec/sans Hyperactivité (TDA/H) :	35
11. La prise en charge de TDAH :	36
11.1 Le traitement médicamenteux :	36
11.2 Les traitements psychologiques :	37
Synthèse :	39

CHAPITRE II : LE STRESS

Préambule :	42
1. Aperçu historique de stress :	42
2. Définition de Stress :	43
3. La prévalence de stress :	44
4. Les types de stress :	45
4. 1 Le stress aigu :	45
4. 2 Le stress aigu répété :	45

4. 3 Le stress chronique :	46
5. Les théories de stress :	46
5. 1 Les théories biologiques du stress :	46
5. 2 Les théories cognitives du stress :	48
5. 3 Les théories transactionnelles du stress :	49
6. Les sources de stress :	50
7. Les Indicateurs de stress :	51
7. 1 Les troubles psychologiques :	51
7. 2 Les maladies somatiques :	52
7. 3 Les réactions émotionnelles :	52
8. Le stress parental :	53
8. 1 Le modèle du stress parental :	53
8. 2 Les conséquences de stress parental :	54
8. 3 Le stress parental et TDAH :	54
9. Les outils de Gestion de stress :	55
9.1 Les différentes techniques de relaxation :	55
9.2 Les psychothérapies :	59
9.3 Les traitements médicamenteux :	60
Synthèse :	62

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE III : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Préambule :	66
1. La démarche de la recherche :	66
1.1 La Pré-enquête :	66
1.2 La méthode clinique :	67
1.2.1 La méthode descriptive :	67
1.2.2 L'étude de cas :	67
2. Présentation de lieu de recherche :	68
2.1 Présentation de la population d'étude :	70
3. Les outils de la recherche :	70
3.1 L'entretien clinique :	71
3.1.1 L'entretien semi-directif :	71
3.1.2 Le guide d'entretien et son application :	71
3.2 L'Échelle de stress perçu, « Perceived Stress Scale » (PSS) de Cohen et Williamson :	72
Synthèse :	79

CHAPITRE IV : PRESENTATION, ANALYSE DES RESULTATS ET DISSCUSION DES HYPOTHESES

1. Présentation et analyse des résultats.	81
1.1 Présentation et analyse des résultats de l'entretien de Monsieur "B" :	81
1.2 Présentation des résultats de l'échelle de Monsieur "B" :	82
1.3 Interprétation de l'échelle de Monsieur "B" :	84
Synthèse de Monsieur "B" :	84
1.2 Présentation et analyse des résultats de l'entretien de Madame "N" :	85
1.3 Présentation des résultats de l'échelle de Madame "N" :	87

1.4 Interprétation de l'échelle de Madame "N" :	88
Synthèse de Madame "N" :	88
1.3 Présentation et analyse des résultats de l'entretien de Monsieur "K" :	90
1.4 Présentation des résultats de l'échelle de Monsieur "K" :	91
1.5 Interprétation de l'échelle de Monsieur "K" :	93
Synthèse de Monsieur "K" :	93
1.4 Présentation et analyse des résultats de l'entretien de Madame "Y" :	94
1.5 Présentation des résultats de l'échelle de Madame "Y" :	96
1.6 Interprétation de l'échelle de Madame "Y" :	97
Synthèse de Madame "Y" :	97
1.5 Présentation et analyse des résultats de l'entretien de Madame "S" :	98
1.6 Présentation des résultats de l'échelle de Madame "S" :	99
1.7 Interprétation de l'échelle de Madame "S" :	101
Synthèse de Madame "S" :	101
2. Discussion des hypothèses :	102
Synthèse :	105
Conclusion :	107
Bibliographie	
Annexes	

Liste des tableaux :

Numéro	Représentation	Page
01	Principales comorbidités associées au TDAH	32
02	La répartition du service pédopsychiatrie de l'EHS Oued Ghir.	68
03	Les professionnels de la santé et leur nombre dans le service de pédopsychiatrie de l'EHS d'Oued Ghir.	69
04	Tableau récapitulatif des caractéristiques de la population d'étude.	70
05	Fiche descriptive de l'échelle de stress perçu PSS de Cohen et Williamson.	73
06	Représente les résultats obtenus après la passation de l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson pour Monsieur "B"	82
07	Représente les résultats obtenus après la passation de l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson pour Madame "N"	87
08	Représente les résultats obtenus après la passation de l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson pour Monsieur "K"	92
09	Représente les résultats obtenus après la passation de l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson pour Madame "Y"	96
10	Représente les résultats obtenus après la passation de l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson pour Madame "S"	100
11	Représente les résultats obtenus par l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson pour les cinq (05) cas	102

Liste des figures

Numéro	Représentation	Page
01	La démarche d'évaluation psychologique de TDA/H	35

Listes des abréviations :

TDA/H : Trouble Déficit d'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H)

OMS : Organisation mondiale de la santé

PSS : Perceived stress scale

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

CIM : Classification internationale des maladies

APA : American Psychiatric Association

TCC : Thérapies cognitivo-comportementales

PEHP : Programmes d'entraînement aux habiletés parentales

EHS : Etablissement Hospitalier Spécialisé

CBCL : Child Behavior Checklist

WISC : Wechsler Intelligence Scale for Children

KAB-C : Kaufman Assessment Battery for Children

CAT : Children Apperception Test

TAT : Thematic Apperception Test

INTRODUCTION

Introduction :

Le choix de devenir parent constitue un engagement de longue durée, marqué par des attentes affectives, sociales et éducatives. Si la parentalité est souvent source d'épanouissement, elle s'accompagne également de responsabilités importantes et d'un stress parfois intense.

Ce vécu devient d'autant plus complexe lorsqu'un enfant présente un trouble neurodéveloppemental tel que le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), caractérisé par une inattention persistante, une hyperactivité et une impulsivité inadaptées à son âge. Ces symptômes impactent fortement la scolarité, les relations sociales et la vie familiale, obligeant les parents à une adaptation constante.

C'est dans cette dynamique qu'intervient une notion clé qui est le stress parental. Il s'agit d'une réponse psychologique et physiologique négative, spécifique à la fonction parentale, qui survient face aux exigences quotidiennes et aux stressors liés à l'éducation d'un enfant. Ce stress résulte souvent d'un déséquilibre entre les demandes de la parentalité et les ressources disponibles ou perçues comme telles par le parent (Cmic & Low, 2002 ; Deater-Deckard, 1998). Ces ressources peuvent inclure la compréhension de son rôle, le sentiment de compétence, le soutien social, ainsi que la perception du comportement de l'enfant comme difficile ou problématique.

Face aux comportements impulsifs, à l'hyperactivité, et aux difficultés scolaires ou sociales liés au TDA/H, les parents peuvent ressentir une surcharge émotionnelle, marquée par un sentiment de peur, une inquiétude constante, et des troubles du sommeil tels que l'insomnie. Se sentant parfois isolés ou impuissants, ils voient leur équilibre psychologique mis à rude épreuve. Ce stress, lorsqu'il devient chronique, affecte non seulement leur bien-être mental et physique, mais également leur capacité à maintenir un équilibre familial.

Dès lors, comprendre le stress parental dans le cadre du TDAH implique de s'intéresser à la manière dont les parents vivent cette réalité, mais aussi aux ressources qu'ils mobilisent pour s'adapter et préserver leur santé mentale.

Des cas traités dans le service de pédopsychiatrie de l'EHS d'Oued Ghir à Bejaia. Afin d'examiner le nombre d'enfants atteints de TDA/H pris en charge, ainsi que pour analyser l'impact de ce trouble sur le stress que ressentent leurs parents, conformément à la thématique que nous abordons.

Pour mener à bien notre travail, nous l'avons structuré en deux parties : une partie théorique et une autre pratique.

La première partie de ce travail théorique se compose de deux chapitres complémentaires. Le premier chapitre sera consacré au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). Nous y proposerons tout d'abord un aperçu historique du TDAH, suivi de définitions précises permettant de cerner cette pathologie. Nous aborderons ensuite sa prévalence à l'échelle mondiale, en mentionnant brièvement le contexte algérien, malgré le manque de données épidémiologiques précises à l'échelle nationale. Le chapitre traitera également des formes cliniques du TDAH, de ses critères diagnostiques selon le DSM-5, de ses facteurs de risque ainsi que de ses comorbidités fréquentes. Une attention particulière sera portée à son diagnostic différentiel, aux classifications internationales, ainsi qu'aux principaux outils d'évaluation psychologique mobilisés pour son identification. Enfin, ce chapitre se conclura par une présentation des approches actuelles de prise en charge du TDAH.

Le deuxième chapitre portera sur la notion de stress, que nous explorerons dans un premier temps à travers un aperçu historique et des définitions proposées par différents auteurs. Nous aborderons ensuite sa prévalence, ses types les plus fréquents, ainsi que les principales théories explicatives. Ce chapitre s'attachera également à identifier les sources courantes de stress et ses manifestations ou indicateurs psychophysiologiques. Le stress parental sera également abordé comme un concept central dans notre travail, afin d'en comprendre les implications spécifiques dans le contexte de la parentalité. Enfin, nous proposerons différents outils et stratégies de gestion du stress, particulièrement pertinents pour les parents confrontés à des situations complexes comme celle du TDAH.

La partie pratique de ce travail se compose de deux chapitres. Le premier chapitre sera dédié à la méthodologie de recherche, incluant la démarche adoptée, la présentation du lieu de l'étude, ainsi que les outils méthodologiques utilisés. Le deuxième chapitre présentera et analysera cinq cas de parents d'enfants atteints de TDAH, suivis de la discussion des hypothèses formulées. Ce travail s'achèvera par une conclusion.

CADRE GENERAL DE LA PROBLEMATIQUE

1. Problématique :

La parentalité peut être plus ou moins difficile en fonction des attributs physiques et mentaux de l'enfant. Par exemple, les parents dont l'enfant a des problèmes physiques, émotionnels ou comportementaux ont un plus haut niveau de stress parental que les parents dont l'enfant ne présente pas de telles problématiques (Duval, 2020).

Pour cela, gérer un enfant atteint de TDAH peut être perçu comme difficile et stressant, étant donné sa plus grande non-conformité, les exigences accrues en matière de temps des parents et une moindre adaptabilité au changement (Gormez et al, 2024).

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDA/H) est un état neurobiologique caractérisé par un degré inapproprié d'inattention (manque de concentration, distraction), d'hyperactivité et d'impulsivité ne correspondant pas au niveau de développement de l'enfant et pouvant se manifester dans plusieurs types d'environnement (ex. scolaire, social ou familial) (Belanger et al, 2008).

Les enfants atteints d'un TDA/H ont de la difficulté à s'organiser, à maintenir leur attention, à faire des plans réalistes et à penser avant d'agir. Ils présentent des déficits dans plusieurs domaines reliés aux fonctions exécutives, incluant l'inhibition, la planification et la flexibilité cognitive. Ils sont également à risque d'échec scolaire et peuvent être agressifs et socialement maladroits envers leurs pairs et les membres de leur famille.

Ces enfants peuvent adopter une attitude et des comportements plus fréquemment négatifs et entêtés, manifester une plus faible tolérance à la frustration et moins adhérer aux règles familiales que les autres enfants (Doutre, 2014).

Le TDA/H est un phénomène mondial, que l'on constate dans tous les pays où il a fait l'objet d'études. Malgré le fait qu'on trouve certains symptômes de TDA/H chez une bonne proportion d'enfants normaux, nous savons que pour poser un diagnostic chez des enfants, on doit comparer l'enfant référé à ses compagnons pour déterminer à quel point leurs comportements problématiques sont déviants par rapport aux enfants du même âge et du même sexe. Plus les enfants se distinguent de leurs semblables dans ces comportements, plus ils risquent d'avoir des difficultés à s'adapter à l'école et dans la société (Belanger et al, 2008).

En Algérie, le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité concerne les enfants de la même façon que 5 à 8 % de la population infantile à l'échelle mondiale. Psychologues, pédopsychiatres et médecins scolaires expriment leur inquiétude face à cette maladie,

soulignant ses conséquences inévitables sur la réussite scolaire, ainsi que sur le développement ultérieur des individus au sein de leur vie familiale et professionnelle. (Ali Aichouba & Akef, 2020).

Lorsqu'il est vécu dans l'enfance, le TDA/H a un impact négatif sur le système familial. En plus de subir beaucoup plus de stress parental que les parents d'enfants au développement normal, les parents d'enfants atteints de TDA/H subiraient des niveaux de stress parental plus élevés que les parents d'enfants autistes et souffrant de maladies physiques telles que l'infection par le VIH ou l'asthme (Leitch et al, 2019).

Le stress parental, défini comme le stress ressenti lorsque les besoins parentaux perçus par un parent dépassent ses ressources d'adaptation, est significativement plus élevé chez les parents d'enfants atteints de TDA/H. Ce stress n'est pas uniquement attribuable au diagnostic de TDA/H, mais aussi à la gravité des symptômes du TDA/H, aux traitements suivis, aux problèmes de conduite concomitants, à la psychopathologie parentale et au comportement parental (Sarıkaya Erdil et al, 2024).

Le stress parental est associé de manière significative à des interactions parents-enfants plus négatives, à un style parental autoritaire et sévère, à des problèmes de comportement chez l'enfant et à une mise en œuvre inefficace des interventions. Pour cette raison, la réduction du stress parental est un objectif important du traitement des enfants présentant des problèmes de comportement est constitué une condition préalable aux interventions menées par les parents (Van Steijn et al, 2014).

Une compréhension globale du stress et de la détresse des parents est précieuse pour éclairer le développement des interventions, car les parents peuvent avoir besoin d'aide pour faire face au stress de la vie, ou les interventions peuvent être mieux placées en ciblant l'adaptation en relation avec les comportements de l'enfant (Sciberras et al, 2019).

Le TDA/H, en tant que trouble du neurodéveloppement, exerce une influence significative sur le vécu psychique des parents. Dans ce cadre, il apparaît nécessaire de considérer le stress des parents d'enfants atteints de TDAH comme un élément central de la recherche clinique, en lien étroit avec la souffrance psychologique qui peut en découler. Afin d'éclairer cette problématique, quatre études ont été mobilisées pour rendre compte de la diversité des approches méthodologiques et de la convergence des résultats quant à l'impact du TDAH sur la parentalité.

La première étude intitulée "Study of Level of Stress in the Parents of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder " (Sethi et al, 2012) les auteurs se sont intéressés à mesurer le niveau de stress ressenti par les parents d'enfants atteints de TDAH et de le comparer à celui de parents d'enfants sans troubles. Pour cela, une méthode quantitative comparative a été utilisée, impliquant deux groupes : 50 parents d'enfants diagnostiqués avec un TDAH selon les critères du DSM-IV et 50 parents d'enfants sans troubles psychiatriques. Les outils utilisés comprenaient la Conners' Parent Rating Scale (version abrégée) pour évaluer la sévérité des symptômes de TDAH, et la Parental Stress Scale (PSS), adaptée en hindi, pour mesurer le stress parental. Les résultats ont révélé que les parents d'enfants atteints de TDAH présentaient un niveau de stress significativement plus élevé que les parents du groupe contrôle . Parmi les sous-types, le TDAH de type combiné était associé à la sévérité la plus élevée et à un stress parental maximal, tandis que le type inattentif était lié à des niveaux de stress moindres. Ces résultats mettent en évidence le fardeau psychologique important vécu par les parents, en particulier lorsque l'enfant présente un tableau clinique combiné. Les auteurs recommandent un soutien spécifique pour les parents afin d'atténuer les répercussions négatives du stress sur la dynamique familiale.

Dans une seconde étude "Living in a family with a child with attention deficit hyperactivity disorder" (Moen, Hall-Lord & Hedelin, 2014), vise à explorer les expériences quotidiennes des familles vivant avec un enfant atteint de TDAH. L'étude repose sur une méthode qualitative utilisant une approche phénoménographique, qui cherche à identifier les différentes manières dont les membres d'une même famille perçoivent et vivent une réalité partagée. Dix-sept participants issus de six familles norvégiennes (parents, enfants et fratries) ont été interrogés individuellement par le biais d'entretiens semi-directifs. Deux catégories principales ont émergé de l'analyse : la préservation du fonctionnement familial au moyen de routines strictes et de stratégies d'adaptation, et la lutte pour l'acceptation sociale, marquée par la stigmatisation et le manque de soutien extérieur. Les résultats mettent en évidence le besoin d'un accompagnement précoce, global et centré sur la famille.

Une troisième étude menée par (Leitch et al, 2019) intitulée "Experience of stress in parents of children with ADHD" avait pour objectif d'explorer le stress vécu par les parents d'enfants atteints de TDAH, afin de contribuer à la conception d'interventions mieux adaptées à leurs besoins. Treize parents australiens ont participé à des groupes de discussion, et les données ont été analysées selon une méthode qualitative inductive, à l'aide de l'analyse thématique de Braun et Clarke. Les entretiens ont été enregistrés, transcrits, puis codés à l'aide

du logiciel Nvivo. *Le Parenting Stress Index - Short Form (PSI-SF)* a également été utilisé pour évaluer le niveau de stress parental. L'étude a révélé quatre grands thèmes : la souffrance liée aux comportements perturbateurs des enfants, un quotidien marqué par l'hypervigilance, des tensions dans les relations familiales, et un fort besoin de soutien face à la stigmatisation sociale. Cinq parents sur onze ont obtenu un score clinique au PSI-SF, confirmant un niveau de stress nécessitant un accompagnement professionnel. Ces résultats soulignent l'importance de prendre en compte la détresse parentale dans l'accompagnement des familles concernées par le TDAH.

Enfin, l'étude récente de (Sarıkaya Erdil et al., 2024) intitulée "Parental Stress in Parents of Children Diagnosed With ADHD" vise à comparer le stress parental, la flexibilité psychologique et la satisfaction de vie entre les parents d'enfants atteints de TDAH et ceux d'enfants au développement typique. Cette recherche quantitative, de type cas-témoins, a été menée auprès de 168 parents (84 dans chaque groupe), à l'aide de questionnaires standardisés (AAQ-II, PSI-SF, SWLS et CPRS-RS). Les résultats montrent que les parents d'enfants TDAH présentent des niveaux de stress parental significativement plus élevés et une satisfaction de vie plus faible ($p < .001$). L'analyse de régression met en évidence que l'inflexibilité psychologique des parents ainsi que les comportements oppositionnels des enfants sont des facteurs prédictifs significatifs du stress parental, expliquant jusqu'à 60% de sa variance. L'étude souligne ainsi l'importance d'interventions ciblant la flexibilité psychologique pour améliorer le bien-être parental.

Les résultats des quatre études montrent que les parents d'enfants atteints de TDAH présentent un niveau de stress plus élevé que ceux d'enfants sans troubles. Ce stress est associé à plusieurs facteurs : la sévérité des symptômes du TDAH, en particulier dans les formes combinées (Sethi et al., 2012), les difficultés du quotidien familial et le manque de soutien social (Moen et al., 2014), la souffrance face aux comportements perturbateurs et les tensions familiales (Leitch et al., 2019), ainsi que l'inflexibilité psychologique des parents et les comportements oppositionnels des enfants (Sarıkaya Erdil et al., 2024).

C'est à partir de ces dernières données recueillies dans notre revue de la littérature sur le sujet que nous allons maintenant dégager la question de recherche principale de notre étude :

- Est-ce que les parents d'enfants atteints de TDA/H sont confrontés à un niveau de stress élevé, et quelles sont les répercussions sur leur bien-être psychologique et leur vie quotidienne ?

2. Les hypothèses :

- La présence d'un enfant atteint de TDA/H dans le foyer parental s'impose comme un facteur favorisant le stress chez les parents.
- Les comportements des enfants atteints de TDA/H, ainsi que les préoccupations parentales liées à leur avenir, favorisent le stress chez les parents.

3. Définition et opérationnalisation des concepts clés :

- Définition du trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) :

Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental il se caractérise par des symptômes d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité, c'est-à-dire un trouble neurologique qui se manifeste durant l'enfance et qui entraîne des déficits dans une ou plusieurs sphères du développement (APA, 2015).

- Définition opérationnelle du trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) :

Le TDAH se définit par « une triade symptomatique », c'est-à-dire qu'il existe trois grands groupes de symptômes qui constituent le trouble : l'inattention, l'impulsivité et l'hyperactivité.

- **L'inattention :**

- Difficulté à se concentrer, à soutenir et moduler son attention,
- Une distractibilité (perte d'objets, oublis).
- Difficulté à sélectionner les informations pertinentes.
- Un manque d'organisation.

- **Hyperactivité :**

- Des difficultés à maintenir une position.
- Une difficulté à terminer une action entreprise.
- Une agitation incessante.
- Flux de pensées.

- **Impulsivité :**

- Des difficultés à réfréner une action motrice ou verbale.
- Une impatience (du mal à attendre son tour).

- Définition du stress :

Le stress est un processus complexe comprenant la réponse physiologique, biologique et psychologique de l'individu soumis à une agression, une menace, une contrainte physique ou psychique, une situation imprévue traumatisante. En métallurgie, il correspond à une force, une tension qui entraîne une déformation de l'objet sur lequel cette force est appliquée (Bounhoure, et al, 2010).

- Définition opérationnelle du stress

- Le stress survient en réponse à des situations actuelles.
- Il déclenche une réaction de l'organisme qui nous aide à faire face à une menace.
- Un sentiment de peur et d'inquiétude.
- Difficultés à prendre des décisions où à se concentrer.
- Une perturbation des habitudes de sommeil.
- Une modification des habitudes alimentaires.
- Affaiblissement du système immunitaire.
- Une accélération du rythme cardiaque.
- Sensations de vertige ou d'évanouissement.
- Maux d'estomac.

4. Les objectifs de la recherche :

Dans le cadre de notre recherche sur le stress chez les parents d'enfants atteints de TDA/H, nous nous fixons les objectifs suivants :

- Évaluer le niveau de stress vécu par les parents à l'aide de l'échelle de stress perçu (PSS-14) de Cohen et Williamson.

- Recueillir des données qualitatives à travers des entretiens cliniques semi-directifs, afin de mieux comprendre le vécu, les souffrances psychiques des parents face au trouble de leur enfant.
- Examiner l'impact du comportement de l'enfant atteint de TDA/H sur le stress parental, en identifiant les liens entre les manifestations du trouble et la détresse émotionnelle des parents.

5. La raison du choix de thème :

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) demeure largement méconnu dans la société algérienne, en grande partie en raison du manque d'information et de sensibilisation auprès des parents. Cette méconnaissance complique non seulement la prise en charge des enfants concernés, mais engendre également une souffrance importante chez leurs parents, souvent démunis face à des comportements difficiles à gérer au quotidien. C'est cette réalité, à la fois clinique et humaine, qui nous a conduit à choisir cette thématique, dans le but de mieux comprendre et mettre en lumière le vécu parental face au TDA/H.

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE I : LE TROUBLE
DEFICIT D'ATTENTION AVEC OU
SANS HYPERACTIVITE (TDA/H)

Préambule :

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) est une pathologie complexe qui perturbe le fonctionnement cognitif et comportemental d'un individu. Les enfants souffrant de TDA/H démontrent des lacunes dans divers domaines liés aux fonctions exécutives, tels que l'inhibition, la planification et la flexibilité cognitive.

Dans ce chapitre, nous aborderons l'historique du Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, en présentant différentes définitions de cette pathologie, son profil épidémiologique, ses formes cliniques, les critères diagnostiques pertinents et les multiples facteurs de risque associés au TDA/H.

Il est également important d'explorer la comorbidité, le diagnostic différentiel, les principales classifications définissant le TDA/H, les outils d'évaluation psychologique et la prise en charge du TDA/H.

1. Aperçu historique de TDA/H (Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) :

Le TDAH peut paraître une notion récente, cependant, les comportements qui y ressemblent ont été documentés dans l'histoire de la médecine depuis plusieurs siècles. Ce concept a évolué à travers les âges, avec plusieurs définitions et terminologies dans la culture occidentale. Le médecin allemand Melchior Adam Weikard a publié en 1775 un rapport médical décrivant pour la première fois un trouble qui présente des caractéristiques du TDAH. Dans son ouvrage, il a décrit des enfants apparaissant inattentifs, distraits et impulsifs. Il a décrit le trouble comme un syndrome lié à une faible éducation durant l'enfance et à des causes biologiques. (Sougal, 2023).

Crichton, médecin londonien, fait dès 1798 référence à un trouble de l'attention chez l'enfant, associé à une inhabilité chronique, entraînant des difficultés d'adaptation perceptibles. En 1890, William James mentionne chez certains enfants des difficultés d'inattention associées à une hyperactivité physique qui perdure tout au long de leur vie.

Désiré-Magloire Bourneville, spécialiste français en neurologie, a été à l'origine de l'institutionnalisation de l'action médico-pédagogique dans le domaine de la déficience mentale. Il a été fortement impliqué dans la mise en place de la loi de 1909, qui a institué les classes de perfectionnement dans les écoles primaires. En 1897, il a été le pionnier dans la description de

l'instabilité psychomotrice chez l'enfant, en en faisant le symptôme principal de certains retards mentaux. (Wodon, 2009).

G Still a présenté pour la première fois en 1902 dans « The Lancet » le trouble chez vingt enfants, caractérisé par une agitation forte, des troubles de l'attention et des échecs scolaires au Royaume-Uni. Il faut lui attribuer ces premières hypothèses sur la nature organique de l'hyperactivité. Les observations neuro-anatomiques de ces enfants ont été à l'origine de plusieurs publications, illustrant l'émergence du courant organiciste. La notion de « minimal brain damage » dépend de la fréquence des signes neurologiques modérés identifiés.

En 1932, Franz Kramer et Hans Pollnow (1902-1943) publient la description d'un syndrome hyperkinétique chez l'enfant qui semble diminuer avec l'âge. Ce nom sera repris dans le DSM-II. En Europe après la guerre, l'impact des théories du développement et du fonctionnement psychique, issues de la psychanalyse et de l'approche psychodynamique, s'intensifie. On parle alors de « troubles affectivo-caractériels.

De 1950 à 1980, une séparation évidente se dessine entre les écoles française et nord-américaine. Alors que l'approche critériologique commence à se développer aux États-Unis, les références des équipes françaises restent largement influencées par la psychanalyse.

Le TDAH est essentiellement caractérisé par un trouble de l'attention depuis la fin des années 1970. Cette évolution met en évidence l'importance croissante accordée aux troubles attentionnels, qui deviennent une priorité. Le terme « Attention Deficit » apparaît pour la première fois dans le DSM-III en 1980, sous l'influence de Virginia Douglas.

Le terme THADA, qui a été introduit en 1994 dans le DSM-IV pour désigner le « trouble d'hyperactivité avec déficit d'attention », a été remplacé par l'acronyme TDAH, signifiant « trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité », qui est la traduction de l'anglais ADHD. Ce trouble se caractérise par un manque d'attention, une impulsivité associée à ce déficit, ainsi qu'une hyperactivité. (HAS, 2024).

Le DSM-5 publié en 2013 a permis une approche plus flexible pour le TDAH, en étendant l'âge limite de 7 à 12 ans et en réduisant le nombre de symptômes nécessaires pour le diagnostic, comparé à la version précédente du manuel. (Sougal, 2023).

2. Définition du TDA/H :

Plusieurs définitions ont été données à propos de TDA/H, nous citons quelque' unes :

- *American Psychiatric Association*

Le TDAH se caractérise par une inattention persistante et/ou une hyperactivité-impulsivité qui entrave le fonctionnement ou le développement (APA, 2013).

- *La Haute Autorité de santé*

Ce trouble du neurodéveloppement, appelé trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, se manifeste par des symptômes d'inattention et/ou d'hyperactivité et d'impulsivité, souvent en décalage avec le stade de développement de l'individu. Ces symptômes nuisent à la capacité de l'enfant à participer à ses loisirs, à sa scolarité, ainsi qu'à ses relations sociales et familiales, ce qui impacte sa qualité de vie quotidienne (HAS, 2024).

- *Russel BARKLEY*

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité est une affection neurodéveloppementale courante, touchant environ 5 % des enfants en âge scolaire à l'échelle mondiale. Ce trouble se manifeste par des niveaux constants d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité, ce qui cause d'importantes difficultés dans plusieurs aspects de la vie quotidienne des enfants, tels que les relations sociales, la réussite scolaire et le développement émotionnel (Barkley, 2015).

3. Épidémiologie du TDAH :

Au cours des cinquante dernières années, la prévalence a connu une hausse mondiale. L'APA indique que, mondialement, 3 à 7 % des enfants en âge scolaire sont concernés. En effet, par exemple, la prévalence chez les enfants s'élève à 7,5 % en Australie, 6,1 % en Allemagne, 5 % en Arabie saoudite et 10,8 % aux États-Unis. Chez les garçons, la fréquence du TDAH est plus élevée que chez les filles.

Le rapport entre garçons et filles dans la population générale est de 2,5 pour 1, soit 4 garçons pour une fille. Pour la prédominance de l'hyperactivité/l'impulsivité, le ratio est de 4 garçons pour 1 fille, alors que pour l'inattention prédominante, il est de 2 garçons pour 1 fille. (Sougal, 2023).

Selon le GBD (Global Burden of Disease), en 2019, plus de 84 millions d'individus dans le monde étaient atteints de TDAH. Les évaluations de la GBD pour l'année 2019 sur le TDAH représentent un progrès notable par rapport aux précédentes, grâce à l'incorporation de nouvelles informations provenant de 18 nations (Argentine, Australie, Autriche, Brésil, Chine,

Colombie, Chypre, Finlande, Royaume-Uni, Inde, Iran, Liban, Nigeria, Arabie saoudite, Corée du Sud, Espagne, Taïwan et États-Unis) (HAS, 2024).

En Algérie, selon une revue systématique et méta-analyse publiée dans BMJ Open en 2024 par Al-Wardat et al, la prévalence combinée du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est estimée à 3 % (Al-Wardat et al, 2024).

Ces dernières années, l'utilisation des médicaments contre le TDAH a connu une croissance régulière chez les jeunes adultes, notamment chez les femmes en âge de procréer et pendant la grossesse. Plusieurs pays ont signalé cette augmentation.

La fréquence du TDAH peut varier selon la population étudiée, les approches méthodologiques, les facteurs environnementaux et culturels, ainsi que la variété des outils d'évaluation et de diagnostic employés dans les études.

Globalement, le TDAH, un trouble neuropsychiatrique, varie en fréquence selon les régions du monde. Bien que la plupart des études épidémiologiques concernant le taux du TDAH chez les enfants et les adultes aient été réalisées aux États-Unis, en Australie et en Europe de l'Ouest, une hausse récente du nombre d'études similaires dans d'autres régions du monde, accompagnée de la publication de plusieurs revues systématiques, indique clairement que le TDAH est désormais reconnu comme un trouble majeur à l'échelle mondiale (Lemelin, 2021).

4. Les formes cliniques de TDA/H :

Le TDAH se manifeste sous différentes formes, il se caractérise tout de même par trois symptômes essentiels.

A. Inattention :

Le trouble de l'attention est le deuxième symptôme majeur du TDAH. Le patient peut effectivement rester concentré, mais son attention varie entre insuffisance et excès. Les stimuli internes ou externes peuvent aisément le détourner, surtout pour des activités routinières ou dépourvues de nouveauté. Le patient peut commencer plusieurs activités sans les achever. Il a tendance à perdre ses affaires fréquemment et ne comprend pas bien le passage du temps. Inversement, lorsqu'une activité suscite un intérêt particulier, il peut y être totalement concentré, ignorant tout ce qui l'entoure, ce qui est désigné par le terme d'hyper-focalisation (Halter, 2021).

B. Impulsivité :

Elle se distingue par une tendance à ne pas pouvoir attendre, un besoin urgent d'intervenir rapidement, et une anticipation limitée des répercussions de ses actes, ce qui est excessif comparé à d'autres enfants du même sexe et du même stade de développement. Il est observé que l'enfant réagit rapidement, voire trop rapidement, aux sollicitations, sans attendre la totalité des instructions ni bien évaluer les éléments essentiels pour répondre. Cela engendre des erreurs, en particulier parce que l'enfant ne prend pas en compte les conséquences négatives, destructrices ou dangereuses potentielles. L'enfant paraît incapable de contrôler les comportements verbaux ou physiques inadaptés (Pezeshknia, 2011).

C. Hyperactivité :

L'hyperactivité motrice se manifeste par une incapacité à rester immobile, accompagnée d'une activité désordonnée et peu productive. Ce sont des enfants généralement pleins de joie, qui courent, grimpent, s'agitent constamment et ne peuvent pas rester assis à une table de travail ou pendant les repas. Ces enfants, bruyants et maladroits, ne peuvent pas jouer de manière autonome et sollicitent sans arrêt un adulte, ce qui gêne le déroulement normal de l'activité. Quelques stigmates pathognomoniques illustrent leurs fréquentes prises de risques. Les parents confient qu'ils ont des doutes avant d'emmener leurs enfants faire des courses dans les grandes surfaces, et ils n'osent plus aller chez des amis, de peur d'être considérés comme « mal élevés ». L'ensemble de ces éléments est illustré par les livrets scolaires et le carnet de santé (Revol et al, 2010).

Ces principaux symptômes agissent sur quatre dimensions psychologiques de l'enfant : la capacité cognitive, affectée par un déficit d'attention ; l'aspect émotionnel, avec une instabilité affective ; l'aspect social, pouvant entraîner un retrait social ; et l'aspect moteur, souvent marqué par une hyperactivité (Faré, 2018).

5. Les critères diagnostiques du TDAH selon le DSM-5 :

La version révisée du DSM parue en 2013 est la cinquième. Pour le TDAH, les critères du DSM-V, exposés de manière non exhaustive, sont les suivants :

A. Un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement, caractérisé par (1) et/ou (2) :

1- Inattention :

Six (ou plus) des symptômes suivants d'inattention ont persisté pendant au moins six mois, et ont directement des conséquences négatives sur les activités sociales et académiques/professionnelles :

- a. Souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités.
- b. A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux.
- c. Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement.
- d. Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (p. ex. commence des tâches mais se déconcentre vite et se laisse facilement distraire).
- e. A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités.
- f. Souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison).
- g. Perd souvent des objets nécessaires à son travail ou à ses activités (jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils).
- h. Souvent, se laisse facilement distraire par des stimuli externes.
- i. A des oublis fréquents dans la vie quotidienne.

2. Hyperactivité et impulsivité :

Six (ou plus) des symptômes suivants d'hyperactivité-impulsivité ont persisté au moins six mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant.

Hyperactivité

- a. Remue souvent les mains et les pieds, ou se tortille sur son siège.
- b. Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (p. ex. quitte sa place en classe).
- c. Souvent court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié
- d. Est souvent incapable de se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.

e. Est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts (p. ex. n'aime pas rester tranquille pendant un temps prolongé).

f. Parle souvent trop.

Impulsivité

g. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (p. ex. termine les phrases des autres, ne peut pas attendre son tour dans une conversation).

h. A souvent du mal à attendre son tour (p. ex. dans une file d'attente).

i. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex. fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités, peut se mettre à utiliser les affaires des autres sans le demander ou en recevoir la permission).

B. Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité étaient présents avant l'âge de 12 ans.

C. Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité sont présents dans au moins deux contextes différents.

D. On doit mettre clairement en évidence que les symptômes interfèrent avec ou réduisent la qualité du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p.ex., trouble de l'humeur, trouble anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité, intoxication par, ou sevrage d'une substance (DSM 5, 2015, pp. 67-68).

6. Les facteurs de risque de (TDA/H) :

Bien que les causes exactes du TDAH ne soient pas complètement élucidées, il est généralement accepté que plusieurs facteurs de risque, tant génétiques qu'environnementaux, participent à sa survenue. Ces facteurs interagiraient entre eux et contribueraient à l'apparition du TDAH tout au long de la vie, notamment durant la petite enfance. Ces facteurs interagiraient entre eux et contribueraient à l'apparition du TDAH tout au long de la vie, notamment durant la petite enfance (Blouin, 2024).

6.1 Les facteurs génétiques :

Des facteurs génétiques sont également évoqués, expliquant une vulnérabilité physiologique accrue au TDAH, notamment par une transmission intergénérationnelle significative et une fréquence plus élevée chez les jumeaux identiques comparés aux jumeaux non identiques, ainsi que par une prévalence plus importante chez les parents biologiques d'enfants adoptés que chez leurs parents adoptifs (Dulude, 2014).

Pour cela deux sortes d'enquêtes ont été utilisées : les études d'adoption et les études de jumeaux :

- **Les études d'adoption** : Comparer les enfants adoptés avec les membres de leurs familles adoptives et avec leurs parents biologiques. Selon ces études, l'environnement familial joue un rôle central, puisque frères et sœurs adoptifs évoluent dans un cadre éducatif commun, ce qui explique les traits similaires observés entre l'enfant adopté et sa famille. Les caractéristiques communes entre l'enfant adopté et ses parents biologiques, qui ne l'ont pas élevé, résultent des éléments génétiques transmis avant sa naissance.
- **Les études de jumeaux** : Elles analysent les différences entre les jumeaux monozygotes et hétérozygotes (ayant en commun 50 % de leur génome, comme tous frères et sœurs). Si une maladie est exclusivement causée par l'environnement, alors les jumeaux, qu'ils soient hétérozygotes ou monozygotes, présentent le même risque de la développer car ils partagent le même environnement. Chez les jumeaux souffrant de TDA/H, la concordance est beaucoup plus importante chez les monozygotes comparée aux dizygotes (de 30 à 50 %) (Bange, 2023).

6.2 Les facteurs neuropsychologiques :

Un consensus émerge parmi la multitude d'études sur le TDAH dans ce domaine pour considérer les troubles comportementaux et attentionnels comme faisant partie d'un dysfonctionnement plus global des fonctions exécutives. Les fonctions exécutives désignent l'ensemble des processus cognitifs qui permettent à une personne d'ajuster de façon efficace et constante son comportement en fonction de ses objectifs et des variations de l'environnement.

Cette adaptation implique la capacité à choisir la réponse appropriée, à la décomposer en opérations simples que l'individu devra organiser, hiérarchiser, planifier, tout en inhibant les réponses inappropriées ou incohérentes lors des phases de planification et de programmation motrice, ou éventuellement lors du contrôle et de la régulation de l'action.

La théorie neuropsychologique postule que le TDAH est lié à un déficit des fonctions exécutives, spécifiquement dans le contrôle de l'inhibition.

Le TDAH est essentiellement caractérisé par une impulsivité, qui résulte d'un trouble de l'autorégulation et d'un déficit dans le contrôle inhibiteur, affectant certaines régions cérébrales et provoquant un dysfonctionnement des systèmes catécholaminergiques, en particulier le système dopaminergique (Pezeshknia, 2011).

6.3 Les facteurs neuro-anatomique :

Plusieurs études d'imagerie révèlent des différences morphologiques notables entre les cerveaux des personnes atteintes de TDAH et ceux de la population générale. Des diminutions de volume ont été constatées dans le cortex préfrontal, les ganglions de la base, le cortex cingulaire dorsal antérieur, le corps calleux et le cervelet. Une réduction comprise entre 5% et 8% a été constatée chez les personnes atteintes de TDAH par rapport aux témoins (Simard, 2018).

6.4 Les facteurs environnementaux :

Les cas de TDA/H sont plus fréquents chez les prématurés, ceux ayant un petit poids de naissance ou issus de familles avec des facteurs d'adversité. Des facteurs négatifs concernant la mère ont été relevés, notamment que le risque d'avoir un enfant TDA/H est plus élevé chez les jeunes mères et chez celles ayant vécu plusieurs événements de vie tels que séparations, deuils, conflits familiaux ou difficultés professionnelles. La présence d'un « niveau élevé de stress » au sein de la famille (toxicomanie, criminalité chez un ou plusieurs de ses membres) semble davantage favoriser le syndrome chez les garçons que chez les filles. Il a également été démontré que la présence de plusieurs facteurs négatifs dans l'entourage familial est liée à une augmentation de la fréquence du TDA/H (Bange, 2014).

La controverse entoure l'influence de la grossesse et des complications de l'accouchement, cependant, des preuves solides suggèrent que l'exposition à l'alcool ou au tabac, ainsi qu'un petit poids à la naissance, pourrait accroître le risque de TDAH (Korczak et al, 2018).

Par ailleurs, la corrélation entre l'intoxication au plomb et le TDA/H est largement reconnue, de même que celle avec le mercure et le manganèse. Chez les enfants et adolescents avec des niveaux urinaires élevés en pesticides organophosphorés, le risque de développer un TDA/H est doublé.

La gamme des facteurs environnementaux liés au TDA/H s'élargit de plus en plus. Elle englobe des facteurs physiques classiques, y compris des toxiques tels que le plomb. Plusieurs

composés chimiques présents dans l'environnement sont aussi suspectés. Récemment, un médicament aussi couramment utilisé chez les femmes enceintes que le paracétamol a été remis en question (Bange, 2023).

6.5 Les facteurs Psycho-sociaux :

En analysant les facteurs de risque psychosociaux du TDAH, il devient possible de repérer les éléments étiologiques ainsi que les indicateurs précoces de la chronicité et de la gravité de la maladie. Des recherches ont analysé la fréquence des troubles mentaux chez les enfants issus de milieux sociaux variés et ont identifié six facteurs de risque familiaux fortement liés à ces troubles : conflits conjugaux graves, statut socio-économique faible, famille nombreuse, antécédents criminels du père, troubles psychiques maternels et placement en famille d'accueil. (Kabore et al, s, d).

Il est avancé par certains que le TDAH de l'enfant est la cause principale des désordres parentaux, plutôt que leur origine. Il apparaît également que les relations familiales tendent à se pacifier lorsque l'enfant ou l'adolescent hyperactif reçoit un traitement efficace ou quitte le foyer parental. Les recherches axées sur les troubles parentaux révèlent une prévalence plus élevée dans les familles d'enfants hyperactifs pour divers syndromes (Wahl, 2019).

Les facteurs psychosociaux comme la pauvreté, la sous stimulation, l'abus physique ou psychologique et une alimentation carentielle ont une incidence sur la problématique, car ils peuvent précipiter ou aggraver les symptômes du TDAH. Si ces facteurs favorisent l'émergence de symptômes s'apparentant au TDAH, un diagnostic de trouble de l'opposition ou de la conduite, ou de toute autre pathologie doit être envisagé lors du diagnostic différentiel (Ancieux, 2007).

Pour résumer, voici les principaux facteurs identifiés comme contribuant à l'apparition d'un TDAH, selon les recherches de F. Gonon et de Russel A. Barkley :

- La situation économique modeste des parents
- Le niveau culturel limité de la mère
- Un accouchement prématuré
- La consommation d'alcool et de tabac durant la grossesse.
- Une jeune mère encore dans l'adolescence.
- Une mère seule en charge de son garçon
- Des parents affectés par des troubles mentaux

- La négligence et la maltraitance des enfants
- Le temps consacré à la télévision avant que l'enfant n'atteigne trois ans (Sferrazza, 2017).

7. Comorbidités du TDA/H :

Des comorbidités peuvent jouer un rôle dans la diversité clinique du TDAH et peuvent parfois retarder la mise en évidence du diagnostic. Il est vrai que le TDAH peut se présenter en même temps que divers autres troubles, qu'on désigne comme des comorbidités (Agathe, 2021).

Tableau 01 : Principales comorbidités associées au TDAH

Comorbidités	Prévalence
Trouble oppositionnel avec provocation (TOP)	50% des enfants ayant la présentation combinée du TDAH 25 % des enfants ayant la présentation inattentive dominante du TDAH
Trouble des conduites	25% des enfants et des adolescents ayant la présentation combinée du TDAH.
Trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle	La plupart des enfants et des adolescents ayant ce trouble ont un TDAH
Troubles d'apprentissage	La concomitance est fréquente entre ces troubles
Troubles anxieux et trouble dépressif.	Les taux d'anxiété et de dépression sont supérieurs chez les individus ayant un TDAH comparativement à la population générale 17,7% des enfants d'âge préscolaire ayant un TDAH
Trouble d'acquisition de la coordination (TAC)	50% des individus ayant un TAC présentent un également un TDAH

(Simard,2018)

8. Diagnostic différentiel :

Savoir repérer les authentiques TDA/H et faire la différence avec des déficits d'attention ou hyperactivité symptomatiques d'une autre pathologie est crucial, en tenant compte aussi des possibles comorbidités. Lorsque la « turbulence » excessive mais encore physiologique a été éliminée, généralement liée à des pratiques éducatives inappropriées ou incohérentes, l'étape

suivante consiste à dépister les causes médicales, psychologiques ou sociales pouvant affecter l'enfant dans sa famille ou à l'école.

Une enquête minutieuse peut relier l'agitation et l'inattention à une pathologie somatique, à un cadre environnemental toxique (carences éducatives, dépression parentale), à un retard mental ou à des préoccupations psychologiques (Troubles Obsessionnels et Compulsifs, épisodes dépressifs, dysharmonie d'évolution).

Il est également important de différencier l'inattention et les instabilités liées aux troubles graves des apprentissages chez les enfants « dys », ainsi que le cas particulier des enfants surdoués, qui sont souvent inattentifs en classe en raison de l'ennui et du refus d'apprendre. Dans ces deux cas récents, les symptômes apparaissent uniquement dans le contexte scolaire. (Revol et al, 2010).

Nous aborderons succinctement les diagnostics différentiels qui peuvent, sous certains angles, imiter un TDAH.

8.1 Pathologies somatiques :

- **Neurologique** : les maladies neurodégénératives, l'épilepsie, les traumatismes crâniens et les tumeurs frontales.
- **Endocrinologique** : les hyper/hypothyroïdies, le syndrome de Cushing, un diabète non équilibré.
- **Déficits sensoriels** : les troubles visuels ou auditifs entraînant des troubles des apprentissages et de la compréhension.
- **Troubles du sommeil** : les apnées du sommeil, la narcolepsie, le syndrome des jambes sans repos.
- **Hématologique** : une anémie ferriprive sévère.
- **Trouble cognitif** : un retard mental ou un trouble des apprentissages.
- **Autre** : une intoxication au plomb.

8.2 Pathologies psychiatrique :

- **Troubles de l'humeur** : un épisode dépressif, un trouble bipolaire avec une(hypo)manie.
- **Les troubles anxieux** : une anxiété généralisée, un TOC, un trouble panique, une agoraphobie, une phobie sociale, un état de stress post traumatique.

- **Les troubles du spectre autistique** : les maladies neurodégénératives, l'épilepsie, les traumatismes crâniens et les tumeurs frontales.
- **Les troubles de la personnalité** : principalement avec des personnalités borderline et antisociales.
- **Les troubles du comportement** : : un trouble oppositionnel avec provocation, un trouble des conduites (Halter, 2021).

9. Les principales classifications de TDAH :

Le DSM-V et la CIM-11 sont deux ouvrages essentiels pour la classification des maladies, permettant aux professionnels de disposer d'un langage commun. Ces classifications offrent des définitions du TDAH très proches. Effectivement, elles considèrent toutes deux le TDAH comme une condition où des symptômes d'inattention, d'hyperactivité et/ou d'impulsivité persistent depuis plus de six mois dans au moins deux environnements distincts (Fabre, 2022).

9.1 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) :

Le DSM-5 est une classification consacrée aux troubles mentaux, employée internationalement en pratique clinique et dans la recherche. Elle considère le TDAH comme un trouble neurodéveloppemental. Les critères, qui sont précisés en Annexe, doivent être satisfaits pour établir le diagnostic. Ainsi, on identifie au moins six critères d'inattention ou au moins six critères d'hyperactivité et d'impulsivité, qui perturbent le fonctionnement ou le développement, apparaissant avant l'âge de 12 ans, dans au moins deux contextes différents, et qui ne peuvent être mieux expliqués par un autre trouble mental (Halter, 2021).

9.2 Classification International des Maladies (CIM-11) :

Dans la classification CIM-11, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité est intégré dans le chapitre des « Troubles neurodéveloppementaux » (6A05). Il se manifeste par un schéma constant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui nuit directement au fonctionnement scolaire, professionnel ou social.

Il existe des preuves de symptômes d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité importants avant l'âge de 12 ans, durant le début ou le milieu de l'enfance, même si certains individus ne manifestent ces symptômes que plus tard. L'inattention ainsi que l'hyperactivité-impulsivité dépassent les seuils de la variation normale pour l'âge et le niveau intellectuel. (HAS, 2024).

10. Les outils d'évaluation psychologique du Trouble du Déficit de l'Attention avec/sans Hyperactivité (TDA/H) :

Une approche pluridisciplinaire, comprenant des interventions psychiatriques, psychologiques, pédagogiques et orthophoniques, est essentielle pour l'évaluation clinique. On peut aussi la désigner comme une « plurisource » puisqu'elle repose sur des informations provenant des divers environnements où évolue l'enfant. Les instruments d'évaluation standardisés ont leur origine dans la psychologie quantitative ainsi que dans la neuropsychologie. Ce sont des échelles d'évaluation (échelles d'hyperactivité, échelles pour les troubles associés) et des tests destinés à évaluer les fonctions cognitives. Les échelles d'évaluation fonctionnent en recensant les symptômes. Elles servent à préciser l'intensité et la portée des symptômes, à élaborer un profil de comportement et de personnalité, et à juger de la progression des troubles. Les tests cognitifs évaluent notamment le temps de réaction, l'attention sélective visuelle et auditive, l'inhibition, la flexibilité mentale, la planification et la programmation, ainsi que les stratégies visuoconstructives. Dans le cadre du diagnostic, le bilan cognitif occupe une place importante.

Sans tests paracliniques, il est compliqué de définir avec précision le type de rééducation adapté, et il semble peu pertinent, d'un point de vue médical, de prescrire un traitement médicamenteux uniquement en se basant sur une liste de symptômes sans avoir réalisé d'évaluations cognitives et neuropsychologiques (Pezeshknia, 2011).

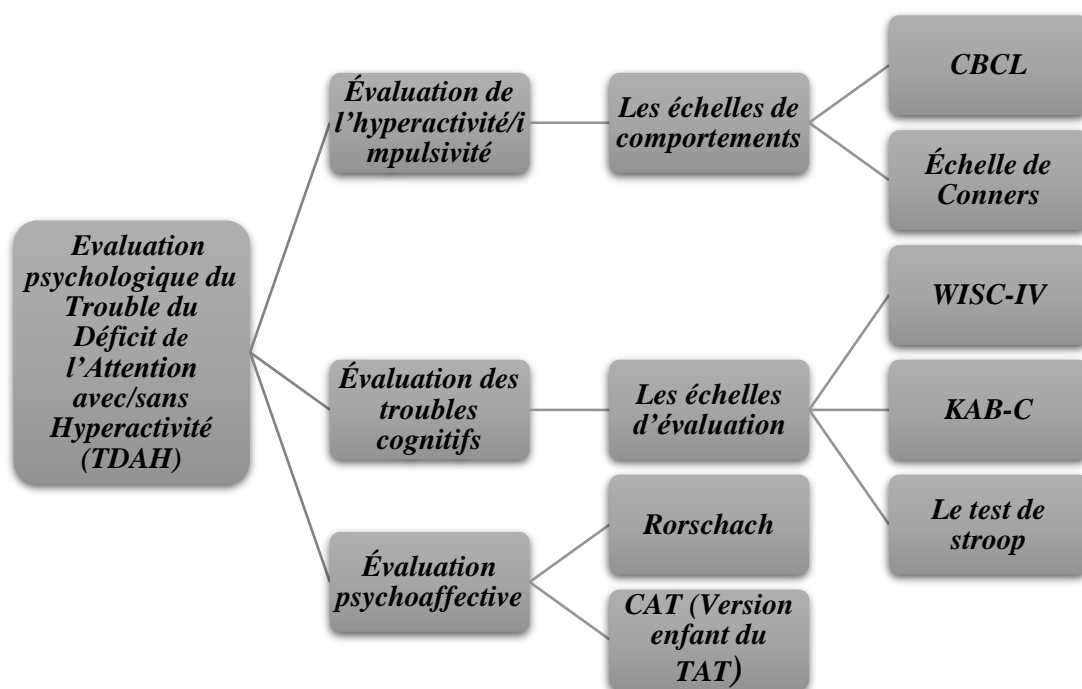


Figure 01 : La démarche d'évaluation psychologique de TDA/H.

(Bréjard et al, 2007)

11. La prise en charge de TDAH :

Dans le traitement du TDA/H, on combine généralement un traitement pharmacologique avec un ensemble de méthodes non médicamenteuses, notamment l'information, les interventions comportementales, la rééducation, les remédiations cognitives et métacognitives, ainsi que des ajustements diététiques.

Il n'existe aucun traitement curatif, qu'il soit pharmacologique ou non, seul un effet palliatif est possible. Il faut réduire les symptômes gênants et favoriser un meilleur fonctionnement dans les domaines scolaire, social, professionnel, émotionnel, ainsi que la qualité de vie personnelle et familiale. Étant donné ce trouble développemental à progression lente, les stratégies thérapeutiques doivent être envisagées sur le moyen et le long terme, avec des ajustements possibles au fil du temps chez un même patient (Bange, 2023).

11.1 Le traitement médicamenteux :

Les médicaments efficaces pour le TDAH ciblent généralement soit les neurones à noradrénaline (cellules nerveuses), soit ceux à dopamine (la noradrénaline et la dopamine sont des substances chimiques du cerveau appelées neurotransmetteurs). Ces médicaments ont généralement pour effet d'augmenter la concentration de ces neurotransmetteurs dans les synapses, qui sont les zones situées entre les neurones émetteurs et récepteurs. Grâce à cette augmentation, le cerveau peut réajuster l'équilibre entre ces deux systèmes, affectant ainsi les activités des autres systèmes émetteurs. C'est la dopamine qui influence la force des signaux qui arrivent dans le cerveau et la capacité des régions à sélectionner ce sur quoi vous focalisez votre attention. Le niveau d'éveil et la précision des processus cérébraux sont sous l'influence de la norépinephrine. Le niveau de motivation est accru par ces deux substances (Strong et al, 2024).

Les deux types de médicaments qui sont souvent prescrits pour le TDAH sont : les psychostimulants et les non-psychostimulants :

11.1.1 Les psychostimulants :

Les amphétamines et le méthylphénidate sont les deux principaux psychostimulants du système nerveux central couramment employés. Les psychostimulants figurent parmi les médicaments les plus couramment prescrits, notamment pour leur efficacité et leur acceptabilité auprès des parents et des enseignants.

- **Les amphétamines** : se trouvent sous une formulation à libération immédiate (Dexedrine®, Dextrostat®, Adderall®) ou sous une formulation à libération prolongée (Adderall XR®). La durée moyenne d'efficacité des sels d'amphétamine à libération immédiate varie entre 4 et 6 heures. En ce qui concerne les formulations à libération prolongée, leurs effets peuvent durer jusqu'à 12 heures après administration (Sougal, 2023).
- **Le méthylphénidate** : Le chlorhydrate de méthylphénidate, en particulier, est commercialisé en France sous le nom de Ritaline®, Medikinet®, Concerta® et Quasym®. Le méthylphénidate agit en tant qu'agoniste de la dopamine. Il accroît la concentration de dopamine dans les synapses en libérant ce neurotransmetteur des neurones et en bloquant sa recapture. L'hypothèse étiologique dominante dans l'hyperactivité serait précisément liée à un déficit de dopamine dans certaines régions cérébrales, en particulier dans les aires préfrontales. Chez les enfants hyperactifs, les examens tomodensitométriques montrent un déficit fonctionnel en dopamine, qui est corrigé par les psychostimulants (Wahl, 2019).

11. 1. 2 Les non-psychostimulants :

Les traitements non-psychostimulants sont moins fréquemment prescrits en raison de leur faible efficacité clinique. Ils sont principalement employés lorsque le traitement par psychostimulants n'a pas donné de résultats. Les autres classes de médicaments les plus couramment employées sont : les antidépresseurs (l'atomoxetine [Strattera®], bupropion [Zyban®] ou la venlafaxine [Effexor®], les antihypertenseurs [guanfacine (Estulic®), clonidine [Catapressan®] et les antipsychotiques (halopéridol [haldol®] ou rispéridone [risperdal®]). L'atomoxetine, parmi les non-psychostimulants, se présente comme une option alternative pertinente lorsque des comorbidités telles que des troubles de l'humeur, des tics ou le syndrome de Gilles de la Tourette sont présentes (Sougal, 2023).

11.2 Les traitements psychologiques :

11. 2. 1 La psychoéducation :

Plusieurs chercheurs soulignent l'importance de la psychoéducation comme première intervention pour un enfant souffrant de TDA/H, en tant que composante clé de sa réussite. Les interventions psychosociales et la psychoéducation ont un effet complémentaire au traitement médicamenteux, en renforçant les habiletés sociales de l'enfant, en améliorant le fonctionnement des parents et en favorisant une meilleure relation parent-enfant, pouvant

conduire à une diminution des doses de médicaments. Grâce à la psychoéducation, l'enfant, ses parents et ses enseignants sont mieux équipés pour comprendre, accepter et gérer les symptômes du TDA/H et des troubles associés (Bange, 2023).

11. 2. 2 Les thérapies cognitivo-comportementales :

Les thérapies cognitivo-comportementales ne visent pas à identifier les causes sous-jacentes du TDA/H, mais uniquement à atténuer les symptômes de manière pragmatique. En utilisant une systématisation des stratégies, notamment les renforcements, l'extinction et la résolution de problèmes, elles y parviennent. Il en existe encore, comme l'affirmation de soi, qui est bénéfique pour les enfants TDA/H rencontrant des difficultés dans leurs relations interpersonnelles. Ceux qui subissent le rejet, en tant que « souffre-douleurs », développent leurs compétences sociales et améliorent leurs relations avec leurs camarades. Parfois, les TCC sont pratiquées en sessions individuelles, et d'autres fois en groupe avec des enfants ou leurs parents. Certaines sont dédiées aux conflits éducatifs entre parents, qui accentuent les problèmes de comportement de l'enfant. La réussite de leur intervention repose sur une coopération entre le thérapeute et les parents, qui consiste à échanger des informations et à faire participer ces derniers aux actions mises en place (Bange, 2014).

11. 2. 2. 1 Les psychothérapies cognitives :

Les psychothérapies cognitives apportent une dimension supplémentaire à leurs praticiens. Les thérapies cognitives de l'hyperactivité mettent principalement l'accent sur des stratégies d'auto-contrôle. Elles partent du principe que l'enfant est conscient de ses difficultés, qu'il les identifie comme telles et qu'il désire s'en débarrasser. Étant donné que chaque enfant hyperactif est différent, ces traitements doivent être adaptés plutôt que suivis à la lettre.

11. 2. 2. 2 Les psychothérapies comportementales :

Les enfants hyperactifs bénéficient de psychothérapies comportementales qui incluent des programmes éducatifs pour les parents. Elles nécessitent donc l'implication de l'entourage de l'enfant, ce qui les différencie des psychothérapies cognitives qui offrent des stratégies d'autorégulation. Avant de mettre en place une thérapie comportementale, il est essentiel que les parents et l'enfant disposent d'une compréhension aussi précise que possible du TDAH. Il faut qu'ils soient libérés des idées toutes faites qui renforcent le ressentiment ou la culpabilité.

Il existe différentes stratégies pour favoriser une amélioration du comportement :

- **Le renforcement positif** : consiste à établir des objectifs réalistes et progressifs pour encourager le progrès. Les échanges avec l'enfant se font contre des cadeaux. Une procédure plus plaisante peut augmenter la motivation de l'enfant, en notant chaque soir dans un cahier divertissant et illustré de pictogrammes les points positifs et négatifs de la journée.
- **Le renforcement négatif** : complète le premier type de renforcement. Lorsque les règles sont enfreintes, les récompenses sont retirées. L'ensemble repose sur un cadre contractuel ou, en l'absence, sur un accord clair, avec une barre d'objectifs fixée pour permettre d'atteindre ou d'espérer un petit succès. (Wahl, 2019).

11.2. 3 Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) :

Les PEHP mettent l'accent sur les compétences personnelles et familiales pour renforcer la confiance des parents dans leurs stratégies disciplinaires. Les PEHP facilitent pour les parents le partage d'informations, l'acquisition de connaissances et la participation à des expériences, dans le but de transformer leurs pratiques éducatives et d'améliorer le comportement de leur enfant. Un PEHP privilégie les comportements plutôt que les émotions et perceptions. Plus précisément, le PEHP facilite la modification par les parents des antécédents et des conséquences du comportement de leur enfant (Généreux, 2015).

11. 2. 3 Neurofeedback et remédiation cognitive :

La plasticité cérébrale, permettant la formation de nouveaux réseaux neuronaux, est une base essentielle de la remédiation cognitive. Des solutions informatisées pour la remédiation cognitive sont explorées et conçues pour soutenir la restauration des fonctions cognitives déficientes chez des patients souffrant de troubles variés, notamment le TDA/H. L'enfant doit pratiquer régulièrement des exercices sur ordinateur pour améliorer son attention et sa mémoire à court terme. L'entraînement en neurofeedback consiste à renforcer les capacités d'attention tout en mesurant en temps réel l'activité électrique cérébrale. L'ordinateur montre la tâche à accomplir et la concentration de l'enfant, qui est évaluée grâce à cette activité électrique. Cela permet à l'enfant de recevoir un feedback en temps réel sur la manière dont il fonctionne. (Bange, 2014).

Synthèse :

Il est largement reconnu que le TDAH est le trouble neurodéveloppemental le plus répandu chez les enfants, et il est considéré comme l'un des troubles de l'enfance les plus étudiés depuis

plus d'un siècle. Il existe cependant une grande diversité dans les taux de prévalence à l'échelle mondiale.

Ce chapitre nous a permis de mettre en évidence que le TDA/H dépasse largement la simple triade de symptômes, et que son diagnostic ainsi que sa prise en charge présentent une complexité certaine.

CHAPITRE II : LE STRESS

Préambule :

Le stress demeure aujourd'hui un sujet d'actualité. Il influence réellement le fonctionnement du corps, notamment en affaiblissant les défenses immunitaires et en favorisant l'apparition de certaines maladies.

C'est donc un phénomène universel lié à l'existence, Hans Selye disait dans une de ces citations que trop de stress nuit aux organismes terrestres mais que l'absence de celui-ci mène à la mort.

Pour cela nous présenterons dans ce chapitre l'histoire du stress, sa prévalence, ses différents types et les théories qui l'expliquent.

Il est également capital d'inclure dans cette partie les sources de stress, ses indicateurs, ainsi que le stress parental et son lien avec le TDA/H, en concluant par des stratégies de gestion du stress.

1. Aperçu historique de stress :

À la fin du XIXème et au début du XXème siècle, l'impact de l'esprit sur le corps ainsi que l'interdépendance entre psychisme et environnement ont commencé à être reconnues scientifiquement. Darwin mettra en avant la peur comme un mécanisme adaptatif de fuite pour assurer la survie. Il établit ainsi un lien entre l'émotion et le stress, anticipant par là même le célèbre « *fight or flight* » de Cannon.

Au début de ce siècle, des figures illustres comme Darwin et James ont contribué à façonner la compréhension moderne du concept. Cannon doit sa reconnaissance à avoir introduit le concept de stress comme agent dans le domaine de la physiologie, notamment par le biais d'expressions comme « *emotional stress* », « *times of stress* », « *stress of excitement* ». Dans une perspective psychologique, le stress est perçu comme un stimulus physique ou émotionnel en relation avec l'organisation sociale et industrielle. Ainsi, il se positionne contre la théorie de Lange-James, selon laquelle les sentiments émotionnels et leur différenciation proviennent de l'activité viscérale. On considère le stress comme une réaction physiologique complexe de l'organisme en réponse à une situation perçue comme menaçante.

Avec son article « *A syndrome produced by diverse nocuous Agents* » publié en 1936, Selye initie sa théorie, ce qui permet l'émergence de nombreux travaux (Rivolier, 1989, 1993). Même s'il admet avoir préféré un moment, strain à stress, ce phénomène lui échappe déjà et commence à se répandre dans le milieu scientifique. Selon Selye, il est essentiellement l'agent à l'origine

des maladies de l'adaptation ; en réagissant de manière inadéquate aux stressseurs, la maladie peut survenir.

En 1946, le mot stress désignait un stimulus qui provoquait une réaction. Diverses formes d'expression de cet agent existent, telles qu'un deuil, une fatigue, une maladie ou un bruit. En 1950, le sens évolue dans le langage courant, où le stress désigne le résultat de l'action de l'agent, comme dans la phrase « je me sens stressé par cette compétition », représentant l'interaction entre une force et une résistance opposée. Le stress découle du stressor. Ensuite, le stress fusionnera les deux significations, étant associé à l'agent et/ou au processus qui affecte l'organisme, entraînant une agression ou une tension susceptible de devenir pathologique (Parrocchetti, 2012).

Rivolier (1989) affirme que la source du stress, son étiologie et sa définition doivent être cherchées dans les exigences croissantes d'une société qui impose à l'individu un effort constant d'adaptation. Légeron (2001) tout comme Selye, met en avant l'importance fondamentale de cette fonction, un point repris par le sens commun qui l'a trop souvent dévalorisée : « le stress, un mot devenu courant, que tout le monde emploie sans vraiment en connaître la signification. » Un terme fréquemment associé à des connotations négatives. Ou bien, il existe une multitude d'études sur ce sujet qui ont été menées depuis longtemps. Bien que le stress puisse présenter des avantages, ce sont ses effets délétères qui ont été le plus étudiés. (Graziani & Swendsen, 2004).

L'ancrage historique du stress, en partie responsable, contribue à une tendance répandue dans la littérature qui associe les aspects psychologiques et biologiques pour expliquer les manifestations émotionnelles et psychiques en les reliant exclusivement à des causes somatiques, limitant ainsi l'angoisse à son origine biologique unique (Parrocchetti, 2012).

2. Définition de Stress :

Selon Grebot (2008), L'origine du terme « stress » remonte au latin *stringere*, signifiant « tendu de façon raide » ou « serrer », ainsi qu'au vieux français *estrece* ou « étroitesse », qui expriment l'idée de compression, d'oppression et d'asphyxie. Alors que l'étymologie donne au stress une connotation surtout négative, Hans Selye, qui a inventé le concept, expliquera que la réaction de stress peut aussi avoir une fonction positive d'adaptation, distinguant ainsi le stress positif du stress négatif. Par ailleurs, l'étymologie évoque un état qui résulte d'une situation donnée, alors que de nos jours, le stress est perçu comme une interaction complexe et dynamique entre l'individu et son environnement. (Grebot, 2008).

Selon Crocq (1999), le stress peut être défini comme la réponse immédiate de l'organisme, impliquant des aspects biologiques, physiologiques et psychologiques, à une alerte, une menace ou une situation inattendue (Crocq, 2012).

Selon Selye, on désigne par stress l'ensemble des réactions d'adaptation pouvant entraîner des effets à la fois positifs et négatifs, notamment si elles sont excessives ou prolongées. Selye faisait la distinction entre l'«*eustress*», la réponse positive qui aidait à survivre, et le «*distress*», la réaction négative de l'organisme. Mais, puisque la distinction entre bon et mauvais cholestérol a disparu, le terme stress est désormais généralement utilisé pour désigner le mauvais stress, comprenant l'énervement, la déprime, l'anxiété ou le surmenage (Dumont & Plancherel, 2001).

Reconnue par l'Organisation mondiale de la santé comme un état de préoccupation ou de tension psychologique résultant d'une situation complexe. C'est une réponse instinctive propre à l'être humain, l'encourageant à surmonter les obstacles et à affronter les risques qui se dressent sur son chemin. Chaque individu ressent un niveau de stress variable. Néanmoins, la réaction que nous adoptons en situation de stress peut jouer un rôle majeur dans notre bien-être global (OMS, 2023).

Doron et Parot, dans leur dictionnaire de psychologie, donnent différentes définitions selon le domaine concerné : en physique, le stress est considéré comme « une contrainte excessive subie par un matériau », tandis qu'en biologie, il est vu comme « une agression exercée sur l'organisme et la réponse de celui-ci face à ces agressions ». D'après la psychologie, elle concerne les difficultés multiples auxquelles l'individu doit faire face et les moyens qu'il met en œuvre pour les surmonter (Parrocchetti, 2012).

3. La prévalence de stress :

Les données indiquent que 25 % des hommes et 29 % des femmes font état d'une expérience quotidienne de stress intense, que ce soit dans le cadre professionnel ou dans leur vie privée. C'est parmi le groupe d'âge des 40 ans à 54 ans que le stress intense est ressenti de façon récurrente, tant chez les hommes (29 %) que chez les femmes (33 %). Au moins 3 % des hommes et 6 % des femmes vivent un épisode dépressif majeur attribuable au stress qu'ils ressentent, à la maison ou à leur travail (Lebel, 2011).

Selon l'OMS (2022), chaque année, l'économie mondiale perd 12 milliards de journées de travail, pour un coût d'environ 1 000 milliards de dollars, en raison du stress, de la dépression et de l'anxiété. De plus, le stress exacerbe les difficultés sociales en mettant à rude épreuve les relations interpersonnelles, en augmentant la vulnérabilité à la toxicomanie et en minant la

cohésion communautaire (Sinha, 2001 ; Randall & Bodenmann, 2009). De plus, les populations vulnérables connaissent souvent des niveaux de stress plus élevés. (Smith & Wesselbaum, 2025).

4. Les types de stress :

Il existe 3 types de stress : le stress aigu, le stress aigu répété et le stress chronique. Les symptômes, la durée et les traitements varient entre ces trois formes de stress (Borde, 2022).

4. 1 Le stress aigu :

Le stress aigu se manifeste par les réactions de l'organisme en présence d'une situation menaçante ou à un défi ponctuel. Une fois que cette phase de stress est terminée, les symptômes de stress disparaissent généralement peu de temps après (Grebot, 2009).

L'émergence d'un stress aigu engendre un état passager que traverse l'individu suite à sa réalisation de la gravité de la situation et de la menace de mort symbolique ou physique à laquelle il est confronté. Ainsi, quand un individu est soumis à une situation indésirable potentiellement traumatisante, il peut manifester des réactions contradictoires. En effet, si l'apparition de stress donne à l'individu menacé la possibilité de se protéger ou de se retirer ("fight or flight") et lui permettant ainsi de se mettre en sécurité et de protéger les autres, elle peut également engendrer des réactions inappropriées qui par la suite pourraient évoluer en traumatisme (Vraie, 2018).

L'activation aiguë des systèmes de stress mène à un ensemble de changements comportementaux et physiques défini comme le syndrome de stress (Chrousos & Gold, 1992). Ces changements sont adaptatifs et normalement limités dans le temps car ils ont pour but d'optimiser les chances de survie d'un individu en mobilisant ses forces physiques et mentales. Ils sont modulés par les médiateurs du stress.

Les principales adaptations comportementales incluent un état d'éveil, d'alerte, de vigilance et des capacités cognitives accrues combinés à une attention focalisée, une analgésie augmentée et une inhibition de comportements liés aux fonctions végétatives concurrentes comme l'alimentation et la reproduction (Calvez, 2010).

4. 2 Le stress aigu répété :

Les individus souffrant de cette condition de stress présentent fréquemment un caractère irritable qui peut évoluer vers la colère, Ils sont nerveux, anxieux, impatients, parfois agressifs et compétitifs. Les interactions sociales connaissent une rapide dégradation en présence d'autrui. D'autres, peuvent être inquiets en permanence. Leur penchant pessimiste les amène à

envisager constamment des résultats défavorables. Ils démontrent régulièrement un état de trouble anxieux et de dépression et Ils considèrent leur mode de vie et leurs comportements comme étant intrinsèquement liés à leur personnalité, sans faire de distinction sur ce qui pourrait être problématique dans leur façon de vivre. Il leur est alors difficile de trouver l'origine de leur stress (Jakobs, 2017).

4. 3 Le stress chronique :

Lorsque le stress devient chronique, dépassant les capacités d'adaptation de l'individu, il peut entraîner des conséquences néfastes sur les plan psychologiques, somatiques, sociales et professionnel.

Selon Corten (2009), il s'agit d'un état de tension continue vécu négativement, dans lequel la personne se sent incapable de répondre convenablement à la tâche assignée, et cette incapacité peut avoir des répercussions physiologiques, psychologiques et sociales mesurables.

Le stress chronique se manifeste lorsque la source de stress persiste et que l'individu ne parvient pas à se remettre de cette situation, ou encore lorsque divers stressseurs s'accumulent sans lui laisser le temps de se ressourcer (Mikolajczak, 2013).

Le stress chronique nuit à la santé à travers divers mécanismes. En réduisant l'immunité, il devient plus susceptible aux virus comme le rhume et la grippe. En augmentant la tension artérielle, il accroît la susceptibilité aux maladies cardiovasculaires chez les individus à risque. En provoquant une réduction de la motilité intestinale, il contribue à l'aggravation des problèmes gastro-intestinaux. En augmentant le taux de sucre dans le sang, il renforce la vulnérabilité des personnes susceptibles de développer un diabète. En exerçant une pression plus forte sur les muscles, il accroît le risque de contractures chez les personnes susceptibles de développer ce problème. La liste des troubles aggravés par le stress est longue. (Mikolajczak & Roskam, 2017).

Le stress chronique est souvent lié à des pathologies telles que la dépression, les troubles anxieux ou encore la schizophrénie qui sont favorisées par les modifications structurelles du cerveau (Laurenti, 2022).

5. Les théories de stress :

Plusieurs théories ont tenté de comprendre le stress. On distingue trois catégories : les théories biologiques, cognitives et transactionnelle.

5. 1 Les théories biologiques du stress :

5.1.1 Les travaux de Walter Cannon :

Pour une compréhension plus poussée du principe sous-jacent à ce modèle, il est nécessaire de définir en premier lieu la notion d'homéostasie, cette dernière a été introduite par Cannon en 1932 comme étant « l'état d'un système capable de maintenir ses variables essentielles dans des limites acceptables pour sa structure face à des perturbations imprévues, e.g. régulations physiologiques d'un organisme lors de changements de température ou cicatrisation après blessure » (Cannon 1932).

W. B. Cannon, un neurophysiologiste américain est le premier à décrire le stress sous son aspect physiologique dans le cadre de la théorie de l'homéostasie.

Les recherches de Cannon sont orientées vers l'implication des catécholamines et plus particulièrement de l'adrénaline et noradrénaline dans cette réaction face à des agressions.

Il effectuera diverses expériences sur des animaux, notamment en enlevant certaines glandes pour y injecter différents extraits et étudier les réactions des sujets. Il observera par exemple une augmentation d'adrénaline en situation de peur, de colère, de douleur ou d'asphyxie. Ce neurotransmetteur sera également détecté lors d'une stimulation artificielle du nerf splanchnique (Laurenti, 2022).

- **La réaction de « *fight or flight* »**

L'objectif principal de toutes les manifestations physiques est de préparer l'individu à une réaction physique brutale, voire agressive.

C'est ce que Cannon a appelé la « *fight or flight* », mot à mot la réponse de combat ou de fuite. En d'autres termes, dès que notre cerveau identifie un stress, il envoie des signaux à notre corps pour se préparer à réagir (Légeron, 2015).

5.1.2 Les travaux de Selye :

Selon Selye, tout peut être agent de stress. Par contre les réactions face au stress sont très spécifiques. Il a donc défini le stress comme « l'état qui se manifeste par un syndrome spécifique comportant tous les changements non spécifiques intervenant dans un système biologique. » (Selye, 1975).

Le stress ou la réaction face au stress, ce modèle appelé « Syndrome général d'adaptation (S.G.A) », se décline en trois phases dans notre organisme selon Hans Selye :

- **La phase d'Alarme** : dite aussi « phase de choc » : Expliquée comme la réaction de notre corps à un stimulus stressant et à la manière dont il réagit à un choc. À ce moment le cerveau initie la sécrétion d'hormones qui nous permettent de combattre ou de prendre la fuite devant la pression à laquelle nous faisons face.

- **La phase de Résistance** : le corps cherche à s'adapter en mettant en œuvre plusieurs mécanismes d'adaptation. En utilisant toutes nos ressources disponibles, cette phase vise à rétablir et à maintenir l'état d'équilibre dans l'organisme.
- **La phase d'Épuisement** : cette phase se manifeste lorsque la résistance de l'organisme diminue, que les mécanismes d'adaptation sont épuisés, et que la capacité de défense du corps contre l'agent stressant s'affaiblit, laissant l'individu sans ressources psychologiques ou biologiques pour faire face à la situation. D'un autre côté, si le corps a pu mobiliser des ressources, la dernière phase n'a pas été franchie. (Makoudi, 2021).

Pour identifier la cause principale des caractéristiques du S.G.A et élaborer son nouveau cadre scientifique, Selye a essayé d'employer le terme « stress », en considérant les manifestations non spécifiques du S.G.A. comme les équivalents biologiques des effets du stress sur les matériaux. Malgré les difficultés sémantiques, il a proposé d'utiliser le terme « stresser » pour désigner l'agent producteur du stress (Selye, 1975).

5. 2 Les théories cognitives du stress :

Les théories cognitives du stress se concentrent sur le rôle des pensées, des attributions spécifiques et des processus cognitifs. Les trois modèles plus prédominants sont : la théorie des attributions, la théorie des constructions personnelles de Kelly et le modèle cognitif de Beck.

5.2.1 La théorie de l'attribution :

La théorie de l'attribution la plus accomplie est celle de l'impuissance désespoir (Alloy, Kelly, Mineka, & Clements, 1990). La théorie de l'impuissance-désespoir considère qu'anxiété et dépression participent du même sentiment « d'incontrôlabilité » mais diffèrent dans les attentes de résultats négatifs. Lorsque les événements passés ou présents sont considérés comme étant impossibles à maîtriser, il est probable que le même jugement sera formulé concernant les événements futurs, ce qui pourrait conduire l'individu à élaborer des cognitions liées à l'impuissance (et par conséquent de l'anxiété). Si l'origine de l'événement est perçue comme stable et globale, l'individu anticipera l'émergence d'événements négatifs et incontrôlables.

De telles cognitions entraînent un sentiment de désespoir chez l'individu, le plongeant ainsi dans un état dépressif qualifié de "désespoir". Ainsi, le point de départ de la dépression et de l'anxiété est l'attribution d'impuissance.

Ce modèle postule que les attributions causales et les perceptions de contrôle vis-à-vis des stressors, plutôt que les manifestations du stress en tant que telles, représentent les principaux déterminants de l'anxiété et de la dépression (Meyer, 2018).

5.2.2 La théorie des constructions personnelles :

Selon ce modèle, la façon dont une personne anticipe les événements détermine ses processus psychologiques. Un sujet anticipe constamment les événements en utilisant des thèmes récurrents dans des constructions successives, de manière à ce que ses processus soient psychologiquement guidés par un réseau de règles et ne varient pas au hasard (Pardinielli et al, 2005).

5.2.3 Le modèle cognitif de Beck :

Dans ce modèle, proposé par Beck (1984), une transaction stressante peut résulter d'un processus actif et continu, impliquant des analyses, des interprétations, et des évaluations successives de la situation externe, des risques, des coûts, et des avantages d'une réponse spécifique. Les stimuli peuvent être perçus comme nocifs ou inoffensifs en fonction de l'interprétation du sujet. L'attitude de l'individu envers la situation sera conditionnée par son interprétation personnelle. Lorsque le sujet est mobilisé pour mettre en place un comportement particulier, il mettra en place une « inclinaison comportementale », c'est-à-dire une direction d'une force dont l'intensité est le reflet du degré de l'arousal. Lorsque cette inclinaison comportementale n'est pas concrétisée, l'état d'excitation élevé persiste pendant un certain temps, même après la disparition du stimulus, ce qui peut causer du stress à l'individu. Pendant que l'individu s'engage dans l'action, il éprouvera simultanément une réaction émotionnelle. L'expression libre et ouverte de ces émotions pendant des périodes de stress peut contribuer à atténuer les effets psychosomatiques associés au stress.

L'interprétation des stimuli par le sujet dépendra de structure d'organisation appelées « schémas ». Ces schémas constituent des représentations organisées mais non spécifiques de l'expérience antérieure et donc maintenus en mémoire mais pouvant également entraîner des constructions nouvelles (Meyer, 2018).

5. 3 Les théories transactionnelles du stress :

L'approche transactionnelle du stress est couramment utilisée dans divers domaines d'application. L'objectif de ce modèle est de saisir et d'expliquer les comportements d'adaptation face à des situations stressantes, en se concentrant sur les processus psychologiques en jeu.

Dans ce contexte, le stress est perçu comme une interaction entre l'individu et son environnement, jugée comme exigeant un effort excessif de ses ressources ou dépassant ses capacités de réaction, mettant ainsi en péril son bien-être (Folkman, 1984).

Pour Lazarus, le point central est le stress en tant que processus, c'est-à-dire les interactions concrètes entre les individus et leur environnement, le coping, et les variations du stress qui se produisent d'un instant à l'autre et selon les différentes situations. (Lazarus, 1995).

Dans cette perspective, les stratégies d'adaptation au stress sont perçues comme une étape dans un processus impliquant une série d'évaluation successives (primaire, secondaire, finale) qui contribuent à la construction de la signification personnelle de la situation pour l'individu (Rolland, 1999).

Ce modèle, très largement cité comme référentiel théorique dans les recherches sur le stress, appelle un ensemble de remarques :

- Ce modèle, qui paraît avoir un potentiel explicatif important en analysant les processus liés aux comportements en situation de stress, présente néanmoins des problèmes d'opérationnalisation qui rendent sa validation difficile avec les méthodes actuelles (Parkes, 1986).
- L'approche transactionnelle se centre sur les processus et oppose de manière radicale processus et structure.
- Ce modèle fondé sur le postulat de la primauté des cognitions sur les émotions.
- Considérant que c'est la signification personnelle de la situation (issue d'une évaluation) qui est centrale, ce modèle aboutit de fait à négliger l'analyse précise du rôle des variables personnelles et situationnelles pour se centrer sur cette signification personnelle issue de 'transactions' Personne-Environnement (Rolland, 1999).

6. Les sources de stress :

Les sources de stress, qu'on appelle aussi agents stressseurs, sont les éléments qui génèrent le stress. Ainsi, il ne faut pas confondre les sources de stress au stress proprement dit qui est l'état d'alerte de l'organisme. Certains stressseurs proviennent de la vie courante (stress de la vie privée), tandis que d'autres viennent du milieu de travail (stress organisationnel) (Turcotte, 1997).

Un agent stressant ou un stressseur a été défini par Selye (1975) comme étant « un agent producteur de stress ». Étant donné la relativité du stress, il est certain que n'importe quel agent peut être un stressseur en puissance selon sa capacité de provoquer le stress. Ces agents stressseurs sont fréquemment associés à des événements négatifs : un divorce, un décès, une maladie, une situation financière difficile, la perte d'un objet précieux ; cependant, ce n'est pas systématiquement le cas. Un événement plus joyeux, remporter un prix, participer à une finale

ou assister à un accouchement, ces expériences positives peuvent aussi provoquer un stress intense.

Chénard (1987) regroupe les agents stressseurs par catégories : physiques, socioculturels, biologiques et chimiques. En fait, le stress ne s'explique pas par la personne seule, ni par la situation, mais par la manière dont la personne perçoit l'événement stressant (Vézina, 1988).

Souvent, ce n'est pas l'événement lui-même qui représente une menace, mais plutôt la manière dont nous le percevons, notamment l'interprétation que nous en faisons et la difficulté à nous y adapter. Lazarus (1998) suggère deux processus pour évaluer un agent de stress : l'évaluation de la situation et l'évaluation de ses propres ressources pour y « faire face » (coping). Il indique en outre que la perception des stressseurs dépend des informations disponibles et qu'après avoir mis en œuvre des stratégies pour y faire face, il faut constamment réévaluer la situation et ses changements, en réponse aux mesures prises (Bordeleau & Morency, 2002).

Les agents susceptibles de créer un état de stress sont multiples. Ils peuvent être de nature physique (blessures, brûlures...), sensorielle (faim, soif, chaud, froid, puanteur...), infectieuse (toxines bactériennes), toxique (venin), chirurgicale (anesthésie insuffisante ou excessive), hémorragique, psycho-émotionnelle (émotion intense, deuil, divorce) ou socioprofessionnelle (hiérarchie, licenciement, harcèlement...) (Célérier, 2002, p.9).

7. Les Indicateurs de stress :

Le stress peut provoquer une variété de symptômes et de maladies. Il est possible que cela entraîne des problèmes majeurs tels que des maladies cardiaques ou mentales. Le stress peut provoquer des erreurs de jugement, de l'irritabilité ou des modifications dans le fonctionnement personnel ou relationnel (Beaulieu & Bélanger, 2014).

Quatre indicateurs de stress peuvent être identifiés : des troubles psychologiques, des maladies somatiques, des réactions émotionnelles et des réactions attitudinales et comportementales.

7. 1 Les troubles psychologiques :

Les troubles psychologiques liés au stress, comme l'anxiété, la dépression, la colère et l'agressivité, sont identifiés lorsqu'ils sont durables et susceptibles de conduire à des réactions émotionnelles.

L'anxiété, considérée comme une "pathologie liée à la pression Bressol", se manifeste par une inquiétude constante, une appréhension persistante et a tendance à altérer le comportement

de la personne. L'anxiété provoque des changements dans le comportement de la personne. Il est possible qu'il adopte une stratégie de fuite ou d'évitement ; ou alors il met en place une stratégie de "réassurance", visant à préserver un sentiment de sécurité permanent. Elle est aussi capable de générer et d'aggraver des peurs paniques, voire des phobies.

L'anxiété peut se transformer en dépression, qui se manifeste par plusieurs symptômes comme une chute de l'humeur, une diminution de l'intérêt, un ralentissement des activités quotidiennes et une perte d'appétit (De Saint-Julien, 2010).

7. 2 Les maladies somatiques :

Le stress est un phénomène universel et essentiel à la vie, caractérisé par l'activation des mécanismes d'adaptation psychique et somatique chez l'être humain. Il s'agit d'un concept situé au croisement des sciences physiques, biologiques et humaines (Stora, 2010).

Les maladies psychosomatiques deviennent de plus en plus courantes dans notre société moderne, et cette tendance se constate à l'échelle mondiale. La majorité des personnes, voire toutes, souffrent de troubles ou de maladies psychosomatiques à cause des perturbations dans leur vie quotidienne, des conditions socio-économiques et professionnelles, ainsi que des problèmes familiaux et des conflits. Le stress constitue le principal facteur à l'origine de ces maladies. Ses manifestations prennent plusieurs formes et aspects, en particulier ses causes et ses répercussions. Il est indispensable de reconnaître l'effet majeur qu'il exerce sur l'émergence des troubles psychosomatiques (Daksi & Bouchloukh, 2021).

Le stress est considéré comme un facteur potentiel dans l'apparition des maladies auto-immunes, ce qui semble cohérent étant donné ses effets sur le système immunitaire. Dans le même ordre d'idée, la dépression peut aggraver la réponse immunitaire innée (Boes, 2014).

7. 3 Les réactions émotionnelles :

Deux réactions émotionnelles extrêmes liées au stress peuvent être soulignées : le "*burnout*" et le "*karoschi*".

Le burnout reflète une fatigue à la fois physique et morale, tandis que le « karoschi » désigne la « mort par surcharge de travail ». Le burnout se manifeste par trois symptômes simultanés : une fatigue extrême accompagnée de douleurs généralisées et de troubles du sommeil ; un sentiment de déshumanisation et de détachement émotionnel ; ainsi qu'un désenchantement envers le travail, souvent associé à un sentiment d'inutilité (De Saint-Julien, 2010).

Le karoschi de ces « samourais du travail » résulte de la combinaison de trois éléments : une charge de travail importante, des conditions de vie très difficiles en raison de déplacements longs, et un engagement émotionnel intense lié à une obsession pour le travail, au désir de plaire et de satisfaire leur employeur (Légeron, 2003).

8. Le stress parental :

Le stress parental est une réaction physiologique et psychologique négative liée au rôle de parent. Cela représente un type de stress qui découle de la parentalité, plus précisément des défis quotidiens et aux stressors qu'elle implique. Considéré comme une émotion aversive envers soi-même et envers son enfant, Le stress parental est souvent le résultat d'un déséquilibre entre les demandes de la parentalité et les ressources perçues comme étant disponibles (Crnic & Low, 2002 ; Deater-Deckard, 1998). Les ressources à disposition pourraient être associées à la compréhension du parent concernant son rôle, à son sentiment de compétence, au soutien émotionnel et pratique qu'il reçoit de son conjoint, de sa famille ou de ses amis, ainsi qu'à la perception que son enfant présente de nombreux comportements problématiques (Deater-Deckard, 1998 ; Thériault, 2022).

8. 1 Le modèle du stress parental :

Dans la documentation scientifique, le modèle le plus largement évoqué de stress parental a été originellement introduit par Abidin. Dans son modèle, Abidin (1992, 1995) propose trois composantes majeures du stress parental (1) les caractéristiques parentales, (2) les caractéristiques de l'enfant et (3) les caractéristiques situationnelles. Grâce à ce modèle, il a été possible de concevoir et de valider une mesure spécifique, « l'Indice de stress parental » (Abidin, 1995). Encore aujourd'hui, cet outil est un des plus reconnus et utilisés en recherche et en clinique (Lindsay et al., 2019).

Selon Abidin (1995), la première composante, à savoir les caractéristiques parentales, concerne les origines du stress et les difficultés liées au fonctionnement du parent qui perturbent le lien parent-enfant : l'attachement, le sentiment de compétence, l'isolement (niveau de soutien social et de relations avec l'environnement extérieur), la dépression, la santé (stress relié à la santé du parent) et le conjoint-e (étendue et qualité du soutien direct et émotionnel fourni par le partenaire). La deuxième composante englobe les attributs de l'enfant qui pourraient accroître les exigences du rôle parental et intensifier le niveau de stress. Ces caractéristiques incluent le tempérament et des facteurs comportementaux : l'adaptabilité, les exigences (le parent ressentant la pression des demandes provenant de l'enfant), l'humeur, la

distractibilité/hyperactivité (comportements associés au TDAH), l'acceptabilité, et le renforcement parental (Le renforcement positif reçu par le parent de la part de son enfant peut jouer un rôle crucial dans leur interaction). Finalement, Les caractéristiques situationnelles dans le cadre théorique d'Abidin englobent les facteurs de stress externes à la relation parent-enfant, tels que le niveau socioéconomique défavorisé, la stigmatisation et l'absence de soutien social (Barbin, 2023).

8. 2 Les conséquences de stress parental :

Les recherches ont mis en évidence que des niveaux élevés de stress parental peuvent entraîner des conséquences néfastes non seulement pour les parents eux-mêmes, mais également pour la dynamique du couple et le bien-être de l'enfant (Dong et al., 2022 ; Semeniuk et al., 2023). Parmi les conséquences observées figurent : une augmentation des comportements parentaux négatifs, des relations parent-enfant peuvent être peu chaleureuses voire dysfonctionnelles (Hadjicharalambous et Demetriou, 2021 ; Pereira et al., 2012), des symptômes anxio-dépressifs chez le parent (Rollè et al., 2017), un mécontentement sexuel (Leavitt et al., 2017), et conjugale (Brown et al., 2020; Dong et al., 2022) et, plus encore, des perturbations du développement émotionnel et comportemental de l'enfant (Barroso et al., 2018; Kochanova et al., 2022; Neece et al., 2012). Il est essentiel de souligner l'importance de mesurer de manière adéquate le niveau de stress parental et de mieux appréhender les facteurs qui y jouent un rôle, dans le but de soutenir les parents dans leurs défis quotidiens et de favoriser le bien-être individuel et familial (Bakhos, 2025).

8. 3 Le stress parental et TDAH :

Différentes recherches se sont penchées sur la relation entre le stress parental et le fait d'élever un enfant qui a un TDAH. Une méta-analyse (Theule et al., 2013) incluant 22 articles de périodiques et 22 thèses publiées entre 1983 et 2007, a démontré que les parents d'enfants présentant un TDAH sont confrontés à un stress parental plus important que les parents d'enfants qui ne sont pas touchés par cette condition. Plus précisément, il a été constaté que ces parents doivent composer avec des exigences parentales plus grandes que les autres parents, augmentant ainsi leur risque de stress parental (Du Paul, McGoey, Eckert et VanBrakle, 2001 ; Theule et al., 2013). Johnston et Mash (2001), notent que la présence d'un TDAH durant l'enfance influence négativement le système familial. Par ailleurs, Theule et al. (2013) ont démontré que les difficultés inhérentes au fait de devoir éduquer un enfant ayant un TDAH peuvent avoir un impact négatif sur la santé psychologique du parent et sur la discipline parentale qu'il exerce. En effet, un niveau de stress et de détresse psychologique élevé a été

principalement observé chez les mères d'enfants atteints de TDAH (Margari et al., 2013 ; Theule et al., 2013).

De plus, l'intensification du stress parental est associée à plusieurs manifestations négatives chez les enfants présentant un TDAH en plus de cet effet cumulatif déjà identifié chez leurs parents, particulièrement une aggravation des manifestations du TDAH, une réaction plus restreinte à l'intervention, le tout contribuant à une diminution du bien-être psychologique des parents (Johnston et Mash, 2001 ; Modesto-Lowe, Danforth et Brooks, 2008 ; Theule et al., 2013). Cette association entre le TDAH chez l'enfant et le stress parental peut être attribuée à des difficultés d'auto-régulation chez l'enfant (Graziano, Mc Namara, Geffken et Reid, 2011). En raison des difficultés observées dans la régulation émotionnelle et comportementale de leur enfant, les parents doivent s'engager activement dans des actions visant à améliorer les comportements de l'enfant et à promouvoir ses performances académiques.

Le stress parental peut être exacerbé en l'absence de traitement médicamenteux pour contrôler les symptômes du TDAH chez l'enfant. (Moen, Hedelin et Hall-Lord, 2016). Par ailleurs, deux chercheurs ont souligné que le paradoxe suivant contribue à complexifier la problématique. Il a été observé que les parents d'enfants avec TDAH, qui prennent part à un programme de gestion des comportements et qui expriment un niveau de stress parental élevé, ont une plus grande propension à se retirer du programme. (Friars et Mellor, 2007). Ce repli parental constitue un aspect additionnel à considérer pour les parents et leur enfant (Barbin, 2023).

9. Les outils de Gestion de stress :

La gestion du stress repose sur trois approches principales, souvent combinées pour une efficacité accrue. Il est d'abord conseillé d'utiliser des méthodes de relaxation ; une aide psychologique s'avère souvent indispensable pour aborder et comprendre la cause profonde du problème. Afin de soulager rapidement un stress aigu, le recours à des médicaments, notamment des anxiolytiques, est fréquemment privilégié.

9.1 Les différentes techniques de relaxation :

La relaxation peut être intégrée dans le traitement du stress, mais elle reste peu employée en pratique.

Nous allons voir quelques techniques qui sont fréquemment utilisées.

9.1.1 La relaxation par le contrôle respiratoire :

Le stress a un impact sur le mode de respiration. En situation de stress, la respiration s'accélère et n'est pas efficace : on dit fréquemment que l'on manque de souffle. Il reste fondamental de lancer le traitement du stress avec des exercices de rythme respiratoire. En débutant par la respiration profonde, on peut ensuite facilement pratiquer le yoga, la méditation et la visualisation. Voici quelques exercices de base :

-Respirer comme un bébé : La respiration constitue l'un des premiers mécanismes de relaxation face au stress. L'objectif des séances est d'apprendre à contrôler sa respiration pour la maîtriser. En situation de « coup de stress », la respiration s'accélère et une sensation de suffocation peut apparaître. Lorsque sa respiration revient à la normale, le corps se détend et les manifestations de stress diminuent. Pour cela, il est nécessaire de réapprendre à respirer comme un bébé. C'est tout simple, il suffit de rentrer le ventre lorsque l'on expire et gonfler le ventre lorsque l'on inspire.

- Respirer en rectangle : C'est un exercice assez classique qui permet de s'apaiser. Le fait de se concentrer sur la respiration permet de se recentrer sur soi-même. La technique en réalisation est extrêmement simple. Il suffit d'inspirer en 4 temps, puis marquer 2 temps de pause les poumons pleins, expirer sur 4 temps et terminer par 2 temps de pause les poumons vides ; continuer cette respiration pendant quelques instants.

9.1.2 La relaxation par la détente musculaire progressive :

C'est l'une des techniques les plus couramment utilisées pour faire face au stress. Ce processus implique deux phases : une contraction et détente des différents groupes de muscles.

La relaxation musculaire effectuée de façon régulière permet de prendre conscience d'une détente totale des différentes régions du corps. Cette conscience des états « tendu » et « relaxé » facilite la détection rapide d'un stress apparent, car les premiers indicateurs sont généralement des tensions musculaires. Il sera possible de débiter plus tôt les exercices de relâchement.

- **La relaxation dynamique** : est un exercice de contraction/décontraction. En général, pour cette technique de relaxation, on part du bas vers le haut. Voici quelques principes de base pour la pratiquer correctement :

- Mettre des vêtements légers et souples. Retirer les chaussures. Etre à l'aise.
- Prendre le temps de se relaxer par des inspirations profondes.
- Après ce petit échauffement, commencer par les pieds un par un et mémoriser ce que l'on ressent.
- Contracter les orteils et le pied le plus possible et compter jusque 10.
- Puis relâcher et prendre le temps de mémoriser le ressenti.

- Répéter ce principe sur tout le corps : cuisses, jambes, dos, thorax, abdomen, bras, cou, épaules, visage.

Le plus important est de se concentrer pour ressentir cette notion de détente. Il faut pratiquer régulièrement pour avoir des effets bénéfiques, deux à trois fois par jour.

-La relaxation par la suggestion : est une méthode de relaxation par auto-décontraction concentrative. Il faut prendre en compte dans l'esprit, du degré de tension du muscle et le décontracter au maximum.

Voici trois techniques simples :

- C'est de l'autosuggestion par induction d'une sensation de calme, d'une sensation de chaleur et d'une sensation de lourdeur.
- Une fois en position allongée ou assise en cocher de fiacre, on induit une sensation de calme par la formule « je suis calme » en répétant cette phrase cinq ou six fois. Puis par des répétitions de phrase « mon bras est chaud », « mon front est froid » ... Il y a six étapes :

A/ La pesanteur.

B/ La sensation de chaleur.

C/ Les battements du cœur.

D/ Le contrôle de la respiration.

E/ L'induction de chaleur dans l'abdomen.

F/ La sensation de fraîcheur au niveau du front.

Le but étant de se relaxer par un phénomène d'autosuggestion (Francois, 2017, pp.36-38).

9.1.3 La pleine conscience :

Des situations de stress intense peuvent entraîner à long terme un stress chronique et une anxiété prédominante chez certaines personnes. Au début et dans un but thérapeutique, il est nécessaire que ces individus prennent pleine conscience de leurs troubles anxieux.

La pleine conscience, issue de la méditation et du yoga, consiste à prêter attention au moment présent sans jugement, tout en acceptant ce que l'on ressent. Elle comprend la capacité d'auto-régulation de l'attention et la focalisation sur l'expérience vécue dans l'instant présent. Elle se manifeste également par sa compétence à vivre intensément le présent, sans se préoccuper excessivement ou chercher à en supprimer l'expérience (Lamarre, Marcotte, 2014).

Ce processus vise « à encourager l'individu à accueillir ses pensées, ses émotions, ses sensations. D'une manière générale, la pleine conscience, sollicitant la concentration et l'ouverture aux expériences internes, permet d'accorder, sans porter de jugement, toute son

attention au moment présent afin d'être le plus en contact avec ses expériences vécues. » (Becker, 2020).

Plusieurs régions et circuits fonctionnels sont impliqués dans cette activité : le cortex cingulaire postérieur (zone du cerveau se trouvant à l'arrière du cortex cingulaire), le cortex préfrontal ventro-médian, l'hippocampe, l'amygdale, ou encore la jonction temporopariétale. Toutes ces zones se situent dans le cerveau. En effet, la méditation permet notamment de mobiliser les centres de régulation de l'attention et des émotions, la conscience corporelle et la réévaluation cognitive (Borde, 2022, pp.25, 26).

9.1.4. La relaxation par la visualisation :

Plusieurs techniques de visualisation en regard direct existent, que l'on ait les yeux ouverts ou à moitié fermés, mais là plus utilisée est celle de l'imagination sur l'écran mental, les yeux fermés. La respiration constitue le fondement de cette technique ; elle en est le fil conducteur.

- **Images fixes** : C'est le concept d'imaginer une photo, un souvenir ou un endroit qui évoque la tranquillité et la sérénité. Il est important de prendre le temps de l'observer dans le silence et la tranquillité.
- **Images mobiles** : Se représenter un geste ou un mouvement lent, comme la main à la surface de l'eau ou le vol d'un oiseau.
- **Représentation du corps** : Visualiser et concevoir mentalement les différentes parties du corps, puis l'ensemble du corps. Cette attention aide à détourner l'esprit et à prévenir l'envahissement par les pensées.
- **Visualisation du cœur** : Il est possible, à l'instar des exercices de respiration, de visualiser le battement du cœur et sa réduction.
- **L'espace de sécurité** : Il est nécessaire d'imaginer un lieu, une pièce, un espace où l'on se sent protégé, en sécurité, et où l'on peut se concentrer sur soi.
- **Retrouver ses sensations corporelles** : s'imaginer dans une situation agréable tel un sauna, où l'on se repose, où l'on se ressource.
- **Visualisation simple et respiration** : Lors de l'inspiration, imaginez les instants heureux de votre vie et, lors de l'expiration, ressentez pleinement ces moments.
- **Visualisation d'un moment stressant** : Imaginer un futur moment potentiellement stressant pour mieux gérer ses émotions le jour J, comme lors d'un examen. Pour des situations stressantes pouvant atteindre l'anxiété, il est préférable d'utiliser cette méthode avec l'aide d'un professionnel, comme un thérapeute (Francois, 2017).

9.2 Les psychothérapies :

Les diverses psychothérapies reposent sur l'accord du patient avec le traitement et sa volonté de se faire soigner. Les symptômes, l'environnement et les émotions vécues lors d'événements importants constituent les objectifs. Les techniques employées visent à permettre au patient de contrôler et de maîtriser son stress face à un stimulus important.

9.2.1 La gestion des réponses psychologiques :

Il existe une grande variété de psychothérapies, permettant de choisir celle qui convient le mieux. Nous allons examiner certaines des plus fréquentes.

9.2.1.1 Les thérapies cognitivo - comportementales TCC :

Les TCC s'intéressent à la partie superficielle de ce qui provoque l'état de souffrance. Le but est de traiter la cognition, c'est à dire les pensées, les croyances et les idées fausses que la personne pense d'elle-même. Il faut tout d'abord une relation de confiance entre le soignant et le soigné.

Le principe est fondé sur l'apprentissage d'un comportement différent avec des idées plus positives : il faut réussir le lendemain, ce qui n'a pu être réussi la veille. La pratique repose sur l'analyse fonctionnelle du problème, avec la mise à jour des déclencheurs, des monologues intérieurs afférents. Le thérapeute va mettre en place avec le patient un nombre d'objectifs à réaliser ; cela implique de mettre le patient au départ dans une situation de stress. Au préalable, un contrat aura été passé entre le soignant et le soigné, afin de définir ce que le patient peut réaliser ou non. C'est au volontariat de la part de la personne ; il n'y a jamais d'obligation. Durant la première séance, le soignant est à l'écoute du soigné afin de distinguer le problème. Puis, lors de la deuxième séance, le patient va décrire les cognitions et le comportement associé aux situations du quotidien : Les différentes pensées au réveil ? Aux repas ? Le but est de faire la liste des événements stressants de la journée.

Les séances suivantes, une liste va être mise en place afin de définir des objectifs à réaliser dans le temps, pour changer le comportement. Evidemment, au cours de cette réalisation, le thérapeute reste au côté de la personne, pour l'orienter, la guider et la conseiller. Des ajustements seront peut-être nécessaires au cours du temps. Normalement, à chaque séance, une évolution du comportement a pu être observée.

9.2.1.2. L'hypnose :

L'hypnose se pratique dans un état semi-éveillé, état modifié de conscience donnant accès au subconscient. Ce qui va faciliter la remontée des émotions les plus profondes, permettent

ainsi de faire face à ses peurs, à ses pertes de contrôle. Le traitement sous hypnose se fait en 3 phases :

- **Phase d'anticipation** : l'origine et l'intensité du stress sont évaluées.
- **Phase d'intégration** : Le patient revit les situations à l'origine de ce stress. Les émotions et sensations éprouvées sont mises en lumière et ressenties.
- **Phase d'ancrage** : c'est un point qui permet d'associer le stimulus stressant à une parole, une musique. C'est une sensation qui va transformer le stress en sensation de détente et de bien-être. On retrouve les bienfaits de l'hypnose lorsque l'on en a besoin (Francois, 2017, pp.39-41).

9.2.2 La gestion des réponses émotionnelles :

En collaboration avec son patient, le thérapeute examine les émotions éprouvées par la personne lorsqu'elle est stressée, ainsi que leur impact sur sa santé et son bien-être. L'objectif ici est d'aider le patient à prendre conscience de ses propres émotions. Le thérapeute lui suggère alors une autre manière d'exprimer ses émotions plus appropriée. Le thérapeute lui propose alors ensuite un autre mode d'expression des émotions plus adapté. Par exemple, une personne qui dissimule ses émotions et se referme sur elle-même sera accompagnée pour mieux exprimer ce qu'elle ressent, en lui permettant de mettre des mots sur ses véritables sentiments, afin d'apaiser ses tensions. Au contraire, une personne dont le stress est trop évident doit apprendre à mieux se connaître et à maîtriser ses réactions.

9.2.3 La gestion des réponses comportementales :

Le but consiste à supprimer les comportements négatifs qui affectent la sphère sociale et la gestion de la vie quotidienne. Le thérapeute suggère différentes stratégies à son patient pour mieux organiser son temps : établir un emploi du temps, déléguer certaines tâches, réserver des moments pour manger ou pour pratiquer des loisirs (Laurenti, 2022).

9.3 Les traitements médicamenteux :

Il est crucial d'utiliser des médicaments pour apaiser un patient qui traverse une période de stress intense et incontrôlable. Ces traitements sont généralement ponctuels et doivent être associés à une psychothérapie. Le traitement va relaxer la personne.

En fonction du traitement, les molécules peuvent agir sur les symptômes somatiques ou psychologiques du stress.

Il y a quatre classes de molécules différentes prescrites dans la gestion du stress : les bêtabloquants, les anxiolytiques, les antidépresseurs et les neuroleptiques.

9.3.1 Les bêtabloquants :

Dans le traitement du stress, un seul bêtabloquant est utilisé l'Avlocardyl®. Le propranolol ou Avlocardyl® est un bêtabloquant non cardiosélectif, sans activité sympathomimétique intrinsèque.

Médicament qui agit par antagonisme compétitif des catécholamines au niveau des récepteurs bêta adrénergiques, en particulier dans le cœur, les vaisseaux et les bronches. L'inhibition compétitive des récepteurs bêta-adrénergiques conduit à la disparition des symptômes somatiques. La molécule de Propranolol est caractérisée par une grande liposolubilité. Il est donc capable de traverser la barrière hématoencéphalique et d'inhiber les récepteurs à la noradrénaline impliqués dans la mémoire. L'événement stressant doit être identifié à l'avance, et la prise doit avoir lieu 1h30 avant.

Le propranolol est couramment employé pour traiter l'hypertension artérielle, les troubles du rythme cardiaque, la prophylaxie de la migraine et la tachycardie. Il a principalement une indication dans le stress, où il gère les tremblements, le trac et prévient les palpitations. Il est, par exemple, extrêmement pratique lors de l'épreuve orale d'un examen (Francois, 2017, pp.41, 42).

9.3.2 Les anxiolytiques :

En effet, cette catégorie de molécules est couramment employée dans plusieurs contextes pathologiques, principalement pour leurs propriétés calmantes et sédatives.

9.3.2.1 Les benzodiazépines :

Ce sont des molécules fréquemment employées pour traiter le stress, les troubles anxieux importants ou encore les problèmes de sommeil. Les benzodiazépines interagissent avec les récepteurs liés aux récepteurs GABAA. En se liant à ces récepteurs, les benzodiazépines renforcent l'effet du GABA, un neurotransmetteur qui joue un rôle dans l'inhibition des activités nerveuses. Les benzodiazépines agissent comme anxiolytiques, sédatifs, myorelaxants, anticonvulsivants et ont également un effet amnésiant.

L'activité anxiolytique est considérable et contribue à atténuer les états de stress, d'alerte ou de peur qui dépassent les capacités du patient. La vitesse d'action des molécules de cette famille en fait une option privilégiée pour soulager rapidement un patient. L'effet sédatif est de courte durée, car les benzodiazépines sont moins efficaces que d'autres molécules hypnotiques, qui sont donc privilégiées pour induire le sommeil.

L'objectif de la prescription de benzodiazépines est de calmer les tensions de l'organisme afin d'aider le patient à gérer son stress. Cependant, il est conseillé de ne pas dépasser 12 semaines pour la prescription d'un traitement contre le stress, car les bienfaits ont tendance à s'estomper après cette période, laissant place aux effets secondaires.

9.3.2.2 L'hydroxyzine :

L'hydroxyzine est utilisée pour traiter les symptômes d'anxiété et de stress liés aux névroses. Cet usage dans ces indications a été confirmé par de nombreux essais cliniques. Cette molécule est relativement bien supportée et se distingue par son absence de potentiel addictif, un point fort comparé aux benzodiazépines. L'arrêt de l'hydroxyzine ne conduit pas à un syndrome de sevrage. L'effet anxiolytique de l'hydroxyzine prédomine par rapport à ses propriétés anticholinergiques, sédatives ou antiémétiques.

9.3.2.3 La buspirone :

C'est une molécule présentant des avantages importants puisqu'elle ne provoque ni dépendance, ni sédation, ni effets amnésiants ou myorelaxants. La buspirone est principalement utilisée pour traiter les symptômes psychiques du stress, ce qui limite son utilisation pour les symptômes physiques. Ce médicament est principalement utilisé pour traiter l'anxiété, qu'elle soit réactionnelle ou liée à des névroses. Les effets secondaires de la buspirone sont peu fréquents et se manifestent principalement par des nausées, des vertiges ou des maux de tête (Laurenti, 2022).

9.3.3 Les antidépresseurs :

Les antidépresseurs ne sont pas spécifiquement prescrits pour traiter le stress, mais étant donné que le stress est associé à l'anxiété et à la dépression, ils sont aussi employés pour gérer le stress. Les médicaments antidépresseurs sont généralement combinés avec des benzodiazépines au début du traitement en raison de leur délai d'action relativement long. Les actions des antidépresseurs se manifestent par une augmentation de la transmission noradrénergique, sérotoninergique et dopaminergique.

9.3.4 Les neuroleptiques :

Les neuroleptiques ne sont pas des médicaments généralement prescrits pour le stress. Cependant, la Prégabaline Lyrica peut être utilisée dans certains cas en raison de son effet anxiolytique. Les neuroleptiques fonctionnent en bloquant les récepteurs des neuromédiateurs. Ils influencent le système dopaminergique, responsable de la régulation de la vie émotionnelle (Francois, 2017).

Synthèse :

Le stress est présent depuis la nuit des temps chez de nombreuses personnes, de tout âge et de toutes classes sociales, il est essentiellement un mécanisme d'adaptation visant à fournir une réponse adaptée pour protéger l'intégrité physique et mentale de l'individu, ce qui en fait une réaction de survie.

Tout au long de ce chapitre, nous avons clarifié la notion de stress et fourni des informations cruciales, mettant en évidence que ce phénomène est en grande partie responsable de divers problèmes physiques ou psychologiques.

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE III : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Préambule :

Ce chapitre nous plonge dans le domaine de la recherche, en mettant en évidence les méthodes employées pour étudier le stress chez les parents d'enfants atteints de TDA/H.

Nous présenterons également le lieu de recherche, la population ciblée, ainsi que les outils de recherche employés, tels que les entretiens et l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson.

1. La démarche de la recherche :

1. 1 La Pré-enquête :

La Pré-enquête est une étape cruciale sur le terrain, elle aide à situer l'objet d'étude dans un contexte plus large qu'il soit sociologique, économique, historique ou psychologique, et à formuler des hypothèses générales. Bien qu'essentielle, cette étape manque de formalisation. L'ensemble des supports et moyens d'information accessibles sont exploités, notamment par observation directe ou en appliquant une méthode documentaliste (Salès, 2006).

La pré-enquête constitue une étape préliminaire qui permet de tester et de collecter diverses données, aidant ainsi l'enquêteur à éviter les oublis, à corriger les imprécisions, à dépasser ses hypothèses initiales, et à réduire l'impact de ses biais personnels (Mallen, 1982).

Au début de notre recherche, nous avons approché de l'Établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie d'Oued Ghir – Bejaïa, notamment le service de Pédopsychiatrie, où nous avons effectué notre pré-enquête qui a débuté le 05 Février 2025.

Dans l'objectif de recueillir des données pertinentes pour notre recherche, il est essentiel de rencontrer en premier lieu le psychologue coordinateur du service pour lui présenter notre thématique, ce dernier nous a donc donné un avis favorable pour effectuer notre stage pratique dans l'établissement, après avoir confirmé la disponibilité des cas.

Puis, la psychologue du service qui nous accompagnera tout au long de notre stage nous a expliquée en détail le déroulement du travail au sein de l'établissement en présentant des cas qu'il s'agit de parents d'enfants atteints de TDA/H, afin de mesurer leur niveau de stress à l'aide de l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson, nous avons ainsi réalisé des entretiens avec les parents, tous ayant donné leur consentement.

Notre recherche comprend deux étapes principales : les entretiens cliniques et la passation de l'échelle de stress perçu, qui ont été menés en Kabyle et en Français selon la compétence linguistique des cas.

1. 2 La méthode clinique :

Avant de procéder à une recherche, il est indispensable de respecter une méthodologie, car celle-ci guide le chercheur dans la conduite de son étude.

En menant notre recherche, nous avons opté pour la méthode clinique, en mettant l'accent sur la méthode descriptive, car elle semble la plus alignée avec les buts de notre étude.

En psychologie, la méthode clinique se définit par sa dimension pratique. Il s'agit d'un ensemble de techniques qui ont pour but de générer des informations concrètes sur la personne ou la situation problématique, révélant parfois une souffrance. Cette méthode favorise une activité pratique axée sur l'identification et la dénomination de certains états, compétences ou comportements afin de proposer une intervention thérapeutique, une mesure sociale ou éducative, ou encore un conseil. L'objectif étant de créer une rencontre peu contraignante, dans le but d'obtenir un maximum d'informations dans un cadre aussi spontané que possible, en permettant au sujet de s'exprimer librement. Sa particularité réside dans son refus d'isoler ces informations et dans sa tentative de les rassembler en les intégrant dans la dynamique personnelle (Pardinielli, 2016).

1.2.1 La méthode descriptive :

La méthode descriptive cherche à décrire les phénomènes de manière aussi complète, précise et objective que possible ; elle comprend l'observation, l'étude de cas, l'enquête et la méthode corrélationnelle. Comme elle vise à déterminer les pratiques courantes, le statut ou les caractéristiques au niveau de la situation étudiée.

La méthode descriptive a pour but de décrire, nommer ou caractériser un phénomène, une situation ou un événement afin qu'il semble plus familier (N'da, 2002).

1.2.2 L'étude de cas :

L'étude de cas consiste à dégager la logique d'une trajectoire de vie particulière, confrontée à des situations complexes, en utilisant des lectures à divers niveaux et des outils conceptuels adaptés. Ainsi, elle ne se réfère plus principalement à l'anamnèse et au diagnostic, et se libère des contraintes d'une psychologie médicale, tout en restant dans une perspective clinique et

psychopathologique. Il convient de noter que dans tous les cas, il s'agit d'une construction effectuée par le praticien ou le chercheur à partir d'éléments provenant d'une ou plusieurs sources, pour être communiquée à diverses fins (Douville, 2014).

Au cours de notre recherche, nous avons opté pour l'étude de cas, une méthode qui facilitera la collecte d'informations détaillées et permettra d'apporter des réponses plus concrètes.

2. Présentation de lieu de recherche :

Notre recherche a été réalisée dans un établissement hospitalier spécialisé (EHS) en psychiatrie situé à Oued Ghir, dans la wilaya de Bejaia en Algérie, le projet d'ouvrir cet hôpital psychiatrique de 120 lits sur une superficie de 4 ha a été lancé par la direction de la santé en 2011. Le 19 août 2019, l'arrêté ministériel N°59 concerne la création des services et des unités constructives au sein de cet établissement regroupant divers services et unités.

Notre recherche a été menée précisément au sein du service de Pédopsychiatrie, qui comprend ce qui suit :

Tableau 02 : La répartition du service pédopsychiatrie de l'EHS Oued Ghir.

L'étage	La structure et le nombre	L'utilité
Le Rez-de-chaussée	1 atelier	Pour habilités sociales
	9 bureaux	2 pour pédopsychiatre, 1 pour psychologues 1 pour orthophonistes, 1 pour test psychométrique 1 pour archive, 2 Pour le stock, Pour réceptionniste.
	1 cuisine	Pour les professionnels
	4 couloirs	Relier entre les différents bureaux, au même temps salles d'attentes.
	1 escalier	Relier entre les deux étages
	3 portes extérieures	Entrée(s) et sortie(s)
	3 salles	1 pour la guidance parentale, 2 salles d'attente
	3 sanitaires	Pour les enfants et professionnels

1^{er} étage	3 ateliers	1 pour l'ergothérapie, 1 pour la stabilité, 1 pour la passation du test PEP3 (Profil Psycho-Educatif)
	2 bureaux	1 pour le médecin chef, 1 pour le psychologue coordinateur
	1 couloir	Salles d'attentes
	1 escalier	Relier entre les différents bureaux, au même temps
	1 sanitaire	Pour les professionnels
À l'extérieur	Des espaces verts équipés de bancs	Décorés et reposants
	1 manège	Pour les enfants
	1 loge	Pour les agents de sécurité

Afin d'offrir un éventail complet de services médicaux, le service de pédopsychiatrie à l'EHS Oued Ghir est formé d'une équipe pluridisciplinaire.

Tableau 03 : Les professionnels de la santé et leur nombre dans le service de pédopsychiatrie de l'EHS d'Oued Ghir.

Les professionnels	Le nombre
- Directeur	1
- Chef du service	0
- Pédopsychiatre	0
- Médecin généraliste	1
- Psychologue coordinateur	1
- Psychologue clinicien	5
- Orthophoniste	5
- Nutritionniste	1
- Secrétaire	1
- Archiviste	1
- Agent de sécurité	2
- Femme de ménage	1

2.1 Présentation de la population d'étude :

Notre population d'étude concerne des parents des deux sexes, issus de 3 mères et 2 pères, âgés de 40 à 60 ans, ayant un enfant atteint de TDA/H. Les enfants sont âgés de 6 à 12 ans et qui sont de sexe masculin, résidant dans la wilaya de Bejaia.

Nous avons obtenu le consentement oral de nos participants et leur avons expliqué l'objectif de notre recherche ainsi que son déroulement, notamment la passation de l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson et les entretiens cliniques, en précisant que toutes les informations resteront anonymes, conformément au code déontologique.

Afin de garantir la confidentialité, nous avons indiqué uniquement la première lettre du prénom du parent et remplacé les prénoms des enfants par des pseudonymes dans le tableau suivant.

Tableau 04 : Tableau récapitulatif des caractéristiques de la population d'étude.

Cas	Age du parent	Sexe	Niveau d'instruction du parent	Profession du parent	Prénom et l'âge de l'enfant	Sexe
Mr 'B'	60 ans	Masculin	Licence	Retraité	Hani, 11 ans	Masculin
Mme 'N'	40 ans	Féminin	Première année primaire	Femme au foyer	Massi, 6 ans	Masculin
Mr 'K'	51 ans	Masculin	Quatrième année Moyenne	Plombier	Fouad, 9 ans	Masculin
Mme 'Y'	40 ans	Féminin	Troisième année secondaire	Comptable	Nadjim, 9 ans	Masculin
Mme "S"	43 ans	Féminin	Troisième année secondaire	Femme au foyer	Amir, 12 ans	Masculin

3. Les outils de la recherche :

Les outils de recherche désignent les dispositifs essentiels permettant aux chercheurs de mesurer et de confirmer leurs résultats. Les entretiens et les échelles sont les outils nécessaires à la recherche et à l'investigation en psychologie.

Les outils essentiels que nous avons mis en œuvre dans notre étude incluent l'entretien semi-directif et l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson.

L'entretien semi-directif a été un outil efficace pour établir une relation de confiance et recueillir de nombreuses informations sur la population d'étude, en se référant à un guide d'entretien.

L'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson constitue le second outil utilisé, permettant d'évaluer l'état de stress perçu chez les parents d'enfants souffrant de TDAH.

En combinant ces techniques de recherche, intégrant une approche qualitative, il a été possible d'explorer de manière globale l'impact du stress chez les parents d'enfants atteints de TDAH.

3.1 L'entretien clinique :

L'objectif de l'entretien clinique est d'analyser et de saisir le fonctionnement psychologique d'un sujet en mettant l'accent sur son expérience personnelle et la dynamique de la relation. En sciences sociales, l'entretien clinique est une technique clé de la méthode clinique, permettant d'explorer les représentations subjectives du sujet en postulant une relation entre le discours et le substrat psychique (Alain Blanchet, 1997). En clinique, L'entretien offre la possibilité de recueillir des informations sur la douleur du sujet, ses défis quotidiens, ses expériences passées, son parcours, la façon dont il gère ses relations avec les autres, sa vie privée, ses rêves et ses fantasmes. De ce fait, il constitue un outil tout à fait irremplaçable et original pour appréhender un sujet dans sa spécificité et mettre en exergue le contexte de ses difficultés (Bénony & Chahraoui, 1999).

3.1.1 L'entretien semi-directif :

L'entretien semi-directif repose sur un guide avec des questions préparées, que le chercheur peut poser dans un ordre variable, à la différence de l'entretien directif. Il les pose au moment qu'il juge le plus opportun. Dans la recherche clinique, ce genre d'entretien offre à la personne la possibilité d'exprimer librement ses pensées pour chaque question, qui structurent et orientent son récit (Borst & Cachia, 2022).

3.1.2 Le guide d'entretien et son application :

Afin de concevoir un guide d'entretien, le clinicien commence par identifier les différents thèmes et sous-thèmes à couvrir lors de la conversation. En se basant sur ces thèmes, il préparera une série de questions semi-ouvertes ainsi que des relances. Il est essentiel de prêter une

attention particulière à la formulation des questions afin d'encourager le sujet à exprimer son propre avis (Perdrix, 2007).

Pour atteindre notre objectif, nous avons mis en place un guide d'entretien articulé autour de (04) axes, chacun comprenant des questions.

- **Axe 1 : Données personnelles sur le parent.**
- **Axe 2 : Situation socioéconomique du parent.**
- **Axe 3 : Informations sur l'enfant.**
- **Axe 4 : Données sur l'impact du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) de l'enfant sur le stress du parent.**

L'entretien a eu lieu avec chaque patient dans un bureau offrant un environnement favorable où le participant peut se sentir à l'aise, disposant de toutes les conditions nécessaires pour que la séance se déroule bien.

Des questions semi-directives ont été posées, et les parents ont répondu facilement à presque toutes en 45 minutes, avec des traductions en Kabyle et en Arabe pour ceux qui ne comprenaient pas le Français.

Il est à souligner que les mères ont répondu de manière très détaillée aux questions, étant plus susceptibles de parler de leurs émotions face à la pathologie de leur enfant, notamment en décrivant les comportements stressants. Alors que les pères ont donné des réponses plutôt générales sur leurs enfants, sans approfondir davantage.

3.2 L'Échelle de stress perçu, « Perceived Stress Scale » (PSS) de Cohen et Williamson :

3.2.1 Cadre, définition, modèle :

La PSS repose sur l'approche transactionnelle du stress. [Lazarus et Folkman, 1984]. L'approche a pour but d'appréhender les processus psychocognitifs associés au stress. Les partisans de cette méthode différencient deux catégories d'évaluation : L'évaluation primaire concerne la perception qu'a un sujet des exigences présentes dans une situation (urgence, gravité, nature de la menace). L'évaluation secondaire implique que le sujet estime ses ressources et ses capacités à maîtriser ou non la situation.

La PSS est une échelle pouvant être utilisée pour l'évaluation secondaire (contrôle perçu). Elle considère la fréquence à laquelle les situations de la vie sont typiquement perçues comme

« menaçantes, c'est-à-dire non prévisibles, incontrôlables et pénible ». Elle ne concerne donc ni les symptômes de stress, ni des événements spécifiques (ce qui explique la formulation très « ouverte » des items), ni des facteurs de stress.

Tableau 05 : Fiche descriptive de l'échelle de stress perçu PSS de Cohen et Williamson.

Noms des auteurs	Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R.
Objectifs	État de stress perçu (sentiment de contrôle).
Année de première publication	1983
Niveau d'investigation	Diagnostic
Langue d'origine	Anglais.
Traduction	Nombreuses traductions (une vingtaine) dont française [Quintard, 1994] pour la première publication.
Vocabulaire	Pas de problème particulier.
Temps de passation	Administration rapide : environ 5 minutes pour les versions à 14 et 10 items.
Disponibilités et conditions d'utilisation	Libre accès [Quintard, 1994, Dupret et Bocéréan, 2013]. Voir aussi le site (entrer « PSS » dans le moteur de recherche) : www.psy.cmu.edu .

3.2.2 Les versions existantes :

Trois versions :

- La PSS-14 qui comprend *14 items*,
- La PSS-10 : *items 1 à 3, 6 à 11 et 14 de la version 14*,
- La PSS-4 : *items 2, 6, 7 et 14 de la version 14*.

Afin de faire le lien entre les trois versions de la PSS, la numérotation des items de la version originale est conservée, quelles que soient les versions. L'utilisation de la version PSS 10 est la

plus recommandée car c'est celle-ci qui présente les qualités psychométriques les plus satisfaisantes [Cohen et Williamson, 1988 ; Lee, 2012].

La PSS-4 a été développée pour des cas où la mesure du stress perçu doit être rapide (enquête par téléphone notamment).

3.2.3 Structuration de l'outil :

La PSS a été conçue pour être une échelle unidimensionnelle (avec le calcul d'un seul score) [Cohen et al., 1983, 1988]. Toutefois, cette unidimensionnalité a été par la suite largement mise en débat [Hewitt et al., 1992, par exemple] sur la base d'analyses factorielles mettant systématiquement en évidence deux facteurs pour les versions PSS-14 et PSS-10 (voir plus bas). Ainsi, un certain nombre d'auteurs propose le calcul de deux sous scores, correspondant aux deux sous-échelles suivantes :

- Sous-échelle « *perception de débordement* » ou « *détresse perçue* » (« *perceived helplessness* » en anglais) : *items 1, 2, 3, 8, 11, 14* pour La PSS-10 ;
- Sous-échelle « *efficacité personnelle perçue* » ou « *capacité perçue à faire face* » (« *perceived self-efficacy* » en anglais) : *items 6, 7, 9, 10* pour la PSS-10.

3.2.4 Modalités de réponse et cotation :

Pour chaque item, le sujet estime sa fréquence d'apparition sur une période récente (le mois écoulé).

Échelle de fréquence en 5 points (de « *jamais* » à « *très souvent* ») :

- *Très souvent : 4 points,*
- *Assez souvent : 3 points,*
- *Parfois : 2 points,*
- *Presque jamais : 1 point,*
- *Jamais : 0 point.*

Les items 4, 5, 6, 7, 9, 10 et 13 sont inversés (*très souvent : 0 point, assez souvent : 1 point, parfois : 2 points, presque jamais : 3 points, jamais : 4 points*), ce qui, pour certains auteurs, expliquerait l'apparente bidimensionnalité de l'échelle.

3.2.5 Le dépouillement de l'échelle « PSS-14 » :

Les scores individuels sur la PSS-14 peuvent varier de 0 à 56, des scores plus élevés indiquant un stress perçu plus élevé.

- Stress faible (scores 0-23)
- Stress modéré (scores 24-31)
- Stress perçu élevé (scores 32 – 56)

3.2.6 Qualités psychométriques :

Globalement, la PSS présente des qualités psychométriques tout à fait satisfaisantes (en premier la PSS-10, puis la PSS-14, et enfin la PSS-4).

- **Validité**

- *Validité critériée concomitante*

[Quintard, 1994 ; Cohen et al, 1983 ; Cohen et Williamson, 1988 ; Bellinghausen et al., 2009 ; Kopp et al., 2010 ; Lee, 2012 ; Warttig et al., 2013 ; Andreou et al., 2011 ; Dupret et Bocéréan, 2013].

Corrélation positive avec les symptômes physiques, psychologiques, dépressifs, anxieux. Corrélation négative avec des mesures de satisfaction de la vie, du soutien social.

La PSS est corrélée significativement et positivement avec divers indicateurs de maladie, dont l'index psychosomatique de Derogatis, Rickels et Rock [1976].

On observe des corrélations significatives avec l'état de santé perçu (- 0,23 ; - 0,35), le recours à des services de soins (0,21), le nombre de symptômes survenus le mois précédent (0,27 à 0,32) et l'utilisation d'antidépresseurs (0,27).

- *Validité critériée prédictive*

Des auteurs ont mené des expérimentations montrant que le stress perçu (mesuré au temps T1) accroît la vulnérabilité aux infections des voies aériennes supérieures (observée au temps T2 sur l'état de santé des personnes) [Cohen, Tyrell, Smith, 1991, 1993].

- *Validité de structure interne*

La PSS comportant des items inversés, les analyses factorielles font systématiquement apparaître deux facteurs obliques (non orthogonaux) [par ex. Lee, 2012 ; Lesage et al., 2012 ; Bellinghausen et al., 2009 ; Quintard, 1994], ceci en raison de l'interrelation entre eux (par ex.

0,43 et 0.50 respectivement pour la PSS-14 et la PSS-10, Lesage et al., 2012). Pour certains auteurs [Cohen et Williamson., 1988 ; Lesage et al., 2012], il s'agit d'un artefact lié à la rédaction des items soit de manière positive, soit de manière négative. Pour d'autres, la mise en évidence récurrente de ces deux facteurs reflète la mesure de deux réalités subjectives différentes : d'un côté la perception d'un vécu difficile, un sentiment de détresse générale, de l'autre côté, la perception d'une capacité à faire face à son environnement [Dupret et Bocéréan, 2013 ; Taylor, 2015].

Les analyses factorielles effectuées sur la PSS-4 ne mettent en évidence qu'un seul facteur [Cohen et Williamson, 1988 ; Lesage et al., 2012 ; Andreou et al., 2011 ; Dupret et Bocéréan, 2013] et parfois ne parviennent pas à valider sa structure interne [Lee, 2012 ; Ingram et al., 2014].

➤ ***Validité de structure externe (validité convergente)***

Corrélation positive avec des marqueurs biologiques du stress, comme le cortisol [Andreou et al., 2011].

➤ ***Validité concourante***

Quelques études montrent des corrélations positives avec d'autres mesures de stress objectif ou perçu [Quintard, 1994 ; Lee, 2012].

➤ ***Validité discriminante***

La PSS présente une bonne validité discriminante [Cohen et Williamson, 1988 ; Quintard, 1994 ; Warttig et al., 2013 ; Lesage et al., 2012 ; Lee, 2012 ; Andreou et al., 2011 ; Dupret et Bocéréan, 2013].

Le score de stress perçu diminue lorsque l'âge augmente, lorsque le revenu augmente, quand le niveau d'éducation s'élève et lorsque la situation professionnelle et familiale est stable.

Le nombre d'enfants [Lee, 2012] ou le fait d'en avoir ou pas [Lesage et al., 2012] a un lien avec les scores moyens à la PSS (pas d'enfant ou un faible nombre d'enfants est associé à un état de stress perçu moindre). Les scores obtenus avec la PSS permettent de discriminer les personnes en bonne santé de celles qui ont des soucis de santé [Kopp et al., 2010]. Concernant le genre, les résultats montrent assez souvent des scores moyens plus élevées pour les femmes [Cohen et Williamson, 1988 ; Dupret et Bocéréan, 2013 ; Lee, 2012 ; Taylor, 2015 ; Warttig et

al., 2013 ; Andreou et al., 2011 ; Bellinghausen et al., 2009 ; Lesage et al., 2012]. L'interprétation de cette différence entre les genres fait débat (biais méthodologique ou vraie différence entre les femmes et les hommes ?) [Lee, 2012 ; Taylor, 2015].

- **Fidélité**

- **Fidélité test-retest**

La fidélité test-retest de la PSS-14 et de la PSS-10 est tout à fait satisfaisante entre un délai de 2 jours à 4 semaines (coefficient > 0.70). Après 6 semaines entre les deux passations, le coefficient tombe à 0,55 [Lee, 2012].

- **Consistance interne**

Quelles que soient les publications, les coefficients alpha de Cronbach sont toujours supérieurs à 0,70 pour la PSS-14 et la PSS-10, ce qui n'est pas toujours le cas pour la PSS-4 [Andreou et al., 2011 ; Lee, 2012 ; Cohen et Williamson, 1988] bien que la moindre consistance interne de cette version puisse être aussi un effet de la longueur de l'échelle.

- **Sensibilité**

Une seule étude portant sur la PSS- 4 signale une distribution normale des scores [Warttig et al., 2013].

Pour toutes les autres publications, notamment celles portant sur des échantillons d'envergure, cette caractéristique n'est étonnamment pas précisée.

3.2.7 Étalonnage :

La PSS a été validée à partir d'un échantillon de 2 387 sujets américains (960 hommes et 1 427 femmes) représentatifs de cette population au niveau du sexe, de l'âge, des revenus, de l'origine ethnique et du statut professionnel [Cohen et Williamson, 1988]. Par la suite, la PSS a fait l'objet de nombreuses études et adaptations dans d'autres langues et d'autres cultures. En ce qui concerne son adaptation française, plusieurs publications font état de recueil de données sur des échantillons de taille assez conséquente mais avec des biais de sélection plus ou moins marqués :

- Bellinghausen et al. [2009] : 10 222 salariés de 6 grandes entreprises françaises. Données recueillies lors des visites au service de santé au travail, dans le cadre de la

mise en place d'un observatoire (OMSAD, Observatoire médical du stress, de l'anxiété et de la dépression) par l'Institut français de l'action sur le stress (IFAS) ;

- Collange et al. [2013] : échantillon de 79 945 salariés de 28 grandes entreprises françaises. Données recueillies entre 2008 et 2011 lors des visites au service de santé au travail dans le cadre du même dispositif que pour la référence précédente ;
- Lesage et al. [2012] : échantillon de 501 salariés choisis de façon aléatoire par les services interentreprises de santé au travail de 3 régions (Champagne-Ardenne, Haute-Normandie, Ile de France) en 2010 ;
- Dupret et Bocéréan [2013] : échantillon de 16 853 salariés de 17 grandes entreprises françaises (de plus de 1 000 salariés) réparties sur 39 sites (en région parisienne et en province). Données recueillies lors des visites au service de santé au travail.

3.2.8 Biais, critiques, limites :

Malgré les qualités psychométriques de la PSS, certains auteurs avancent qu'il est difficile de distinguer le stress perçu de la détresse psychologique, qui peuvent empiriquement être liés. L'hypothèse a été émise que le stress perçu pouvait constituer une facette d'un facteur plus général d'ajustement/ non-ajustement émotionnel. Par exemple avoir des soucis, se sentir débordé... seraient aussi des composantes de la détresse.

En fait, il y a bien une distinction conceptuelle entre stress perçu et détresse psychologique : la PSS ne décrit pas la détresse psychologique mais plutôt le contrôle perçu sur les événements extérieurs. Ainsi, on peut très bien percevoir des événements comme pénibles et stressants sans pour autant manifester les différents symptômes de la détresse psychologique (anxiété, affects dépressifs, plaintes somatiques) [Cohen et al., 1983, 1988].

3.2.9 Observations particulières :

La PSS est un outil de mesure du stress perçu, non spécifique du stress au travail, largement répandu dans la communauté scientifique et pour des applications très variées, auprès de diverses populations (par exemple, des patients en situation d'hospitalisation, des étudiants, des salariés). Étant donné que l'échelle est courte et facile à renseigner, elle présente l'intérêt de pouvoir être facilement associée à d'autres questionnaires portant sur les facteurs de stress et ses conséquences, par exemple, sans trop alourdir le protocole de recueil de données. La version à 4 items fournit un outil utile pour recueillir des données par téléphone. Toutefois cette version abrégée présente une consistance interne plus faible et donc une moins bonne estimation du

stress perçu. L'attention de l'utilisateur est attirée sur le fait que certaines versions françaises de la PSS utilisent une cotation de 1 à 5 (au lieu de 0 à 4) (Langevin et al, 2015, pp.101-104).

Synthèse :

La méthodologie de recherche constitue un processus crucial pour assurer la validité et la fiabilité des résultats obtenus.

Dans le but de rester alignés avec nos objectifs et d'avancer efficacement, nous avons mis en œuvre diverses techniques d'investigation qui nous ont aidés à structurer notre travail de manière plus efficace.

**CHAPITRE IV : PRESENTATION,
ANALYSE DES RESULTATS ET
DISSCUSION DES HYPOTHESES**

1. Présentation et analyse des résultats.

1.1 Présentation et analyse des résultats de l'entretien de Monsieur "B" :

A. Présentation général de Monsieur "B"

Monsieur "B", âgé de 60 ans et retraité, était professeur de français au C.E.M, titulaire d'une licence en langue française, et père de deux enfants, dont le plus jeune qui est Hani, âgé de 11 ans, souffre de TDAH. Monsieur "B" se trouve dans une situation économique moyenne.

B. Analyse de l'entretien de Monsieur "B"

L'entretien clinique avec Monsieur "B" s'est déroulé dans un bureau réservé au psychologue au sein du service de pédopsychiatrie de l'EHS Oued Ghir, durant 40 minutes, après avoir rassuré notre sujet sur la confidentialité de ses propos et la nature de notre entretien, en précisant que cette entrevue de recherche vise uniquement l'obtention de notre diplôme universitaire et que l'anonymat de notre sujet sera strictement respecté.

Au début de l'entretien clinique, il affichait un sourire et une attitude bienveillante, posant les questions en français puisqu'il maîtrise cette langue, et il semblait avoir des connaissances sur le trouble de son enfant.

Avant la scolarisation de Hani, Monsieur "B" a observé des comportements difficiles et étranges, que ce soit à la maison ou à l'école, ce qui lui a causé des préoccupations. Pour mieux comprendre, Monsieur "B" et sa femme ont décidé de consulter un pédopsychiatre, déclarant : **« Les gestes et comportements de Hani nous ont poussés à consulter des spécialistes. Nous avons vu deux pédopsychiatres à Bejaïa, qui ont tous deux diagnostiqué un TDAH. Ils nous ont dirigés vers l'EHS d'Oued Ghir pour une prise en charge »** Il expliquait aussi : **« Lorsque nous avons constaté que les séances à Oued Ghir ne suffisaient pas, nous avons pris rendez-vous avec un autre psychologue à Sidi Aich pour plus de séances. Malgré tout, nous ne sommes pas encore satisfaits de la prise en charge et du soutien global ».**

Après le diagnostic, Monsieur "B" a accepté la pathologie de son enfant, et il était prêt à tout pour l'aider : **« Suite au diagnostic, nous avons accepté la situation de notre enfant et avons consacré beaucoup de temps à rechercher des renseignements sur ce trouble afin d'en apprendre davantage et d'avoir des idées pour mieux le soutenir ».**

Hani est le seul enfant de la famille atteint de TDAH, et son père nous confiait : **« C’est notre deuxième enfant, et nous n’avions pas rencontré de problème avec son frère aîné, même au sein de la grande famille, c’est une situation nouvelle pour nous ».**

Monsieur “B” nous a parlé de l’état de son enfant en disant : **« Quand je vois mon fils dans cet état, cela me stresse beaucoup, il est hyperactif et instable, ce qui rend son comportement très difficile à gérer, surtout lors des fêtes ou autres événements familiaux où il ne peut pas rester tranquille, il court partout, il ne parvient jamais à rester calme ».**

Hani rencontrait de nombreuses difficultés à l’école et dans ses relations sociales **« Hani ne parvient pas à jouer calmement ni à établir des relations avec ses amis, car il est souvent perturbé et ne sait pas comment communiquer ou jouer tranquillement avec eux. Hani n’aime pas étudier, sa maîtresse a du mal à le supporter et à le gérer, et en plus il a des difficultés de concentration en classe, ainsi que des problèmes pour écrire de façon correcte ».**

Pendant l’entretien, il est apparu que Monsieur “B” était excessivement inquiet concernant le trouble de son fils, ce qui a été confirmé par ce dernier qui nous a dit : **« L’inquiétude principale pour nous, c’est Hani, à cause de son hyperactivité, de ses tâches non accomplies, et de son écoute inexistante ».**

En ce qui concerne la relation entre Monsieur “B” et son fils **« Étant à la retraite, je suis souvent à côté de Hani, qui est tellement attaché à moi que je ne peux jamais le laisser seul, même si sa pathologie est difficile à supporter ».**

Monsieur “B” se sent dépassé et désorienté par les difficultés rencontrées par son enfant, et ce qui le bouleverse profondément, c’est l’avenir de Hani et son insertion sociale **« Je me suis vraiment stressé et je ne savais pas quoi faire en pensant à l’avenir de Hani, en me demandant comment il va grandir, quelles seront ses difficultés professionnelles, et comment il va faire face aux défis de la vie, surtout si je ne suis pas là pour l’aider, car la société pourrait le sous-estimer à l’avenir ».**

1.2 Présentation des résultats de l’échelle de Monsieur “B” :

Tableau 06 : Représente les résultats obtenus après la passation de l’échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson pour Monsieur “B” :

Jamais	Presque jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent
--------	-------------------	---------	------------------	-----------------

1. Durant le mois passé, combien de fois, avez-vous été contrarié(e) par quelque chose d'inattendu ou imprévu ?		X			
2. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment de ne pas pouvoir contrôler les aspects importants de votre vie ?			X		
3. Durant le mois passé, combien de fois vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) et 'stressé(e)' ?		X			
4. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous réussi à régler de manière satisfaisante les problèmes et les ennuis de la vie de tous les jours ?					X
5. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment de surmonter efficacement des changements importants qui survenaient dans votre vie ?				X	
6. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu confiance en votre capacité à gérer vos problèmes personnels ?					X
7. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment les choses allaient comme vous le vouliez ?				X	
8. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous pensé que vous ne pourriez pas venir à bout de tout ce que vous aviez à faire ?			X		
9. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous été capable de contrôler les irritations que vous éprouvez dans votre vie ?				X	
10. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment de vraiment "dominer la situation" ?				X	
11. Durant le mois passé, combien de fois vous êtes-vous mis(e) en colère à cause de choses qui arrivaient et sur lesquelles vous n'aviez pas de contrôle ?			X		
12. Durant le mois passé, combien de fois vous êtes-vous retrouvé(e) en train de penser aux choses que vous aviez à faire ?				X	
13. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous pu contrôler la manière dont vous passez votre temps ?			X		
14. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment que les difficultés s'accumulaient tellement que vous ne pourriez pas les surmonter ?		X			

- **Items :** 1, 2, 3, 8, 11, 12, 14 = 12
- **Items :** 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13 = 06
- **Score global** = 18
- **Niveau de stress** = Stress perçu faible

1.3 Interprétation de l'échelle de Monsieur "B" :

Au bout de 5 minutes, Monsieur "B" a répondu à toutes les questions relatives aux items de l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson.

Les résultats de l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson ont révélé que Monsieur "B" a **02** réponse de degré (0) dans les items « **04 et 06** », **07** réponses de degré (01) dans les items « **01, 03, 05, 07, 09, 10, 14** », **04** réponses de degré (02) dans les items « **02, 08, 11, 13** » et **01** réponse de degré (03) dans l'item « **12** ».

Après avoir analysé les résultats obtenus, nous observons que Monsieur "B" manifeste **un stress perçu faible** avec un score de **18** selon le dépouillement de l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson, qui est classé selon le seuil de cette échelle entre « **0 à 23** ».

Synthèse de Monsieur "B" :

Les données issues de l'entretien avec Monsieur "B" indiquent qu'il éprouve un stress important face à la pathologie de son fils Hani. Il décrit son enfant comme « **hyperactif et instable** », notamment dans les contextes sociaux comme les fêtes de famille, ce qui rend la gestion de son comportement particulièrement éprouvante. Cette inquiétude s'intensifie lorsqu'il évoque l'avenir de Hani : « **Je me suis vraiment stressé et je ne savais pas quoi faire en pensant à l'avenir de Hani, en me demandant comment il va grandir, quelles seront ses difficultés professionnelles, et comment il va faire face aux défis de la vie, surtout si je ne suis pas là pour l'aider, car la société pourrait le sous-estimer à l'avenir** ». Ses propos traduisent une réelle angoisse face à l'avenir et une peur de l'impuissance parentale.

Bien qu'il exprime verbalement un stress significatif lors de l'entretien, les résultats obtenus à l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson indiquent un niveau de stress perçu faible au cours du dernier mois. Cette différence entre les propos rapportés et les résultats de l'échelle peut s'expliquer par plusieurs facteurs. D'une part, une rigidité émotionnelle qui semble liée à un facteur culturel (un homme ne doit pas afficher ses sentiments de faiblesses), traduisant une volonté de maîtrise et de contrôle de ses affects.

D'autre part, Monsieur "B" semble adhérer à une représentation idéalisée du rôle paternel, dans laquelle exprimer sa tristesse ou sa vulnérabilité serait perçu comme un signe de faiblesse.

1.2 Présentation et analyse des résultats de l'entretien de Madame "N" :

A. Présentation générale de Madame "N" :

Madame "N", âgée de 40 ans, femme au foyer, ayant un niveau d'instruction de 4ème Année Moyenne, est mère de cinq enfants, dont le plus jeune, Massi qui à 6 ans, est en première année primaire, souffre de TDAH associé à une agressivité. La situation économique de Madame "N" est moyenne.

B. Analyse de l'entretien de Madame "N" :

L'entretien clinique avec Madame "N" s'est déroulé dans un bureau réservé au psychologue au sein du service de pédopsychiatrie de l'EHS Oued Ghir, durant 45 minutes, après avoir rassuré notre sujet sur la confidentialité de ses propos et la nature de notre entretien, en précisant que cette entrevue de recherche vise uniquement l'obtention de notre diplôme universitaire et que l'anonymat de notre sujet sera strictement respecté.

Lors de l'entretien clinique avec Madame "N", elle a accepté de nous fournir des informations relatives à la pathologie de son fils Massi et à ses répercussions psychologiques, notamment en ce qui concerne son stress. Madame "N" semblait déstabilisée et essayait de masquer sa souffrance avec son fils derrière quelques sourires. Ensuite, elle nous a demandé de lui poser des questions en kabyle, étant donné qu'elle ne comprenait pas bien le français.

En ce qui concerne la grossesse de Madame "N", elle a souffert énormément à cause de son colon nerveux, ce qui a causé un stress intense.

Massi a été orienté par la psychologue scolaire de l'établissement vers un pédopsychiatre exerçant en libéral dans la wilaya de Bejaia, qui a diagnostiqué un TDAH, puis ce professionnel l'a dirigé vers l'EHS d'Oued Ghir, notamment vers le service de pédopsychiatrie pour une prise en charge.

Quant à la réaction de Madame "N" face au diagnostic de son fils, elle a accepté et même si Massi n'a pas été touché par le TDA/H elle va consulter un psychologue. Elle a également évoqué que beaucoup de gens perçoivent l'EHS d'Oued Ghir comme un hôpital pour les fous, mais elle tient à préciser que ce sont des préjugés liés à un manque de culture sur la santé mentale, elle nous disant : « **Nekki qebley lehlak ayi n Massi, yerna yas ur yehlik ara nekki ad ruhey ar dayi, ad zrey "Psychologue", hawla n medden zeren akken Oued Ghir d sbitar n yimexlal, mazal ur fhimen ara akken l "Psychologue" yettawwan imdanen** ».

Madame "N" a décrit son fils Massi actuellement comme étant hyperactif, il grimpe partout et n'aime pas qu'on lui donne des ordres, même s'il les accepte, il ne les suit pas, même il tend souvent à faire le contraire : « **Massi yettazal hawla ur yettyama ara deg yiwen umkan ama deg uxxam ama deg berra, yettali leşwar d ttejrat, ur yetthibi ara yiwen azedyini xdem akka ney ili-k akka, yas ixdem akken izdenan ur yettweeni ara ccyel ni, yerna açal dabrid i yerwel deg wexxam, snat n tikkal nufat deg "La police", yerna Massi yettnadi kan nnfe-is** ». Madame "N" nous a également mentionné que Massi avait déjà un problème au niveau du colon et en plus aucun membre de sa fratrie n'a été touché par le TDAH.

D'après Madame "N", son fils éprouve beaucoup de difficultés, que ce soit dans ses relations sociales ou à l'école, il se dispute fréquemment avec ses amis et dérange en classe, et il quitte souvent sa place, cela conduisait sa maîtresse à le frapper parfois afin de le calmer : « **Massi ur yettağğa ara imdukai is g lehna, yerna yessqiriđ yef imdukai is i uselmad is i wakken ur d yettban ara d netta kan i ixedmen tibuya, yerna yettnay d yemdukai-is atas, d acu i yeğğan taselmadt is tekkat it ma3na ur d yeqar ara** ».

A propos de la relation entre Madame "N" et son fils Massi, il est très proche de sa mère, il passe souvent du temps à ses côtés, ce qui a suscité la jalousie de ses frères et sœurs car elle lui accorde beaucoup d'attention en raison de ses besoins liés à sa pathologie : « **Ttasmen mlih yef Massi akken yettili kan yuri, nekki d seh d araw iw akk maena Massi yeḥwağ lemawna f lehlak ayi, ttxemimey kan anda yella, yetthibi dayen ad yeqim d baba-s ma ad yili deg uxxam, maena yuri akter** ». Elle a rajouté que c'était la première fois que son mari lui apportait son soutien dans l'éducation des enfants, car elle trouve cela difficile de le faire seule.

Madame "N" vivait une immense souffrance psychologique à cause de son fils, qu'elle percevait comme étant à l'origine de tous ses problèmes psychiques, ce qui lui causait un stress considérable, comme elle ne dort pas bien la nuit et se réveille fréquemment, elle s'inquiète souvent pour lui : « **Massi d netta i yi-d-yettawin lqelqa bezaf, ayen i yuyen akk d seba ynes, ttxemimey kan fell-as, ur gganey ara akk akken ig wenneḥ lhal** ».

Selon les dires de Madame "N", elle avait l'impression d'être seule, son mari étant conducteur et rarement présent pour l'aider à la maison. Elle se sent également désorientée face à l'état de son fils : « **Ur zriy ara d acu ad xedmey, aqli fecley mlih, yerna tterbya n Massi tusa iyi-d zzayet mlih, axater wayi id anegaru ynu** ».

L'avenir de Massi pour sa mère est source d'inquiétude car elle craint pour son futur : « **Ugadey mlih fell-as** ».

1.3 Présentation des résultats de l'échelle de Madame "N" :

Tableau 07 : Représente les résultats obtenus après la passation de l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson pour Madame "N" :

	Jamais	Presque jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent
1. Durant le mois passé, combien de fois, avez-vous été contrarié(e) par quelque chose d'inattendu ou imprévu ?					X
2. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment de ne pas pouvoir contrôler les aspects importants de votre vie ?					X
3. Durant le mois passé, combien de fois vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) et 'stressé(e)' ?				X	
4. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous réussi à régler de manière satisfaisante les problèmes et les ennuis de la vie de tous les jours ?			X		
5. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment de surmonter efficacement des changements importants qui survenaient dans votre vie ?				X	
6. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu confiance en votre capacité à gérer vos problèmes personnels ?			X		
7. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment les choses allaient comme vous le vouliez ?		X			
8. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous pensé que vous ne pourriez pas venir à bout de tout ce que vous aviez à faire ?					X
9. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous été capable de contrôler les irritations que vous éprouvez dans votre vie ?			X		
10. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment de vraiment "dominer la situation" ?					X
11. Durant le mois passé, combien de fois vous êtes-vous mis(e) en colère à cause de choses qui arrivaient et sur lesquelles vous n'aviez pas de contrôle ?			X		
12. Durant le mois passé, combien de fois vous êtes-vous retrouvé(e) en train de penser aux choses que vous aviez à faire ?				X	
13. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous pu contrôler la manière dont vous passez votre temps ?		X			

14. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment que les difficultés s'accumulaient tellement que vous ne pourriez pas les surmonter ?		X			
---	--	---	--	--	--

- **Items :** 1, 2, 3, 8, 11, 12, 14 = 21
- **Items :** 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13 = 13
- **Score global** = 34
- **Niveau de stress** = Stress perçu élevé

1.4 Interprétation de l'échelle de Madame "N" :

Durant 10 minutes, Madame "N" a répondu à l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson. Il est à noter que lors de la passation, nous avons traduit en kabyle les questions relatives aux items de l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson pour que Madame "N", comprenne bien leur signification.

Les résultats de l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson ont révélé que Madame "N" a **01** réponse de degré (**0**) dans l'item « **10** », **02** réponses de degré (**01**) dans les items « **05, 14** », **04** réponses de degré (**2**) dans les items « **04, 06, 09, 11** », **04** réponse de degré (**03**) dans les items « **03, 07, 12, 13** » et **03** réponses de degré (**04**) dans les items « **01, 02, 08** ».

Après avoir analysé les résultats obtenus, nous constatons que Madame "N" manifeste **un stress perçu élevé** avec un score de **34** selon le dépouillement de l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson, qui est classé selon le seuil de cette échelle entre « **32 à 56** ».

Synthèse de Madame "N" :

D'après l'analyse de l'entretien et les résultats obtenus dans l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson Madame "N" souffre d'un stress élevé.

Le cas de Madame "N", mère du jeune Massi diagnostiqué avec un TDAH, illustre fortement le retentissement psychologique du trouble sur le parent. Vivant seule la majorité du temps, en raison que son mari travaille comme conducteur routier, elle assume seule la charge mentale liée à la prise en charge de son fils. Lors de l'entretien, elle a montré des signes visibles de souffrance, les larmes aux yeux, tentant de masquer son mal-être derrière des sourires. Elle décrit Massi comme constamment agité, difficile à canaliser, opposant et souvent rejeté à l'école comme dans ses relations sociales. D'après ses témoignages, Madame "N" évoque un épuisement profond, un sommeil perturbé ainsi qu'un sentiment d'impuissance face à la

situation. Elle exprime également une solitude, un besoin de soutien, et une inquiétude constante quant à l'avenir de son enfant. Ce témoignage met en évidence la charge émotionnelle et le stress intense que peut engendrer, au quotidien, l'éducation d'un enfant atteint de TDAH.

1.3 Présentation et analyse des résultats de l'entretien de Monsieur "K" :

A. Présentation générale de Monsieur "K" :

Monsieur "K", âgé de 51 ans, possède un niveau d'instruction de quatrième année moyenne, travaille comme plombier et a trois enfants, parmi lesquels Fouad, qui a 9 ans et souffre de TDAH, est en quatrième année primaire. Monsieur "K" se trouve dans une situation économique moyenne.

B. Analyse de l'entretien de Monsieur "K" :

L'entretien clinique avec Monsieur "K" s'est déroulé dans un bureau réservé au psychologue au sein du service de pédopsychiatrie de l'EHS Oued Ghir, durant 40 minutes, après avoir rassuré notre sujet sur la confidentialité de ses propos et la nature de notre entretien, en précisant que cette entrevue de recherche vise uniquement l'obtention de notre diplôme universitaire et que l'anonymat de notre sujet sera strictement respecté.

Monsieur "K", dès notre premier échange, a manifesté un intérêt à s'impliquer dans notre recherche et à nous fournir des informations sur le trouble et l'état de son fils Fouad ainsi que ses souffrances quotidiennes. Comme Monsieur "K" a un niveau moyen en français, il arrive que nous lui posions quelques questions en kabyle. Il a insisté sur le fait que nous ne devons pas utiliser son vrai prénom ni son nom.

Fouad a été diagnostiqué pour la première fois à l'âge de 8 ans par un psychologue du service de pédopsychiatrie de l'EHS d'Oued Ghir, suite à une orientation du psychologue scolaire de son école primaire.

Concernant l'état actuel de Fouad, Monsieur "K" nous a indiqué que la pathologie de son enfant s'aggrave de plus en plus, compliquant la situation, avec un déficit d'attention, une hyperactivité et une impulsivité, il disait : « **Fouad parle trop, bouge trop et il est incontrôlable, il ne demande jamais la permission, soit à l'école ou à la maison** » et aussi selon son père : « **ur yessin ara adixdem kra s leeqel-is, yerna yettayes mlih, qaren iyi-d medden Fouad "d amongole"** ».

D'après Monsieur K, Fouad utilise de façon excessive les écrans, en particulier le téléphone portable, il disait : « **ur yetserih ara i l portable, yettemrafi adiqim din kan** ».

Fouad, selon son père, a déjà été victime d'un choc à l'âge de 2 ans suite à une dispute entre sa mère et une autre femme, ce qui a perturbé son sommeil par la suite : « **nudam n Fouad**

yerwi, yuyal yetjafjaf leeca ». Son père nous a également rajouté que son fils mange excessivement de sucreries, il les prend en volant pour en manger.

Fouad rencontre de nombreuses difficultés à l'école ainsi qu'avec ses amis : « **Mon fils c'est un bagarreux et chaque jour avec une dispute, même dans le quartier. Il prend souvent les affaires des autres** ». Monsieur "K" a mentionné que son fils ne complète pas toujours ses devoirs à la maison, voire il les oublie parfois.

Monsieur "K" nous a informés que Fouad est très lié à son père, qu'il le surveille et qu'il ne le laisse pas fréquenter des inconnus. : « **yuri kan i yettili anida ruhey ad iddu lqahwa ney amtiq naden, ixedem Judo d d nekki kan igttedun dides ma adixdem, ttḥadareyt mlih f iberanyen** ».

En ce qui concerne la souffrance psychologique de Monsieur "K" face au trouble de Fouad, le père a indiqué que le comportement de son fils lui cause constamment des inquiétudes et des préoccupations, tout en se demandant comment Fouad va gérer la situation et en redoutant l'apparition de nouveaux comportements dans leur entourage qui est rempli de mauvaises influences : « **je m'inquiète souvent oui, et c'est obliger de réfléchir comme ça, ttkhemimey kan fell-as, ndalat iæteḥ wissen anda igruh iwacu ur d yekcim ara zik axam** ».

Monsieur "K" ne trouve pas le sommeil facilement, selon lui, cette insomnie est causée par les difficultés de son enfant.

Monsieur "K" reçoit l'aide de sa conjointe pour éduquer Fouad, bien que des disputes surviennent parfois., il disait : « **chacun avec son éducation, y a une différence entre un homme et une femme, moi je ne voulais pas qu'il devienne féminisé, byiy athidrebiy dargaz** ».

Monsieur "K" vit des conflits avec les enseignants à cause des comportements de Fouad : « **je reçois souvent des convocations de la part de ses enseignants** ».

Le père désire profondément que son fils réussisse dans la vie, il disait « **byiy mlih Fouad adinjehg deg dunit-is** ».

1.4 Présentation des résultats de l'échelle de Monsieur "K" :

Tableau 08 : Représente les résultats obtenus après la passation de l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson pour Monsieur "K" :

	Jamais	Presque jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent
1. Durant le mois passé, combien de fois, avez-vous été contrarié(e) par quelque chose d'inattendu ou imprévu ?			X		
2. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment de ne pas pouvoir contrôler les aspects importants de votre vie ?			X		
3. Durant le mois passé, combien de fois vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) et 'stressé(e)' ?		X			
4. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous réussi à régler de manière satisfaisante les problèmes et les ennuis de la vie de tous les jours ?				X	
5. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment de surmonter efficacement des changements importants qui survenaient dans votre vie ?	X				
6. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu confiance en votre capacité à gérer vos problèmes personnels ?				X	
7. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment les choses allaient comme vous le vouliez ?			X		
8. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous pensé que vous ne pourriez pas venir à bout de tout ce que vous aviez à faire ?			X		
9. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous été capable de contrôler les irritations que vous éprouvez dans votre vie ?		X			
10. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment de vraiment "dominer la situation" ?			X		
11. Durant le mois passé, combien de fois vous êtes-vous mis(e) en colère à cause de choses qui arrivaient et sur lesquelles vous n'aviez pas de contrôle ?			X		
12. Durant le mois passé, combien de fois vous êtes-vous retrouvé(e) en train de penser aux choses que vous aviez à faire ?				X	
13. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous pu contrôler la manière dont vous passez votre temps ?				X	
14. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment que les difficultés s'accumulaient tellement que vous ne pourriez pas les surmonter ?			X		

- **Items :** 1, 2, 3, 8, 11, 12, 14 = 14
- **Items :** 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13 = 14

- **Score global** = 28
- **Niveau de stress** = Stress perçu modéré

1.5 Interprétation de l'échelle de Monsieur "K" :

Durant 07 minutes, Monsieur "K" a répondu à l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson. Il est important de noter qu'au cours de la passation, nous avons traduit en kabyle quelques questions relatives aux items qui apparaissaient peu clairs pour Monsieur "K" dans l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson, pour assurer une bonne compréhension.

Les résultats de l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson ont révélé que Monsieur "K" a **04** réponses de degré **(01)** dans les items « **03, 04, 06, 13** », **07** réponses de degré **(2)** dans les items « **01, 02, 07, 08, 10, 11, 14** », **02** réponse de degré **(03)** dans les items « **09, 12** » et **01** réponses de degré **(04)** dans l'item « **05** ».

Après avoir examiné les résultats, il semble que Monsieur "K" présente **un stress perçu modéré** avec un score de **28** selon le dépouillement de l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson, qui est classé selon le seuil de cette échelle entre « **24 à 31** ».

Synthèse de Monsieur "K" :

D'après l'analyse de l'entretien et les résultats obtenus dans l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson Monsieur "K" souffre d'un stress modéré.

A travers les propos recueillis, Monsieur K, père du jeune Fouad atteint de TDAH, fait part d'une souffrance psychologique marquée face aux comportements incontrôlables de son fils. Il décrit un quotidien rythmé par l'agitation, les conflits scolaires et sociaux, les troubles du sommeil et une dépendance excessive aux écrans. Très impliqué dans l'éducation de Fouad, il reçoit le soutien de sa conjointe malgré des divergences éducatives. Les inquiétudes constantes, les insomnies et les tensions avec l'école révèlent l'impact émotionnel du trouble sur ce père engagé, soucieux de l'avenir de son enfant.

1.4 Présentation et analyse des résultats de l'entretien de Madame "Y" :

A. Présentation générale de Madame "Y" :

Madame "Y", âgée de 40 ans, comptable, ayant un niveau d'instruction de 3^{ème} Année secondaire, est mère de trois enfants, dont le cadet, Nadjim qui à 9 ans, est en quatrième année primaire, souffre de TDAH. La situation économique de Madame "Y" est classée comme moyenne.

B. Analyse de l'entretien de Madame "Y" :

L'entretien clinique avec Madame "Y" s'est tenu dans un bureau réservé au psychologue dans le service de pédopsychiatrie de l'EHS Oued Ghir, durant 40 minutes, après avoir assuré notre sujet de la confidentialité de ses propos et expliqué que cette démarche de recherche était uniquement pour l'obtention de notre diplôme universitaire, en garantissant que son anonymat serait respecté.

Madame "Y", au début de la séance, nous a semblé qu'elle ressentait une profonde tristesse face aux difficultés de son enfant Nadjim, ce qui l'affecte mentalement et la fatigue physiquement. Dès notre premier échange, elle a eu du mal à parler, ses yeux révélant une douleur quotidienne si lourde à porter, mais elle nous a néanmoins donné son accord pour tout dire et a même encouragé l'idée de mener une recherche sur ce sujet. Afin que le message soit clair, Madame "Y" répondait en français ou en kabyle selon la question.

Nadjim a été diagnostiqué TDAH pour la première fois à l'âge de 8 ans par une psychologue exerçant dans un cabinet privé à Akbou dans la wilaya de Bejaia, mais Madame "Y" n'a pas poursuivi les consultations en raison du coût élevé des séances.

D'après Madame "Y", son enfant est hyperactif, qui ne cesse de courir partout et ne sait pas jouer doucement ni prudemment, ce qui lui cause fréquemment des blessures au corps, ces mains ou pieds sont souvent bandés : « **Nadjim faisait souvent des bêtises et s'exposait à des dangers, il agissait comme une tête brûlée, étant partout dans le quartier lorsqu'il joue, et il ne craint personne sauf son père et son oncle maternel car ils le frappent parfois** ».

Selon Madame "Y" l'absence des écrans notamment le téléphone portable pousse Nadjim à pleurer, crier et frapper les portes, c'est incontrôlable : « **Nadjim yettɛassa kan aweq aduyaley deg lxudma yer uxam akken adidem l portable, yures kan i yettili, aweq usthefkiyara, itettru, leɣyad, ijedeb, ayen i yufa zathes athiwet ney athiseyli, meɛna nekki ttmuduyast i wakken kan ayij deg lehna** ».

Nadjim fait face à plusieurs problèmes à l'école, notamment une mauvaise concentration en classe et durant les examens et aussi une écriture difficile à lire : « **Il a une mauvaise concentration, même il ne se souvient pas ni de ce que la maitresse a dit ni de ces cours, en plus il avait une écriture illisible** ». « **lecyux is akk tceykayen-d yuæer, yerna d lhem ameqran ma adisceday nekki asequarey yer atteyreð netta ittgami ouelimey ara amek asxedmey akk** ». ;

Madame "Y" a évoqué que sa vie de famille traverse des hauts et des bas, ce qui est typique pour toutes les familles Algérienne. Parfois, il y avait des conflits avec son conjoint à cause de Nadjim, car ils n'arrivaient pas à s'accorder sur la méthode d'éducation à adopter : « **Il me disait parfois que je ne sais pas comment éduquer un enfant, et parfois c'était moi qui lui disais que tu ne sais pas éduquer parce que tu le frappes souvent** ». Madame "Y" nous a également expliqué que son fils souffre d'une encoprésie légère, ce qui cause de la nervosité chez les deux parents.

En ce qui concerne la relation entre Madame "Y" et son enfant Nadjim, ce dernier s'éloigne de sa mère, qui lui procure tout ce qu'il désire, mais cela ne l'empêche pas de prendre ses distances, elle nous confiait : « **ittbeïd felli yas akken xedmeyas lebyï, yerna ayen yebya ad d-yay ttakey-ass idrimen** ».

Madame "Y" souffre psychologiquement, ses pensées deviennent irrationnelles et elle rencontre des difficultés à se concentrer au travail, en raison de ses inquiétudes excessives pour son fils, d'après la maman, Nadjim est la cause de son stress et de tout malaise, elle disait : « **je souffre oui, "Mlih", ama deg uxam ama deg lxudma ttxemimey kan fell-as yerna isetrisayeyi utthusuy ara imaniw deg lehna, deg imi-iw Nadjim kan ass kamel d leɣyad** ».

Madame "Y" éprouve des problèmes de santé, notamment une hypertension artérielle récemment diagnostiquée et des vertiges courants, ainsi qu'une insomnie régulière, certains de ces symptômes étant apparus peu après que Nadjim ait été diagnostiqué TDAH.

Madame "Y" nous a indiqué qu'elle reçoit un soutien de la part de son conjoint, même si quelques conflits surviennent parfois, et elle a aussi mentionné que sa famille maternelle l'a beaucoup aidée durant ses périodes difficiles.

La mère de Nadjim éprouve un sentiment de désorientation et de surcharge face aux problèmes de son enfant. Comme elle redoute ce que l'avenir réserve à son fils : « **ugadey**

adikemel kther wakka, assepass idithedun dayen uelimey ara akk amek, ma adinje ney xati ».

1.5 Présentation des résultats de l'échelle de Madame "Y" :

Tableau 09 : Représente les résultats obtenus après la passation de l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson pour Madame "Y" :

	Jamais	Presque jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent
1. Durant le mois passé, combien de fois, avez-vous été contrarié(e) par quelque chose d'inattendu ou imprévu ?				X	
2. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment de ne pas pouvoir contrôler les aspects importants de votre vie ?			X		
3. Durant le mois passé, combien de fois vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) et 'stressé(e)' ?					X
4. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous réussi à régler de manière satisfaisante les problèmes et les ennuis de la vie de tous les jours ?			X		
5. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment de surmonter efficacement des changements importants qui survenaient dans votre vie ?			X		
6. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu confiance en votre capacité à gérer vos problèmes personnels ?			X		
7. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment les choses allaient comme vous le vouliez ?		X			
8. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous pensé que vous ne pourriez pas venir à bout de tout ce que vous aviez à faire ?			X		
9. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous été capable de contrôler les irritations que vous éprouvez dans votre vie ?			X		
10. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment de vraiment "dominer la situation" ?		X			
11. Durant le mois passé, combien de fois vous êtes-vous mis(e) en colère à cause de choses qui arrivaient et sur lesquelles vous n'aviez pas de contrôle ?				X	
12. Durant le mois passé, combien de fois vous êtes-vous retrouvé(e) en train de penser aux choses que vous aviez à faire ?				X	
13. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous pu contrôler la manière dont vous passez votre temps ?			X		

14. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment que les difficultés s'accumulaient tellement que vous ne pourriez pas les surmonter ?					X
---	--	--	--	--	---

- **Items :** 1, 2, 3, 8, 11, 12, 14 = 21
- **Items :** 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13 = 16
- **Score global** = 37
- **Niveau de stress** = Stress perçu élevé

1.6 Interprétation de l'échelle de Madame "Y" :

Pendant 05 minutes, Madame "Y" a répondu à l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson. Lors de la passation, nous avons traduit en kabyle les items « **03, 14 et 10** », qui étaient peu compréhensibles pour Madame "Y" dans l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson, afin de faciliter leur compréhension.

Les résultats de l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson ont révélé que Madame "Y" a **07** réponses de degré (**02**) dans les items « **02, 04, 05, 06, 08, 09, 13** », **05** réponses de degré (**3**) dans les items « **01, 07, 10, 11, 12** », et **02** réponse de degré (**04**) dans les items « **13, 14** ».

Il ressort des résultats que Madame "Y" éprouve **un stress perçu élevé** avec un score de **37** selon le dépouillement de l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson, qui est classé selon le seuil de cette échelle entre « **32 à 56** ».

Synthèse de Madame "Y" :

Les résultats de l'entretien et de l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson montrent que Madame "Y" souffre d'un stress élevé.

Les propos de Madame "Y", mère de Nadjim révèlent un profond épuisement physique et psychologique face à la gestion quotidienne du trouble de son enfant. Elle décrit un garçon hyperactif, impulsif, souvent blessé en jouant de manière imprudente, et en difficulté à l'école comme à la maison. Le refus de l'accès aux écrans déclenche chez lui des crises violentes. Malgré un certain soutien de son conjoint et de sa famille maternelle, Madame Y manifeste un stress intense, des troubles du sommeil, une hypertension récente et des difficultés de concentration au travail. Elle se sent dépassée, en surcharge mentale, et exprime une grande inquiétude quant à l'avenir de son fils.

1.5 Présentation et analyse des résultats de l'entretien de Madame "S" :

A. Présentation générale de Madame "S" :

Madame "S", âgée de 43 ans et femme au foyer, possède un niveau d'instruction de 3^{ème} Année Secondaire et est mère de deux enfants, dont Amir, âgé de 12 ans et en première année Moyenne, qui souffre de TDAH. Madame "S" a une situation économique qui se situe dans la moyenne.

B. Analyse de l'entretien de Madame "S" :

Durant 50 minutes, l'entretien clinique avec Madame "S" s'est tenu dans un bureau réservé au psychologue au sein du service de pédopsychiatrie de l'EHS Oued Ghir, après avoir rassuré notre sujet sur la confidentialité de ses propos et la nature de notre démarche, en indiquant que cette étude vise uniquement à l'obtention de notre diplôme universitaire et que l'anonymat sera rigoureusement maintenu.

Madame "S" était entrée dans le bureau avec une attitude très détendue, malgré quelques signes de fatigue et des cernes sous les yeux. Elle nous a confirmé son accord pour participer à notre recherche, en nous demandant de lui expliquer le déroulement de la séance, les thèmes qu'elle devra traiter et les éléments sur lesquels elle devra se baser, puis nous avons expliqué tous les détails pour Madame "S". Pendant l'entretien, il semble que cette femme fasse preuve de courage et de confiance en elle. A noter, la plupart des réponses de Madame "S" étaient en Kabyle.

À l'âge de 11 ans, Amir a été diagnostiqué pour la première fois par un pédopsychiatre dans la wilaya de Bejaia : « **abrid amenzu ounelimara ma atnawi yer hed akkayi ney khaty meena lan kra nan-ay-d awimt yer "Pédopsychiatre" akken athizer, d netta-n iydicheyen yer Oued Ghir** ».

Après le diagnostic d'Amir pour son TDAH, sa mère nous a dit qu'elle était stressée et qu'elle ne savait pas exactement quoi faire.

Madame "S" a décrit l'état actuel de son fils comme étant hyperactif, avec un déficit important de concentration, et il est très attaché aux écrans, ce qui provoque des crises de pleurs et de colère lorsqu'il n'y a pas accès : « **Amir d aqcic i yettazalen bezaf, dayen ur isɛara leeql ma adixdem kra, l "Portable" Iɛttbit mlih yerna iɛttbay nekni dides, ma asnini uttadamara l "Portable", adiker yer leɣyad d taruzi ayen i d yufa zath-s athirez** ». Selon

Madame "S", Amir a toujours été sous un traitement médicamenteux à savoir « **Risperdal®** » prescrit par son pédopsychiatre.

En ce qui concerne les difficultés scolaires d'Amir, sa mère nous a indiqué qu'il a redoublé sa première année au CEM, et que plusieurs enseignants l'ont puni en raison de ses comportements en classe : « **Oui, il rencontrait des difficultés et, en raison de ses comportements en classe, un enseignant lui a donné un 00 sur 20 lors d'un examen** ».

Madame "S" nous a dit que le père d'Amir le frappait fréquemment et qu'il criait sur lui, ne supportant jamais ses comportements négatifs : « **ikathit kan ma athizer ixdem kra ney inad kra dirith, ittæeyid mlih fell-as** »

Quant à sa relation avec son fils, Madame "S" est souvent derrière lui et l'encourage constamment à étudier, pas seulement Amir mais aussi son frère aîné, la même chose. Elle reste toujours attentive à ce que ses enfants regardent à la télévision, surtout Amir, avec qui elle passe beaucoup de temps. Elle disait fréquemment que ses enfants sont sa priorité absolue.

Madame "S" a traversé une période de grande souffrance mentale avec un stress intense ces dernières années, étant perturbée et désemparée face à la gestion de la pathologie de son fils, car elle assume seule la responsabilité d'Amir en raison du manque de soutien de son conjoint. Elle avait également perdu son père et son frère, rendant la situation très difficile, mais malgré tout cela, Madame "S" a fait preuve de résilience et, avec son fils, elle sait comment affronter les obstacles, même si cela était difficile.

Selon Madame "S", elle a souffert intensément de migraines et a eu des problèmes de sommeil : « **uganey ara akk akken i weneε ttekareyed hawla leεca ttkhemimey f mmi Amir yerna itteqraḥeyi mlih uqerruy-iw** ».

Madame "S" s'inquiète fréquemment pour l'avenir d'Amir, car elle tient à ce que ses enfants réussissent.

1.6 Présentation des résultats de l'échelle de Madame "S" :

Tableau 10 : Représente les résultats obtenus après la passation de l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson pour Madame "S" :

	Jamais	Presque jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent
1. Durant le mois passé, combien de fois, avez-vous été contrarié(e) par quelque chose d'inattendu ou imprévu ?			X		
2. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment de ne pas pouvoir contrôler les aspects importants de votre vie ?	X				
3. Durant le mois passé, combien de fois vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) et 'stressé(e)' ?	X				
4. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous réussi à régler de manière satisfaisante les problèmes et les ennuis de la vie de tous les jours ?				X	
5. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment de surmonter efficacement des changements importants qui survenaient dans votre vie ?				X	
6. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu confiance en votre capacité à gérer vos problèmes personnels ?				X	
7. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment les choses allaient comme vous le vouliez ?					X
8. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous pensé que vous ne pourriez pas venir à bout de tout ce que vous aviez à faire ?	X				
9. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous été capable de contrôler les irritations que vous éprouvez dans votre vie ?					X
10. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment de vraiment "dominer la situation" ?					X
11. Durant le mois passé, combien de fois vous êtes-vous mis(e) en colère à cause de choses qui arrivaient et sur lesquelles vous n'aviez pas de contrôle ?	X				
12. Durant le mois passé, combien de fois vous êtes-vous retrouvé(e) en train de penser aux choses que vous aviez à faire ?	X				
13. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous pu contrôler la manière dont vous passez votre temps ?					X
14. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment que les difficultés s'accumulaient tellement que vous ne pourriez pas les surmonter ?	X				

- **Items :** 1, 2, 3, 8, 11, 12, 14 = 02
- **Items :** 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13 = 03

- **Score global** = 05
- **Niveau de stress** = Stress perçu faible

1.7 Interprétation de l'échelle de Madame "S" :

Madame "S" a répondu à l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson pendant une période de 4 minutes. Pendant la passation, les items peu clairs pour Madame "S" dans l'échelle PSS-14 de Cohen et Williamson ont été traduits en kabyle pour en faciliter la compréhension.

Les résultats de l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson ont montré que Madame "S" a **10** réponses de degré (0) dans les items « **02, 03, 07, 08, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14** », **03** réponses de degré (1) dans les items « **04, 05, 06** », et **01** réponse de degré (02) dans l'item « **01** ».

En analysant les résultats, on constate que Monsieur "S" affiche **un stress perçu faible** avec un score de **05** selon le dépouillement de l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson, qui est classé selon le seuil de cette échelle entre « **0 à 23** ».

Synthèse de Madame "S" :

Les résultats de l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson montrent que Madame "S" souffre d'un stress faible et qu'elle ne ressent actuellement que peu de stress au quotidien, malgré les défis associés à la pathologie TDAH de son enfant Amir. Ce résultat pourrait traduire une bonne capacité d'adaptation, une forme de résilience ou encore la mise en place de stratégies pour gérer les exigences parentales.

Cependant, il est important de nuancer cette interprétation à la lumière de l'entretien clinique et de nos observations. En effet, Madame "S" a exprimé avoir traversé des périodes de stress intense dans les années précédentes, notamment lors de la découverte du trouble de son enfant. Ce vécu antérieur pourrait expliquer une certaine évolution dans sa manière d'appréhender le stress aujourd'hui.

Le score faible de Madame "S" à l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson ne traduit pas forcément une absence de stress, mais pourrait refléter un processus d'adaptation progressif.

2. Discussion des hypothèses :

A travers cette partie de ce chapitre nous allons essayer de discuter nos hypothèses dans le but de répondre à la question de notre problématique.

- Est-ce que les parents d'enfants atteints de TDA/H sont confrontés à un niveau de stress élevé, et quelles sont les répercussions sur leur bien-être psychologique et leur vie quotidienne ?

Notre objectif principal est donc de confirmer ou infirmer nos hypothèses à travers les résultats issus de l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson et l'application de l'entretien clinique semi-directif.

❖ Les hypothèses :

- La présence d'un enfant atteint de TDA/H dans le foyer parental s'impose comme un facteur favorisant le stress chez les parents.
- Les comportements des enfants atteints de TDA/H, ainsi que les préoccupations parentales liées à leur avenir, favorisent le stress chez les parents.

Les parents d'enfants atteints de TDA/H présentent des niveaux variés de stress perçu. Nous constatons à travers l'analyse des cas cliniques, que Madame "Y" présente le niveau de stress perçu le plus élevé avec un score de 37, suivie de Madame "S" avec un score de 34, indiquant toutes deux un stress perçu élevé. Monsieur "K" présente un stress perçu modéré avec un score de 28. Enfin, Monsieur "B" affiche un stress perçu faible avec un score de 18, tout comme Madame "S" dont le score est de 05.

Parmi ces cinq (05) cas se sont Madame "Y", Madame "S" et Monsieur "K" qui présentent des niveaux de stress significatifs, en comparaison aux deux autres cas dont les scores demeurent faibles.

Tableau 11 : Représente les résultats obtenus par l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson pour les cinq (05) cas :

Cas	Stress perçu faible	Stress perçu modéré	Stress perçu élevé
Mr "B"	18		
Mme "N"			34
Mr "K"		28	
Mme "Y"			37

Mme "S"	05		
---------	----	--	--

Pour chaque cas clinique, le TDA/H de leurs enfants est identifié comme un facteur de stress, suscitant des symptômes liés au stress et affectant à la fois l'équilibre psychologique des parents et leur vie quotidienne.

Ainsi, le stress observé chez les parents d'enfants atteints de TDA/H peut également s'expliquer par les comportements problématiques ainsi que par leurs propres inquiétudes concernant l'avenir de ceux-ci. Les parents rapportent des sentiments de peur, une fatigue intense, des préoccupations constantes, des troubles du sommeil ainsi que divers problèmes de santé. Toutes ces manifestations se reflètent dans les paroles de nos cas :

- **Madame "N" :**

« Madame "N" vivait une immense souffrance psychologique à cause de son fils, qu'elle percevait comme étant à l'origine de tous ses problèmes psychiques, ce qui lui causait un stress considérable, comme elle ne dort pas bien la nuit et se réveille fréquemment, elle s'inquiète souvent pour lui ».

- **Madame "Y" :**

« Madame "Y" souffre psychologiquement, ses pensées deviennent irrationnelles et elle rencontre des difficultés à se concentrer au travail, en raison de ses inquiétudes excessives pour son fils, d'après la maman, Nadjim est la cause de son stress et de tout malaise ».

« La mère de Nadjim éprouve un sentiment de désorientation et de surcharge face aux problèmes de son enfant. Comme elle redoute ce que l'avenir réserve à son fils ».

« Madame "Y" éprouve des problèmes de santé, notamment une hypertension artérielle récemment diagnostiquée et des vertiges courants, ainsi qu'une insomnie régulière, certains de ces symptômes étant apparus peu après que Nadjim ait été diagnostiqué TDAH ».

- **Monsieur "K" :**

« En ce qui concerne la souffrance psychologique de Monsieur "K" face au trouble de Fouad, le père a indiqué que le comportement de son fils lui cause constamment des inquiétudes et des préoccupations, tout en se demandant comment Fouad va gérer la situation et en redoutant l'apparition de nouveaux comportements dans leur entourage qui est rempli de mauvaises influences ».

L'analyse des cinq cas cliniques, comprenant trois mères et deux pères, révèle une diversité dans l'expérience du stress parental face au TDA/H. Parmi eux, trois parents Madame "N", Madame "Y" et Monsieur "K" présentent un niveau de stress significatif, confirmé par des scores élevés à l'échelle de stress perçu PSS-14 Cohen et Williamson. Ces parents expriment une fatigue persistante, des sentiments de peur, des problèmes de sommeil comme l'insomnie, ainsi que des troubles de santé liés au stress. Ces manifestations sont étroitement liées à la gestion quotidienne des comportements difficiles de leur enfant (hyperactivité, impulsivité, inattention) et à leurs inquiétudes quant à son avenir scolaire, social et professionnel.

En revanche, les deux autres parents évalués présentent des scores faibles à l'échelle PSS-14 Cohen et Williamson, témoignant d'un faible niveau de stress et suggérant une adaptation différente à la situation. Pour Monsieur "B", ce faible score semble associé à une rigidité émotionnelle et à une représentation idéalisée du rôle paternel, limitant l'expression de la tristesse ou de la vulnérabilité. Quant à Madame "S", son score faible pourrait refléter un processus d'adaptation progressif, lié à un vécu antérieur de stress.

Nos hypothèses s'appuient aussi sur des résultats d'études récentes ayant mis en évidence le stress chez les parents d'enfants atteints de TDA/H :

La première hypothèse « **La présence d'un enfant atteint de TDA/H dans le foyer parental s'impose comme un facteur favorisant le stress chez les parents** » est consolidée par l'étude de Sarikaya Erdil et al. (2024). Les parents d'enfants atteints de TDAH y présentent un niveau de stress significativement plus élevé que les parents d'enfants au développement typique. Ce stress est notamment prédit par les comportements oppositionnels de l'enfant et l'inflexibilité psychologique des parents, ce qui montre que le simple fait d'élever un enfant atteint de TDAH constitue une source de stress importante.

La seconde hypothèse « **Les comportements des enfants atteints de TDA/H, ainsi que les préoccupations parentales liées à leur avenir, favorisent le stress chez les parents** » est soutenue par Leitch et al. (2019). Leur étude révèle que les comportements perturbateurs, l'hypervigilance quotidienne et les tensions familiales génèrent une forte souffrance parentale, amplifiée par les inquiétudes concernant l'avenir de l'enfant.

Au vu de ces éléments, et en se basant principalement sur les cas de Madame "N", Madame "Y" et Monsieur "K", les deux hypothèses de cette recherche se trouvent confirmées : la présence d'un enfant atteint de TDA/H dans le foyer parental constitue un facteur de stress, et ce stress

est amplifié par les comportements spécifiques de l'enfant ainsi que par les préoccupations parentales liées à son avenir.

Synthèse :

A travers tout ce que nous avons abordé dans l'analyse de nos cas et notre appui sur des études antérieures solides, on peut constater que les parents ayant des enfants souffrant de diverses pathologies psychiques telle que le TDA/H montrent une souffrance psychologique, mais d'un autre côté il existe des parents qui s'adaptent et trouvent des solutions pour dépasser cette situation. Cette capacité d'adaptation peut être liée à plusieurs facteurs, notamment le soutien familial ou conjugal, l'accès à une prise en charge spécialisée, la participation à des groupes de soutien, une meilleure compréhension du trouble, ainsi que l'adoption de stratégies d'adaptation telles que la gestion du temps, les techniques de relaxation ou encore le développement de compétences parentales adaptées. Ces ressources permettent à certains parents de mieux faire face au stress et d'accompagner leur enfant avec plus de sérénité.

CONCLUSION

Conclusion :

Notre présente investigation s'est portée sur le stress chez les parents d'enfants atteints de TDA/H au sein de l'Établissement Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie d'Oued Ghir – Bejaïa, notamment le service de Pédopsychiatrie.

Cette étude a permis d'explorer une problématique sur la manière dont le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité TDA/H, par ses manifestations et ses impacts, devient une source de stress pour les parents.

Pour ce faire, nous avons mobilisé deux outils, l'entretien clinique semi-directif et l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson, menés auprès de cinq (05) parents, afin d'appréhender la complexité du vécu parental face au TDA/H. Ces instruments ont permis de mettre en lumière à la fois les dimensions émotionnelles et les manifestations concrètes du stress dans la vie quotidienne. Les résultats issus de l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson ont révélé des niveaux de stress variés chez les participants, allant de faibles à élevés, illustrant la diversité des expériences parentales face au trouble.

Cette étude montre que le TDA/H constitue un facteur important de stress pour les parents. Les manifestations relevées au cours de l'analyse mettent en lumière des signes clairs de souffrance psychologique, tels que des sentiments de peur, une fatigue intense, des troubles du sommeil, des préoccupations constantes, ainsi qu'un niveau élevé d'inquiétude quant à l'avenir de leurs enfants. Ces éléments traduisent un impact significatif du trouble sur le bien-être psychologique et la vie quotidienne des parents.

Notre travail a permis de démontrer que les parents d'enfants atteints de TDA/H sont confrontés à un niveau de stress élevé, avec des répercussions notables sur leur équilibre personnel, familial et émotionnel. Mais malgré cette charge, certains parents parviennent à développer des stratégies d'adaptation et de résilience pour faire face aux exigences liées au trouble. Le soutien familial, éducatif et thérapeutique, ainsi qu'une prise en charge adaptée de l'enfant, peuvent contribuer à réduire le stress parental.

Cette recherche a non seulement permis de mieux cerner les enjeux psychologiques entourant la parentalité en contexte de TDA/H, mais elle ouvre également la voie à de nombreuses pistes pour les futurs mémoires en psychologie clinique. Parmi celles-ci, nous proposons :

- L'impact de la surexposition aux écrans sur l'aggravation des symptômes du TDA/H chez l'enfant.

- Le rôle des dispositifs de soutien dans la gestion du stress parental lié au TDA/H chez l'enfant

Enfin, nous espérons, à travers ce modeste travail, avoir contribué à une meilleure compréhension du stress vécu par les parents d'enfants atteints de TDA/H, en levant le voile sur certains aspects encore méconnus ou peu étudiés.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

1. American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (J.-D. Guelfi & M.-A. Crocq, Trad., 5e éd.). Elsevier Masson.
2. Bange, F. (2014). *L'enfant inattentif et hyperactif : Le comprendre et l'aider* (2e éd.). Dunod.
3. Bange, F. (2023). *Aide-mémoire TDA/H : Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité en 57 notions*. Dunod.
4. Barkley, R. A. (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment*. Guilford Press.
5. Beaulieu, J., & Bélanger, C. (2014). *Stress et anxiété : Votre guide de survie*. La Semaine.
6. Belanger, C., et al. (2008). *Le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité*. Éditions du CHU Sainte-Justine.
7. Benony, H., & Chahraoui, K. (1999). *L'entretien clinique*. Dunod.
8. Borst, G., & Cachia, A. (2022). *Les méthodes en psychologie*. Presses Universitaires de France.
9. Bounhoure, J.-P., et al. (2010). *Stress, dépression et pathologie cardiovasculaire*. Elsevier Masson.
10. Bréjard, V., & Bonnet, A. (2007). *L'hyperactivité chez l'enfant*. Armand Colin.
11. Crocq, L. (2012). *16 leçons sur le trauma*. Odile Jacob.
12. Douville, O. (2014). *Les méthodes cliniques en psychologie*. Dunod.
13. Dulude, D. (2014). *Le TDAH : Une force à rééquilibrer*. CERAM.
14. Dumont, M., & Plancherel, B. (2001). *Stress et adaptation chez l'enfant* (Vol. 8). Presses de l'Université du Québec.
15. Faré, M., et al. (2018). *TDAH chez l'enfant : Guide pratique et boîte à outils pour les parents*. Independently Published.
16. Franc, N. (2020). *L'hyperactivité chez l'enfant* (2e éd.). Éditions Ellipses.
17. Grebot, E. (2008). *Stress et burnout au travail : Identifier, prévenir, guérir*. Eyrolles.
18. Hébert, A. (2020). *Stress et anxiété*. Mortagne.
19. Légeron, P. (2015). *Le stress au travail : Un enjeu de santé*. Odile Jacob.
20. Mikolajczak, M. (2013). *Les interventions en psychologie de la santé*. Dunod.
21. Mikolajczak, M., & Roskam, I. (2017). *Le burn-out parental : L'éviter et s'en sortir*. Odile Jacob.

22. Pedinielli, J.-L. (2016). Introduction à la psychologie clinique (4e éd.). Armand Colin.
23. Revol, O., Brun, V., & Association Entretiens de rééducation et réadaptation fonctionnelle. (2012). Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité : De la théorie à la pratique (No. 26). Elsevier Masson.
24. Sferrazza, R. (2017). TDAH : Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. Fabert.
25. Strong, J., & MacHendrie, C. (2024). TDAH pour les Nuls (8e éd.). Pour les Nuls.
26. Vraie, B. (2018). Stress aigu en situation de crise : Comment maintenir ses capacités de décision et d'action. De Boeck Supérieur.
27. Wahl, G. (2019). Les enfants hyperactifs (TDAH) (3e éd.). Presses Universitaires de France.
28. Wahl, G. (2019). Les enfants hyperactifs. Presses Universitaires de France. (Collection : Que sais-je ?)
29. Wodon, I. (2009). Déficit de l'attention et de l'hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent : Comprendre et soigner le TDAH chez les jeunes. Mardaga.

Articles de revues

1. Al-Wardat, M., Etoom, M., Almhdawi, K. A., Hawamdeh, Z., & Khader, Y. (2024). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents and adults in the Middle East and North Africa region: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 14(1), e078849, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-078849>
2. Bélanger, C., Flynn, R. J., Normand, C. L., & Roberge, M.-C. (2016). Children with ADHD symptoms in out-of-home care: Relationships with foster caregivers' stress and parenting practices. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 2790–2802. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0437-7>.
3. Bélanger, S. A., Andrews, D., Gray, C., & Korczak, D. (2018). Le TDAH chez les enfants et les adolescents, partie 1: l'étiologie, le diagnostic et la comorbidité. *Paediatrics & Child Health*, 23(7), 454-461. <https://doi.org/10.1093/pch/pxy103>
4. Bordeleau, C., & Morency, L. (2002). Gestion du stress pour des personnes âgées. *Loisir et Société/Society and Leisure*, 25(2), 421–441. <https://doi.org/10.1080/07053436.2002.10707596>
5. Daksi, S., & Bouchloukh, M. (2021). Les troubles psychosomatiques et les techniques de relaxation (Sophrologie). 1932–1920, (3)8, *مجلة العلوم الانسانية لجامعة أم البواقي*.

6. Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183–207. <https://doi.org/10.1023/A:1017592030434>.
7. Langevin, V., Boini, S., François, M., & Riou, A. (2015). Perceived Stress Scale (PSS) : échelle de stress perçu. *Références en Santé au Travail*, 143, 101–104.
8. Leitch, S., Sciberras, E., Post, B., Gerner, B., Rinehart, N., Nicholson, J. M., & Evans, S. (2019). Experience of stress in parents of children with ADHD: A qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 14(1), Article 1690091. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1690091>
9. Madi, A., & Ourari, K. (2025). Influence des Dynamiques Familiales sur les Comportements Adaptatifs des Enfants TDAH. 136–120 , (3)2 , *مجلة أدب الطفل*.
10. Sarıkaya Erdil, S., Yeni Elbay, R., Karadere, E., & Görmez, A. (2023). Parental stress in the parents of the children diagnosed with ADHD. *Child & Family Behavior Therapy*, 46(1), 27-41. <https://doi.org/10.1080/07317107.2023.2240311>.
11. Smith, M. D., & Wesselbaum, D. (2025). Global evidence on the prevalence of and risk factors associated with stress. *Journal of Affective Disorders*, 374, 179-183. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.01.053>.
12. Van Steijn, D. J., Oerlemans, A. M., van Aken, M. A., Buitelaar, J. K., & Rommelse, N. N. (2014). The reciprocal relationship of ASD, ADHD, depressive symptoms and stress in parents of children with ASD and/or ADHD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(5), 1064-1076. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1958-9>.

Thèses

1. Agathe, M. D. (2021). TDAH chez l'enfant : système actuel mis en place pour le repérage et la prévention et rôle du pharmacien d'officine de la suspicion à la prise en charge (Doctoral dissertation, Université de Lille).
2. Ali Aichouba, & Fatima Zahra Akef Fatma. Évaluation de l'efficacité de l'atomoxétine versus Oméga 3 chez les enfants atteints du trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité au niveau du service de psychiatrie du CHU Tlemcen-Algérie. Mémoire de fin d'études pour le diplôme de Docteur en Pharmacie.

3. Anciaux, V. (2007). Étude des croyances des intervenants psychosociaux à l'égard du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (Doctoral dissertation, Université du Québec à Trois-Rivières).
4. André, KABORE, Ahmed, KABORE, Messan, F., Edoh, P. K., Alberic, TITO & Mohamed, M. Trouble de déficience d'attention avec ou sans hyperactivité chez l'enfant : revue systématique.
5. Bakhos, G. (2025). Le stress parental : validation d'une mesure francophone et exploration dyadique des liens avec le trauma cumulatif durant l'enfance et le soutien conjugal (Thèse de doctorat, université et département à préciser).
6. Barbin, M. C. (2023). L'expérience de stress parental de parents québécois d'un enfant ayant un diagnostic de TDAH (Mémoire de maîtrise).
7. Blouin, M. P. (2024). Les interventions auprès des filles présentant un TDAH (Doctoral dissertation, Université du Québec à Trois-Rivières).
8. Boes, P. (2014). Stress, activité et désorganisation somato-psychique : une approche psychosomatique.
9. Borde, S. (2022). Le stress des élèves face aux évaluations, la sophrologie : un moyen d'y remédier.
10. Calvez, J. (2010). Stress et prise alimentaire – Application à l'étude de l'effet anti-stress d'un extrait de levure chez le rat (Doctoral dissertation, AgroParisTech).
11. Célérier, A. (2002). Étude des effets du stress sur les processus de restitution mnésique chez la souris normale ou alcoolisée : approches comportementale, pharmacologique et neurobiologique (Doctoral dissertation, Bordeaux 1).
12. De Saint-Julien, D. F. P. (2010). Le stress des « survivants » à un plan social. *La Revue des Sciences de Gestion*, 241(1), 85–100.
13. Doutre, M. P. (2014). Relation entre le TDA/H de l'enfant et les caractéristiques personnelles du parent : le rôle modérateur de l'attachement adulte.
14. Duval, C. (2021). Stress parental et facteurs associés au bien-être des pères.
15. Fabre, T. (2022). Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité : impact sur la scolarité et pharmacologie.
16. François, P.-A. (2017). Le stress : conseil à l'officine (Thèse de doctorat, Sciences pharmaceutiques, Université à préciser) [Thèse accessible sur DUMAS, réf. 0199279].
17. Généreux, r. (2015). L'effet d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales sur le comportement d'enfants tdah expliqué par l'amélioration de certaines pratiques éducatives parentales (doctoral dissertation, université de sherbrooke).

18. Gérard, L. (2011). Guide d'autosoins pour la gestion du stress.
19. Haute Autorité de Santé. (2024). Trouble du neurodéveloppement / TDAH : diagnostic et interventions thérapeutiques auprès des enfants et adolescents.
20. Jakobs, L. (2017). Stress scolaire et évaluations chiffrées (Doctoral dissertation, ESPE de l'Académie de Paris ; Université de Franche-Comté).
21. Julie, H. (2021). La place du trouble du déficit de l'attention, hyperactivité (TDAH) de l'adulte en milieu carcéral : questionnements cliniques et enjeux thérapeutiques / enquête auprès des psychiatres des maisons d'arrêt françaises.
22. Laurenti, P. (2022). La prise en charge du stress à l'officine (Mémoire de sciences pharmaceutiques, Dumas-04052450). Sciences Pharmaceutiques.
23. Lemelin, M. (2021). Utilisation des médicaments pour le traitement du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) durant la grossesse et le risque de TDAH et de malformations congénitales chez l'enfant.
24. Makoudi, G. (2021). Études comparatives de l'impact du stress sur l'estime de soi chez les étudiants en baccalauréats, système privé versus système public.
25. Mallen, M. C. (1982). Guide méthodologique pour la pratique de l'enquête d'opinion. *Pratiques*, 36(1), 81–106.
26. Meyer, E. (2018). Étude des liens entre les difficultés d'attention et le stress chez les jeunes, de la maternelle à l'université : rôles des comportements parentaux et des problèmes de sommeil (Doctoral dissertation, Université de Bordeaux).
27. Parrocchetti, J. P. (2012). Stress, coping et traits de personnalité (névrosisme et lieu de contrôle) chez des sauveteurs et des conseillers du Pôle Emploi (Doctoral dissertation, Aix-Marseille).
28. Rolland, J. P. (1999). Modèles psychologiques du stress : analyse et suggestions. *Pratiques psychologiques*, 4, 99-122.
29. Salès-Wuillemin, E. (2006). Méthodologie de l'enquête. *Cours de psychologie sociale*, 1, 45–77.
30. Simard, L. (2018). Impact d'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) sur les capacités motrices des adolescents (Thèse de doctorat, Université du Québec à Chicoutimi).
31. Simon-Pezeshknia, E. (2011). Le Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH) : agitation des psychiatres autour d'un diagnostic. Comment comprendre les résistances et les réticences (Doctoral dissertation, Université Henri Poincaré, Nancy 1).

32. Sougal, s. (2023). Étude exploratoire de l'expérience des parents d'enfants de l'école élémentaire franco-ontarienne : trouble déficitaire d'attention avec et sans hyperactivité (tdah) et psychostimulants (doctoral dissertation, université d'ottawa/university of ottawa).
33. Thériault, R. L. (2022). Interaction entre le stress parental maternel et paternel en lien avec les problèmes de comportement intériorisés et extériorisés de l'enfant (Doctoral dissertation, Université de Montréal).

Sites Internet

1. Organisation mondiale de la Santé. (2023, février 21). Stress. <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/stress>.
2. Smith, M. D., & Wesselbaum, D. (2025, avril 1). Global evidence on the prevalence of and risk factors associated with stress. ScienceDirect. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032725000667>.

Annexes

Annexe N° 01 :

Guide d'entretien

Axe 1 : Données personnelles sur le parent :

Parent : (père ou mère)

Prénom :

Age du parent :

Situation familiale :

Niveau d'instruction :

Niveau d'instruction du conjoint :

Profession :

Profession du conjoint :

Nombre d'enfants :

Axe 2 : Situation socioéconomique du parent :

Type de logements (appartement, construction libre...) :

Famille vivant seule ou avec la grande famille :

Situation économique (aisée, moyenne, difficile, précaire) :

Axe 3 : Informations sur l'enfant :

Age :

A quel âge votre enfant a-t-il été diagnostiqué avec le TDAH ?

Par qui ?

Comment avez-vous réagi ?

Comment décrivez-vous votre enfant actuellement ?

Est-ce qu'il a des difficultés scolaire et/ou relationnelles ?

Axe 4 : Données sur l'impact du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) de l'enfant sur le stress du parent :

Comment décrivez-vous votre vie de famille actuellement ?

Comment décrivez-vous votre relation avec votre enfant atteint de TDAH ?

Est-ce que vous ressentez une souffrance psychologique face à l'état de votre enfant ?

Est-ce que vous éprouvez des problèmes de santé ou des symptômes physiques (insomnies, migraines,) en relation avec les difficultés de votre enfant ?

Est-ce que vous vivez des conflits avec votre conjoint à cause des difficultés de votre enfant ?

Est-ce que vous vivez des conflits familiaux, avec les enseignants de votre enfant, ou avec vos voisins à cause des difficultés de votre enfant ?

Est-ce que vous avez perçu un soutien moral de votre conjoint face à ces difficultés ?

Un soutien de votre famille ?

Un soutien d'un enseignant ?

Un soutien d'un professionnel ou d'une association ?

Est-ce que vous-vous sentez seule, débordé et désorienté face aux difficultés de votre enfant ?

Comment voyez-vous le futur de votre enfant ?

Annexe N° 02 : Echelle de Stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson

Perceived Stress Scale, PSS (L'échelle de stress perçu)

Ce questionnaire porte sur votre vécu (réactions, émotions, pensées) durant le mois passé.

Bien que certaines questions semblent similaires, elles sont en fait sensiblement différentes et vous permettent de nuancer et de préciser votre réponse. Il vous est demandé d'envisager chaque question séparément sans considérer les autres.

Répondez à chaque question spontanément et assez rapidement. Pour répondre, n'essayez pas de compter mais indiquez plutôt la réponse qui vous semble l'estimation la plus raisonnable.

Indiquez votre réponse par une croix [X]

Il s'agit de ce que vous ressentez et pensez, il n'y a réellement ni "bonne" ni "mauvaise" réponse.

	Jamais	Presque jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent
1. Durant le mois passé, combien de fois, avez-vous été contrarié(e) par quelque chose d'inattendu ou imprévu ?					
2. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment de ne pas pouvoir contrôler les aspects importants de votre vie ?					
3. Durant le mois passé, combien de fois vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) et 'stressé(e)' ?					
4. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous réussi à régler de manière satisfaisante les problèmes et les ennuis de la vie de tous les jours ?					
5. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment de surmonter efficacement des changements importants qui survenaient dans votre vie ?					
6. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu confiance en votre capacité à gérer vos problèmes personnels ?					
7. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment les choses allaient comme vous le vouliez ?					
8. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous pensé que vous ne pourriez pas venir à bout de tout ce que vous aviez à faire ?					

9. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous été capable de contrôler les irritations que vous éprouvez dans votre vie ?					
10. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment de vraiment "dominer la situation" ?					
11. Durant le mois passé, combien de fois vous êtes-vous mis(e) en colère à cause de choses qui arrivaient et sur lesquelles vous n'aviez pas de contrôle ?					
12. Durant le mois passé, combien de fois vous êtes-vous retrouvé(e) en train de penser aux choses que vous aviez à faire ?					
13. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous pu contrôler la manière dont vous passez votre temps ?					
14. Durant le mois passé, combien de fois avez-vous eu le sentiment que les difficultés s'accumulaient tellement que vous ne pourriez pas les surmonter ?					

(*) Cohen S., Kamarck T., Mermelstein, R. (1983).

Adaptation française : J.P. ROLLAND (1991).

Département de Sciences Psychologiques, Université de Paris X. 200 Avenue de la République, 92001 Nanterre Cedex.

(Communication personnelle de l'auteur, 10/10/1991).

(Reproduction et usage interdits sans autorisation).

Résumé :

La présente étude porte sur "le stress chez les parents d'enfants atteints de TDA/H". Elle vise à évaluer le niveau de stress des parents, à explorer leur vécu psychologique et à comprendre l'impact des comportements liés au trouble sur leur bien-être. Pour cela, nous avons adopté une méthode clinique basée sur l'étude de cas, en mobilisant deux outils : l'entretien clinique semi-directif, ainsi que l'échelle de stress perçu PSS-14 de Cohen et Williamson. Les résultats ont révélé des niveaux de stress variés, allant de faibles à élevés. Ce stress est provoqué à la fois par les comportements difficiles des enfants et par les préoccupations parentales concernant leur avenir. Ces facteurs entraînent chez les parents des troubles du sommeil, des sentiments de peur et une inquiétude constante.

Mots clés : Stress, TDA/H.

Summary :

The present study focuses on "stress among parents of children with ADHD." It aims to assess the stress levels of these parents, explore their psychological experiences, and understand the impact of the children's behavior on their well-being. To achieve this, we adopted a clinical case study approach using two tools: a semi-structured clinical interview and the Perceived Stress Scale PSS-14 by Cohen and Williamson. The results revealed varying levels of stress, ranging from low to high. This stress is caused both by the children's challenging behaviors and by parental concerns about their future. These factors lead to sleep disturbances, feelings of fear, and constant worry among parents.

Key words : ADHD, Stress.

المخلص:

تتناول هذه الدراسة موضوع "الضغط النفسي لدى أولياء أمور الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه مع أو بدون فرط النشاط". وتهدف إلى تقييم مستوى الضغط النفسي لديهم واستكشاف معاناتهم النفسية، وفهم تأثير سلوكيات أطفالهم المرتبطة بالاضطراب على رفاههم العام. لتحقيق ذلك، اعتمدنا على المنهج الإكلينيكي القائم على دراسة الحالة، من خلال استخدام أداتين هما: المقابلة الإكلينيكية نصف الموجهة، ومقياس الضغط النفسي المدرك PSS-14 لـ "كوهن وويليامسون". وقد أظهرت النتائج مستويات متفاوتة من الضغط، تتراوح بين الضعيفة والمرتفعة. وينتج هذا الضغط عن السلوكيات الصعبة للأطفال، بالإضافة إلى قلق الوالدين المستمر بشأن مستقبل أبنائهم، مما يؤدي إلى اضطرابات في النوم، ومشاعر الخوف والقلق المستمر.

الكلمات المفتاحية: اضطراب، الانتباه، فرط الحركة، الضغط النفسي.