



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

Mémoire de fin de cycle

En vue du l'obtention de diplôme de Master en psychologie

Option : psychologie clinique

Thème

**Le comportement adaptatif chez les enfants ayant le
trouble de déficit de l'attention avec ou sans
hyperactivité (TDAH)**

Etude de quatre (04) cas au niveau de L'EHS de psychiatrie
d'Oued Ghir

Réalisé par :

IDIR Melissa

KAABACHE Amel

Encadré par :

Dr. ABDI Samira

Année universitaire : 2024 / 2025

Remerciements

En premier lieu, nous remercions le BON DIEU pour nous avoir donné la force et le courage nécessaires pour bien mener ce travail.

*Nous souhaitons également exprimer notre profonde reconnaissance envers notre promotrice, Madame « **ABDI Samira** » pour l'honneur de son encadrement, son aide, sa disponibilité et soutien inconditionnel et son savoir-faire, nous tenons à exprimer notre gratitude et notre profond respect pour elle.*

*On tient ainsi à remercier nos professeurs, pour leur soutien inestimable tout au long de notre parcours académique et en particulier Mr « **AZIBI Mabrouk** » pour son aide et ses conseils avisés qui ont été d'une grande valeur pour nous.*

Nous tenons également à remercier chaleureusement toute l'équipe de l'hôpital psychiatrique d'Oued Ghir, et un merci spécial va également aux patientes qui ont participé à notre recherche, leur contribution généreuse et leur volonté de partager leurs expériences ont été d'une importance capitale pour notre étude.

Enfin, nous exprimons notre gratitude envers nos familles pour leur soutien et leurs encouragements constants tout au long de notre cursus, leur présence et leur amour ont été notre source d'inspiration, nous tenons à souligner que notre travail reste modeste, mais il a été rendu possible grâce à la bienveillance et à l'engagement de toutes ces personnes qui ont cru en nous et ont contribué à notre réussite.

Merci à tous

Dédicaces

Louange à Dieu seul

À mes très chers parents Mustapha et Louisa Saada, je suis immensément reconnaissante pour votre amour infini, votre patience sans faille et votre dévouement sans limites. Vous m'avez donné les ailes pour rêver et la confiance nécessaire pour atteindre mes objectifs, votre soutien indéfectible a été ma source de motivation et de force tout au long de ce parcours. C'est grâce à vous que je suis devenue la personne que je suis aujourd'hui.

À mon très cher frère Massinissa pour son soutien et ces encouragements.

À mes grands-mères qui m'ont accompagné avec leurs prières et Douaa.

À mes chères tantes et oncles qui ont été toujours là pour moi.

À mes cher cousins et cousines en particulier Djidja, Meriem, Sabine, Nesrine et ma petite princesse Roumaïssa pour leurs amours.

À mes chères copines Zahra, Baho, Melissa, Flora qui m'ont soutenue.

À toi Amel chère amie avant d'être binôme.

À tous mes proches de près et de loin.

Melissa

Dédicaces

Louange à Dieu seul

*Je dédie ce modeste travail à mes parents, qui sont la source
d'encouragement, leur soutien et confiance qui ont fait de moi ce que je
suis aujourd'hui.*

A mon petit frère Ghilas que dieu le guide dans le droit chemin.

A ma chère sœur Kenza, ainsi que son fils Lounis.

A mes grandes mères pour leurs conseils et Douaa.

A mes cousines Tilleli et Celina.

A mon bras droit Mounir pour sa présence et soutien.

A toi Melissa ma sœur avant d'être binôme.

Amel

Sommaire

Sommaire

Remerciements	
Dédicaces	
Sommaire	
La liste des abréviations	
La listes des tableaux	
Introduction :	1

Partie théorique

Chapitre I : Cadre générale de la problématique et hypothèse.....	
1-Problématique	5
2-Hypothèses :	8
3-Opérationnalisation des concepts :	8
4-Les raisons de choix de thème :	9
5-Objectif de la recherche :	9
Chapitre II : Trouble déficitaire de l'attention avec/ sans hyperactivité	
Préambule	11
1-Aperçu historique :	11
2-Définition :	12
3-Les formes clinique de TDAH :	13
4-Les symptômes de TDAH :	14
5-Lépidémiologie du TDAH :	15
6-Les caractéristiques de TDAH :	15
7-Les facteurs de TDAH :	15
8-Le retentissement de TDAH sur l'enfant :	17

9-Trouble associés :.....	18
10-Diagnostic différentiel :	20
11-Critère diagnostique :.....	23
12-Prise en charge :.....	25
Synthèse :.....	28
Chapitre III : Comportement adaptatif.....	
Préambule	31
1-Aperçu historique :.....	31
2-Définition du comportement adaptatif :.....	32
3-Symptomatologie de trouble de l'adaptation chez l'enfant :	33
4-Symptomes et signes du trouble de l'adaptation :	33
5-Diagnostic du trouble de l'adaptation :.....	34
6-traitement du trouble de l'adaptation :.....	34
7-Les critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble de l'adaptation :	35
8-les caractéristiques développementales du comportement adaptatif :	36
Synthèse :.....	36

Partie pratique

Chapitre V : Méthodologie de recherche	
Préambule	39
1-Les limites de la recherche :.....	39
2-La méthode utilisée dans la recherche :	39
3-Le présentation de lieu de recherche :.....	40
4-Le groupe de la recherche :.....	43
5-Les outils d'investigations :	44

6- Déroulement de la recherche :	46
7-Difficulté de la recherche :.....	48
Synthèse :.....	49
Chapitre VI : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses.....	
Préambule	51
1-Présentation et analyse des résultats :	51
1.1-présentation du premier cas B :.....	51
1.2-Présentation du deuxième cas Kh :	52
1.3-Présentation du troisième cas I :	53
1.4-Présentaion du quatrième cas Ya :	54
2- Discussion des hypothèses :.....	56
Conclusion :.....	60
La liste bibliographique :	62
<i>Annexe</i>	
Résumé :	

La liste des abréviations

Abréviation	Signification
TDAH	Trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
TDA	Trouble déficitaire de l'attention
DSM	Diagnostic and statistical manual of mental disorder (Manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux)
CIM	Classification internationale des maladies
APA	American psychological association
OMS	Organisation mondiale de la santé
ISRS	Inhibiteurs sélectif de la recapture de la sérotonine
AAIDD	American association on intellectual and developmental disabilities
EHS	Etablissement hospitalier spécialisé en psychiatrie

La listes des tableaux

Tableau 01 : la répartition du service pédopsychiatrique de l'EHS d'Oued Ghir.....	41
Tableau 2 : La répartition du nombre et des professionnels de la santé exerçant au service pédopsychiatrique de l'EHS d'Oued-Ghir.	42
Tableau 3 : répartition de la population selon le sexe :	43
Tableau 4 : L'organisation de la population d'étude.....	44
Tableau 5 : Caractéristique de la population	44

Introduction

Introduction :

L'enfance est une période cruciale où se construit le développement psycho-affectif et sociale d'un individu, en commençant au sein de sa famille, ou les interactions avec les parents et les proches permettent à l'enfant de commencer à comprendre le monde et l'environnement qui l'entoure. Et puis à travers l'école l'enfant rencontre une nouvelle phase importante de sa vie qui est la socialisation et l'apprentissage où il contribue à son éducation et il pourra présenter divers comportements à travers ses pairs.

L'enfant peut également avoir des difficultés de concentration, l'agitation et d'autres comportements qui peuvent se manifester tels qu'agir rapidement sans réfléchir aux réactions de ceux qui l'entourent, il peut aussi avoir mal à rester assis pendant une longue durée à la classe, ainsi les difficultés à maintenir son attention sur une tâche donnée à compléter, l'enfant éprouve des difficultés dans sa vie quotidienne tel que la gestion de son comportement que son entourage observe et qui sont des symptômes de TDAH.

De nos jours il est courant de rencontrer des enfants présentant un TDAH qui est l'un des troubles les plus fréquents chez l'enfant et l'adolescent et correspond à l'une des principales causes pour une consultation pédopsychiatrique (**Drechsler et al 2020**).

Le TDAH est considéré comme un trouble neuro-développemental caractérisé dans le DSM5 par de l'inattention, de l'hyperactivité et l'impulsivité ou encore de la désorganisation (**APA 2013**) ce trouble est un sujet à de la multiple recherche depuis plusieurs années afin de permettre une meilleure compréhension de son fonctionnement et d'améliorer des meilleures manières et des comportements pour s'adapter avec puisqu'est l'impact concerné ainsi que leurs familles (**Sayal et al, 2017**).

Les enfants ayant un TDAH peuvent développer des comportements qui semblent difficiles à comprendre par des personnes non familières avec le trouble des derniers c'est des comportements adaptatifs qui permettent à un enfant de faire face aux différents défis de la vie quotidienne.

Le comportement adaptatif qui se définit comme des comportements qui aident l'individu à faire face aux défis et de s'adapter à son environnement ces comportements incluent des compétences pour résoudre les problèmes, avoir les compétences à s'organiser et à savoir se contrôler dans diverses situations et domaines.

Notre travail est divisé en deux volets théorique et pratique, nous avons commencé à présenter notre travail avec une introduction puis on a entamé le cadre général de la problématique qui comprend la problématique, l'hypothèse générale, l'opérationnalisation des concepts clés, le choix de thème ainsi que les objectifs de la recherche.

En deuxième lieu dans la partie théorique on a eu le premier chapitre intitulé de TDAH trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité centré sur l'histoire, la définition, les formes clinique, et les symptômes de TDAH, ainsi que l'épidémiologie, les différentes caractéristiques, les facteurs, ses troubles associés, le retentissement sur l'enfant, son diagnostic différentiel, ses critères diagnostic et sa prise en charge.

Le deuxième chapitre intitulé de comportement adaptatif qui commence par un aperçu historique, sa définition, les symptomatologies de trouble de l'adaptation, les critères diagnostic de trouble de l'adaptation, les caractéristiques développementales de comportement adaptatif, les difficultés de l'adaptation chez les enfants TDAH, il se termine par mesure de comportement.

Le développement de l'enfant et le titre de notre troisième chapitre qui s'y centré sur la définition de l'enfant, son développement, sa scolarité et les caractéristiques de trouble de TDAH à l'école.

Ensuite on enchaîne la partie pratique qui se compose de deux chapitre dans l'un est la méthodologie de la recherche dans lequel on a présenté la pré-enquête, le lieu où nous avons effectué notre stage, la méthode de la recherche, les outils utilisés, la description de la population d'étude, ainsi que le déroulement de la recherche.

Le cinquième et le dernier chapitre nous l'avons consacré à la présentation des analyses et discussion des hypothèses en essayant d'apporter une réponse à notre problématique pour confirmer ou affirmer nos hypothèses suivies à la fin d'une conclusion, liste bibliographie et des annexes.

La partie théorique

Chapitre I :

Cadre générale de la

problématique et hypothèse

1-Problématique

L'enfance joue un rôle crucial dans la vie d'un être, elle est considérée comme l'une des étapes les plus marquantes dans la vie, où l'enfant se développe sur plusieurs plans comme le développement psychoaffectif, social et intellectuelle, c'est là que l'enfant commence à établir une relation avec son premier objet d'attachement qui est la mère.

Ensuite, il élargi ses interactions à la petite société (la famille) qui joue un rôle essentiel dans son développement initial et puis il s'engage avec la société, ou il continue à développer ses compétences sociale et intellectuelle. **(Dolto. F, 1984, p 45).**

Pour avoir un bon équilibre et un fonctionnement régulier qui nous permet de faire face au divers situation pour pouvoir surmonter les difficultés rencontrer surtout sur le plan de la santé mentale.

A propos les statistique et la prévalence sur les enfants toucher par le TDAH, les Etats Unis estime 11,8 des enfants qui sont atteint de TDAH, selon le centre de contrôle et la prévention des maladies des Etats Unis. Soit 6,1 millions d'enfants avec le TDAH : 388 000 enfants entre 2 et 5 ans, 2,4 millions d'enfants entre 6 et 11 ans, 3,3 millions entre 12 et 17 ans.**([Https://laminicoachtdah.fr/tdah-sensibilisation /tdah-statistiques](https://laminicoachtdah.fr/tdah-sensibilisation/tdah-statistiques)).**

Des études Britannique indique sa prévalence est estimée à seulement 1 sur 1000 parmi les enfants en générale. Selon l'étude suédoise, l'échantillon été de 5813 enfant âge de 8 à 9 ans qui égale à un taux de 7,1% d'enfant souffrant d'un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité selon cette communauté.

De plus, selon l'étude française menée par Johnson et al, 2000, indique que le pourcentage d'enfant ayant un TDAH se situe entre 5 et 70%0.

Quant au monde Arabe il n'existe pas de statistique précise, Faisal et Ghaleb (2002, p, 52), sauf dans certaine étude qui indiquent entre 15 et 20% de la population infantile souffrant de ce trouble.

En Egypte une étude supervisée par Mahmoud Hamouda en 1998 à montrer que sa prévalence parmi les enfants scolarisée est de 62% selon les estimations des enseignants et elle est de 3,4 en utilisant les outils cliniques.

Selon l'étude menée en Tunisie a été d'une prévalence de 9,94% des enfants scolarisés dont 5,26 type mixte, 2,7% d'inattention et 1,94% hyperactivité et impulsivité. (**psycInfo Database Record 2022 APA**).

De ce fait cette dernière est une priorité des troubles neuro-développementaux, où l'OMS estimé environ 5% de la population mondiale, concernant l'Algérie et selon santé Maghreb a déclaré qu'environ 80000 enfants touchés par ces troubles.

Par ailleurs, parmi les troubles les plus fréquent chez les enfants on distingue le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) introduit par H. Hoffman en Allemagne en 1845, ensuite par Bourneville en France en 1897 qui l'ont considéré comme un cas d'instabilité motrice.

Selon APA le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité est un trouble neuro-développemental caractérisé par des symptômes persistants d'inattention et / ou d'hyperactivité et impulsivité qui interfèrent avec le fonctionnement social, scolaire ou professionnel, comme elle souligne que le TDAH est un trouble complexe qui nécessite une évaluation, un traitement individualisé.

Aussi a été mentionné dans le DSM III en 1980, en 4ème en 1994 et en 2013 dans la 5ème édition, qui le définit comme étant un trouble neuro-développemental qui se caractérise par des symptômes d'inattention, accompagnés ou non des symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité.

Les premiers qui constatent ce trouble sont bien les parents de l'enfant puis les enseignants à l'école.

En premier lieu, l'inattention est un symptôme clé du TDAH les enfants souffrant de ce signe montrent des difficultés à maintenir leurs concentrations sur une activité ou une tâche, à suivre les consignes, ainsi que de terminer leurs devoirs. Ils semblent également à ne pas écouter, distraits et excités par des stimuli externes ou par leurs propres idées. L'inattention peut se manifester ainsi par des oublis, une incapacité à organiser leurs tâches et au milieu scolaire résulte souvent par des résultats académiques inférieurs.

En deuxième lieu, l'impulsivité se manifeste par des manières et des actions non réfléchies et sans considération des conséquences, ils interrompent les autres, qui ont souvent du mal à attendre leur tour, et à l'école présentent souvent des comportements perturbateurs causés par la désobéissance aux règles de la classe, et l'action d'agir sans réfléchir peut soulever les défis d'un bon apprentissage.

En troisième lieu, l'hyperactivité est caractérisée par une agitation continuelle, difficulté à rester assis. En classe cette hyperactivité interfère la capacité d'accomplir les tâches et les devoirs à l'école.

En outre, les symptômes de ce trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité diffèrent d'un enfant à un autre, mais ce qui est commun c'est le manque de concentration, l'impulsivité et une hyperactivité. Les enfants ayant un TDAH se considèrent comme des enfants non disciplinés soit à la maison ou à l'école, ce qui nécessite une intervention pédopsychiatrique dans le but de développer des comportements adéquats pour s'adapter aux diverses situations de la vie quotidienne car ça affecte sur les capacités sensorimotrices, communicatives et sur la socialisation.

Le comportement adaptatif donc n'est donc pas affecté seulement par la capacité de réaliser un comportement donné mais aussi par les attentes du milieu, l'opportunité d'émettre un tel comportement, par la motivation de la personne, son humeur...etc. on obtient pas une mesure pure de l'habileté adaptative, cette richesse de comportement adaptatif fait sa force en réadaptation, mais le rend plus difficile à interpréter. **(Organisation mondiale de la santé).**

Selon Haber (1959) le comportement adaptatif réfère au degré d'efficacité avec lequel la personne répond aux demandes de son environnement naturel et social et en 1983 Grossman proposa une autre définition formelle dans le manuel de l'AMMR, le comportement adaptatif a trait à la qualité de la performance quotidienne par lequel on s'adapte aux exigences environnementales, le comportement adaptatif réfère à ce que les gens font pour prendre soin d'eux même et interagir avec les autres dans la vie de tous les jours. **(Grossman, 1983, p 11).**

D'autre part, selon l'American association on intellectual and developmental disabilities (AAIDD, Chalock et al, 2010) définit le comportement adaptatif comme étant « l'ensemble des habiletés conceptuelles, sociales et pratiques apprises par la personne qui lui permet de fonctionner au quotidien ».

De plus, parlant de l'adaptation c'est un ensemble d'action qui permet aux enfants de s'ajuster et de faire face aux nouvelles situations dans leurs vies, en modifiant leurs comportements inadéquats qui sont des actions qui ne conviennent pas et qui sont pas acceptables et essayer de développer des nouveaux comportements appropriés pour qu'ils puissent s'évaluer dans les sphères touchées et dans leurs autonomies.

Il existe plusieurs formes de comportement inadéquat chez les enfants ayant un TDAH parmi lequel on peut citer que l'enfant interrompe les autres quand ils parlent, ils répondent aussi d'une manière hâtive et rapide sans réfléchir.

De plus, ils tortillent et bougent beaucoup, ils ont tendance à ne pas rester calme et stable lors des activités ou des loisirs comme ils présentent également des oublis et se distraient facilement par leurs pensées ou par des stimuli externes.

Donc développer un comportement adaptatif est fondamental pour surmonter toutes les difficultés et défis.

Afin de développer un comportement adaptatif chez les enfants ayant un TDAH ainsi de vérifier nos hypothèses de recherche, nous avons choisi un guide d'entretien semi directif. Par suite de toute cette articulation menée sur notre thème intitulé « le comportement adaptatif ayant un trouble déficitaire avec ou sans hyperactivité », donc notre question et nos hypothèses sont formées comme suit :

Questions :

Est-ce que les enfants ayant le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité présentent-ils des difficultés de développer un comportement adaptatif adéquat ?

Est-ce que la prise en charge au sein du L'EHS de psychiatrie d'Oued Ghir joue un rôle dans l'acquisition des comportements adaptatifs chez les enfants ayant le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité ?

2-Hypothèses :

-Les enfants avec le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité ont des difficultés à adapter un comportement adaptatif en fonction des situations sociales.

-la prise en charge au sein du L'EHS de psychiatrie d'Oued Ghir améliore l'autonomie de l'enfant atteint du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.

3-Opérationnalisation des concepts :

3.1-Comportement adaptatif : un comportement adaptatif concerne « la capacité de l'individu à vivre de façon autonome en assurant la satisfaction de ses besoins et en exerçant la responsabilité sociale qu'on attend de lui sur la base de son âge chronologique. Il met en jeu les comportements suivants : capacité sensorimotrice, capacité communicative, socialisation,

jugement et raisonnement sur base concrète, activité de groupe et relation interpersonnelle ». (J. A Rondal, 1985. P 8).

3.1.1-Définition opérationnelle du comportement adaptatif : suite au résultat obtenue lors de l'entretien semi directif qui nous ont aidé à mieux comprendre que le comportement adaptatif représente le degré de développement des enfants ayant le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité face aux demande de la vie quotidienne et qui se caractérise par des difficultés et l'incapacités au niveau des comportements adaptatifs, et qui regroupe différents domaines comme l'autonomie, les habilités domestique et la socialisation.

3.2-Enfant : un jeune être humain en cours de développement garçon ou fille moins de 18ans.

3.3-Le TDAH : Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, c'est un trouble neuro-développemental caractérisé par un développement inapproprié de l'inattention, de l'hyperactivité et de l'impulsivité, qui impacte le fonctionnement ou le développement

4-Les raisons de choix de thème :

Le choix de notre thème n'est pas un hasard, mais nous avons constaté que le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité prend de l'ampleur dans notre société et touche plusieurs enfants :

- compréhension des défis spécifiques.
- Améliorer la qualité de vie.
- Développer des comportements adéquats et adaptatif.
- Connaitre l'impact de TDAH sur le comportement adaptatif.

C'est à partir de là que nous avons opté à travailler et à chercher sur ce sujet, mais aussi pour découvrir de prêt l'origine de ce trouble et comment ses enfants ce comporte au sein de leur environnement.

5-Objectif de la recherche :

L'objectif fondamental de notre recherche est de savoir si les enfants atteint de trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité peuvent développer un comportement adaptatif.

Chapitre II :

***Trouble déficitaire de l'attention
avec/ sans hyperactivité***

Préambule

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble neurologique complexe connu chez les enfants d'âge scolaire, mais qui dure jusqu'à l'âge adulte. Le TDAH affecte la capacité d'un individu à contrôler son attention, son comportement et son niveau d'activité.

Il se caractérise par des symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité. Le TDAH a un impact sur la vie quotidienne, les interactions sociales ainsi que les performances scolaires et malgré sa prévalence élevée, le TDAH reste toujours mi connu.

Dans ce chapitre nous allons essayer de donner plus de détaille sur cette pathologie.

1-Aperçu historique :

Le syndrome du TDAH n'est pas nouveauté comme le prétendent certains contradicteurs, la première description pertinente des problèmes attentionnels a été faite en 1798 par Sir Alexander Crichton.

Dans la tradition francophone, la première description clinique remonte à 1896 par Bourneville avec le concept d'instabilité qui a été décrit de manière plus détaillée en 1905 par Philippe et Paul-Bonccour. **(DSM 4 2003).**

Les travaux de Dupré 1912, de Heuyer 1914 et Wallon 1925 ont développé le concept d'instabilité psychomotrice, qui continue à être une notion de référence dans la pédopsychiatrie, en insistant sur les relations entre le comportement moteur et le fonctionnement mental conjuguée de recherches clinique, pharmacologique et neurobiologiques.

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5^{ème} édition DSM5, classe le trouble de déficit de l'attention hyperactivité (TDAH) parmi les troubles neuro-développementaux et le définit comme « un mode persistant d'inattention et d'hyperactivité, impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales, scolaires et professionnelles » Le TDAH est le troisième trouble de santé mentale en importance dans le monde, après la dépression et l'anxiété, il touche une proportion estimative de 3,4% des enfants et des adolescents. La prévalence du TDAH est stable au sein de la population pédiatrique depuis trente ans, sauf aux Etats-Unis où elle a augmenté. Elle est faible selon la définition du TDAH tirée de la classification statistique des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^{ème} édition, car la CIM10 exige le respect de critères liés à la fois à l'inattention et à l'hyperactivité, le TDAH s'associe à des résultats

Chapitre II : Trouble déficitaire de l'attention avec/ sans hyperactivité

cliniques indésirables importants pendant l'enfance et l'adolescence : problèmes scolaires, relation difficiles avec les camarades et taux accru d'accidents d'automobile ainsi que la consommation des psychoactives pour les adolescents. Le risque d'une telle consommation augmente encore davantage lorsque le TDAH est lié à un trouble des conduites ces comorbidités du TDAH sont liées à une augmentation du taux de mortalité. D'après les évaluations à jour, 50% des enfants ayant un TDAH continuent de représenter des symptômes à l'adolescent et à l'âge adulte. Les prédicateurs de cette persistance sont l'inattention combinée à l'hyperactivité, la gravité des symptômes, des troubles dépressifs majeurs ou d'autres troubles de l'humeur associés, plusieurs comorbidités (plus de trois autres troubles figurant dans le DSM), ainsi que l'anxiété et les troubles de personnalité antisociale des parents.

En 2000, le TDAH est classifié en trois sous types : type mixte, type inattention prédominante et type hyperactivité-impulsivité prédominante.

2-Définition :

Les lettres TDAH signifient : Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, apparu dans le DSM-IV en 1994, qui se manifeste par trois groupes de symptômes : l'inattention, l'impulsivité et l'hyperactivité qui interfère avec le fonctionnement quotidien ou le développement de l'individu, ces symptômes peuvent varier en intensité et en manifestation, affectant souvent la scolarité et les interactions sociales ainsi que la gestion des tâches quotidiennes.

2.1-Trouble déficitaire avec hyperactivité : souvent appelé TDAH ou l'individu présente à la fois des symptômes d'inattention et d'hyperactivité impulsivité, les personnes atteintes de ce type peuvent avoir des difficultés à rester en place pour une durée, attendre leur tour, à se concentrer et à compléter des tâches, elles peuvent également agir de manière impulsive qui peuvent entraîner des problèmes dans les relations et les interactions sociales ainsi qu'au niveau scolaire ce type de TDAH est souvent plus facile à identifier en raison des comportement hyperactifs manifestes (APA,2013).

2.2-Trouble déficitaire sans hyperactivité : le trouble déficitaire de l'attention souvent appelé TDA st une forme de TDAH ou l'individu présente principalement des symptômes d'inattention sans comportement d'hyperactivité ou d'impulsivité. Les personnes atteintes de TDA peuvent avoir des difficultés à se concentrer, à organiser leur tâche et à suivre des instructions, mais elles ne montrent pas de comportement hyperactif.

Le TDAH est aujourd'hui reconnu comme un trouble médicale légitime qui peut affecter aussi bien les enfants que les adultes. Chaque personne atteinte de TDAH est unique, les symptômes peuvent varier en intensité et en type. Le TDAH affecte le développement normal et l'adaptation de l'enfant sur plusieurs plans : relation négatives entre parent-enfant (spécialement avec la mère), degré extrêmes d'initiative, d'exploration, difficultés d'autocontrôle, d'autorégulation, atteintes cognitives (langage, attention et mémoire), interactions sociale pauvres (Teeter, 1998).

3-Les formes clinique de TDAH :

Le TDAH se manifeste sous trois formes principales : Inattentif, Hyperactif-Impulsif et combiné. Chaque type affecte les individus différemment, influençant leur attention, leur impulsivité et leur niveau d'activité. Reconnaître le type spécifique de TDAH est crucial pour un traitement et une gestion efficaces, en adaptant les stratégies pour répondre aux besoins individuels. Cette différenciation aide à comprendre les symptômes divers et les défis, ouvrant la voie à un soutien et des interventions ciblés.

Le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) peut affecter tout le monde de manières complètement différentes, c'est parce qu'il existe trois types différents :

- **Le type hyperactif-impulsif :** sont généralement agités et pleins d'énergie, exprimant souvent leurs pensées sans filtre.
- **Le type hyperactif-impulsif de TDAH :** sont probablement toujours en mouvement, comme s'ils ont poussé par un moteur pour continuer à bouger.
- **Le type inattentif :** ont souvent tendance à rêvasser et sont facilement distraits, le type inattentif de TDAH, ils ont tendance à avoir des difficultés à organiser et à terminer des tâches, à suivre des instructions et à prêter attention aux détails.
- **Le type combiné :** sont généralement un mélange des deux types, une personne atteinte du TDAH de type combiné présentera des symptômes des critères hyperactif-impulsif et inattentif. Cela peut se manifester par des difficultés à prêter attention et à se concentrer, des difficultés à écouter et à suivre des instructions. Ils peuvent également être facilement distraits, passer d'une tâche à l'autre ou avoir du mal à contrôler un comportement impulsif.

4-Les symptômes de TDAH :

Le syndrome du TDAH est un phénomène assez fréquent. Ecore mal connu, c'est un problème qui perturbe la transmission des informations entre différents secteurs du cerveau. Les enfants atteints peuvent présenter tout ou partie des symptômes des catégories suivantes et à un degré plus élevé que le reste de la population.

✓ Symptômes d'inattention :

A des difficultés à prêter attention au détail.

A du mal à soutenir l'attention pour exécuter une tâche ou dans les jeux.

Semble souvent ne pas écouter.

A des difficultés à suivre les consignes et ne finit pas ses devoirs scolaires.

A souvent du mal à organiser son travail.

Evite ou déteste d'exécuter des tâches qui nécessitent un effort mental soutenu.

Perd souvent les objets nécessaires à ses tâches ou activités.

Se laisse facilement distraire par des stimuli sans importance.

✓ Symptômes d'hyperactivité :

Remue souvent les mains et les pieds et se tortille sur son siège.

Se lève souvent en classe.

Court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié.

A des difficultés à rester tranquille.

Présente souvent un dysfonctionnement de la psychomotricité.

Agit souvent comme s'il était monté sur ressorts.

✓ Symptômes d'impulsivité :

Parle souvent d'une façon excessive.

Ne peut souvent pas attendre son tour à l'école ou dans les jeux.

Interrompt souvent les autres ou impose sa présence.

A des difficultés à gérer ses émotions : peut-être impatient, irritable et colérique.

5-Lépidémiologie du TDAH :

La prévalence du TDAH est de 3 à 5% chez les enfants et des études de recherches suggèrent qu'environ 60% continueront à présenter tous les symptômes du trouble à l'âge adulte. De récentes recherches de ce type ont montré que 1,2% des enfants atteints de TDAH et 0,9% des adultes ont accès à des soins pour le TDAH. Cela suggère que le trouble est sous-diagnostiqué au Royaume-Uni.

Le TDAH affecte à la fois les garçons et les filles, dans l'enfance, au moins quatre fois plus de garçon que de filles reçoivent un diagnostic de TDAH. Cependant, à l'âge adulte cela s'égalise à un rapport d'un pour un. L'explication la plus courante à cela reflète l'influence du sexe sur la présentation des symptômes, les filles étant plus susceptibles d'être inattentives, de ne pas être aussi perturbatrices en classe, mais aussi de ne pas écouter ou apprendre.

6-Les caractéristiques de TDAH :

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est l'un des troubles neurocomportementaux les plus courants, il se caractérise par des symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité qui perturbent le fonctionnement ou le développement du patient dans plusieurs sphères de sa vie (scolaire, professionnelle et sociale). Les enfants atteints de TDAH peuvent présenter d'importants problèmes d'adaptation du fait que leur niveau fonctionnel et leur comportement ne correspondent pas nécessairement à leur âge chronologique et au niveau de développement attendu.

7-Les facteurs de TDAH :

Les TDAH est le résultat d'une accumulation de divers et nombreux facteurs de risque à la fois génétiques et environnementaux, qui interviennent tôt dans le développement de l'enfant durant les premières années de sa vie. Ainsi que d'autres facteurs familiaux et psychosociaux peuvent se manifester.

7.1-Facteurs génétiques :

De nombreux travaux montrent une plus grande fréquence du TDAH dans les familles où un enfant présente un TDAH ou un enfant présente un TDAH, par rapport aux familles témoins.

Il existerait donc une grande héritabilité du TDAH qui serait de 76% selon une revue de littérature portant sur l'étude du TDAH chez les jumeaux, il est observé une plus grande

Chapitre II : Trouble déficitaire de l'attention avec/ sans hyperactivité

fréquence du trouble chez les garçons, cependant il est possible que le trouble soit sous- évalué chez les filles en raison d'une expression du trouble moins bruyant.

7.2-Facteurs environnementaux :

Des études permettent de relever une augmentation du risque de développer un TDAH, dans les cas suivants :

- ❖ La mère durant la grossesse est exposée : à l'alcool, au plomb, au stress.
- ❖ Une naissance prématurée, un petit poids de naissance, une malnutrition précoce sévère.
- ❖ Un traumatisme crânien.
- ❖ En présence de troubles du sommeil sévères et chroniques de la petite enfance.
- ❖ Exposition à de la maltraitance, à des abus sexuels.

Dans l'ensemble, il ressort de la littérature actuelle qu'aucun facteur n'expliquerait à lui seul le développement du TDAH chez un enfant. Il pourrait en fait s'agir d'une accumulation de facteurs de risques d'origines multiples, avec des aspects à la fois génétiques et environnementaux.

7.3-Facteurs familiaux :

Si un parent du premier degré est lui- même hyperactif, le risque est beaucoup plus élevé, ainsi que des traumatismes provoqués par des chocs violents peuvent faciliter l'atteinte de TDAH.

Une autre cause peut augmenter le risque de développer un TDAH qui est la naissance prématurée qui a un risque plus élevé que la moyenne. L'exposition aux substances ou le tabagisme de la mère pendant la grossesse, l'alcool, la drogue ou même certains médicaments ont des effets sur le développement du cerveau de fœtus. On distingue aussi dans le milieu familial plusieurs facteurs comme la discorde sévère chez les parents, la criminalité ou alors des comportements anti sociale surtout chez le père, les troubles psychologiques chez la mère et des addictions parentales (**horde, perrick,2009**).

7.4-Facteurs psychosociales :

Les plus importants d'entre eux sont l'environnement familial, les conditions sociales, les relations entre les parents et leurs enfants. En effet, les problèmes familiaux, l'alcoolisme des parents, la surprotection, la négligence pédagogique, les méthodes physiques de punition et la séparation de la famille ont un effet défavorable sur le développement de l'enfant.

8-Le retentissement de TDAH sur l'enfant :

Le trouble déficit de l'attention hyperactivité a un retentissement sur tous les domaines de la vie. Quatre pôles principaux sont implicitement concernés : la vie scolaire, la vie sociale, la vie familiale et l'estime de soi.

Le retentissement du trouble peut être atténué lorsque sont mises en places, aussitôt que possible, des stratégies thérapeutiques et éducatives adaptées.

Sur la vie familiale :

- Les réprimandes et punitions sont nombreuses et tout la famille en souffre.
- Les rapports avec la fratrie sont souvent houleux.
- Les parents se sentent impuissants, ils culpabilisent, se remettent en question sans résultat.
- Les jugements extérieurs sont souvent très pesants.
- L'enfant a le sentiment d'être mal aimé.

Sur la vie scolaire :

- Ils ont souvent du mal à suivre les consignes.
- Ils ont du mal à investir une tâche demandant un effort de concertation, lenteur d'exécution.
- Ils font souvent des fautes d'inattention, ne finissent pas toujours leurs travaux.
- Leur rendement scolaire est insuffisant malgré une intelligence normale.
- Ils perturbent la classe par des bruits, des mouvements involontaires et des prises de paroles inappropriées.
- Ils perdent ou détériorent leurs affaires de classes, sont peu soignés.
- Ils font l'objet de remarques négatives et de punitions fréquentes.

Sur la vie sociale :

Chapitre II : Trouble déficitaire de l'attention avec/ sans hyperactivité

- Ils ont tendance à s'immiscer de manière maladroite dans les jeux et conversations de leurs camarades.
- Ils sont souvent perçus comme agressifs.
- Ils font souvent le pitre pour attirer l'attention mais n'assument pas les rires qu'ils provoquent (forte susceptibilité).
- Ils ont peu d'amis durables, sont souvent mis à l'écart des jeux.
- Leurs réactions impulsives sont souvent mal comprises et les disputes sont fréquentes.

Sur l'estime de soi :

- Ils culpabilisent de ne pas réussir à faire ce que l'on attend d'eux.
- L'image d'eux-mêmes que leur renvoie l'entourage est souvent négatives.
- Ils se dévalorisent, se sentent nuls, stupides et mal aimés.
- Ils paraissent souvent défaitistes, démotivés, découragés.

9-Trouble associés :

Le TDAH est un trouble du neurodéveloppement, très souvent associé à d'autres troubles psychiatriques et du neurodéveloppement. La présence d'autres troubles va avoir des conséquences sur les symptômes du TDAH, en augmentant leur sévérité, et en aggravant le fonctionnement.

La présence d'un trouble associé au TDAH est évaluée entre 65 et 89%, parmi les troubles associés on retrouve notamment la dépression, le trouble bipolaire, les troubles anxieux, le trouble de l'opposition avec provocation (TOP), le trouble de conduite (TC), les troubles du comportement alimentaire (TCA) et les troubles liés à la consommation de substances, parmi les troubles du neurodéveloppement on retrouve le trouble du spectre de l'autisme (TSA), le trouble spécifiques des apprentissages (lecture, expression écrite, calcul) et le trouble du développement de la coordination, associé au TDAH on trouve aussi les troubles du sommeil.

9.1-Le trouble spectre de l'autisme :

Les enfants avec un trouble du spectre de l'autisme présentent fréquemment les symptômes du TDAH, la fréquence du TDAH parmi cette population est évaluée à 42%, cependant ce chiffre pourrait être plus important puisqu'avant les DSM-5 la présence d'un TSA excluait le diagnostic de TDAH, et on pense probable que de nombreux enfants diagnostiqués avec un TSA n'aient pas été évalués pour un éventuel TDAH et inversement.

9.2-Le trouble de l'opposition avec provocation (TOP) et le trouble des conduites (TC) :

Il a été démontré que 30 à 50% des enfants avec TDAH présentent un TC ou un TOP, il a été identifié que ces troubles étaient plus fréquemment identifiées chez les garçons que chez les filles. Les enfants présentant ce type de comorbidité sont plus susceptibles une fois adultes de présenter un trouble de l'abus de substances, un trouble de la personnalité antisociale que ceux qui ont un TDAH seul. Les enfants présentant un TC associé, sont également plus à risque d'être exclus ou d'abandonner l'école. Certaines études suggèrent que la présence d'un trouble de la régulation de l'humeur serait une explication pour décrire la présence simultanée du TC et d'anxiété ou d'un TDAH.

9.3-Les troubles d'apprentissage :

La fréquence des troubles des apprentissages varie beaucoup d'une étude à l'autre mais se situent le plus souvent entre 25% et 40%. Les enfants ayant un trouble des apprentissages associé à leur TDAH sont plus à risque concernant leurs performances scolaires, le risque l'atteindre un moindre niveau à la fin de leur scolarité, par rapport à une population de même âge n'ayant ni trouble des apprentissages ni TDAH.

Les troubles des apprentissages peuvent toucher le langage oral et notamment la lecture (dyslexie), le langage écrit (dysorthographe), l'acquisition et la coordination (dyspraxie) comme l'apprentissage des mathématiques (dyscalculie). Les enfants avec TDAH semblent affectés par un retard neuro-développemental, notamment pour ce qui concerne le développement de la mémoire de travail qui entraîne plus de difficultés pour l'acquisition des mathématiques.

Les enfants avec TDAH sont 5 fois plus susceptibles de présenter un trouble du langage écrit et de la lecture que les autres enfants, les filles avec TDAH étant plus à risque que les garçons de présenter simultanément un trouble du langage écrit et de la lecture.

9.4-Dépression et trouble de l'humeur dont le trouble bipolaire :

Dans la population des enfants ayant un TDAH, les troubles de l'humeur ont une prévalence de 20% à 37% (trouble dépressif majeure 20%, dysthymie 28%, trouble bipolaire 37%).

Les enfants présentant une dépression associée à leur TDAH sont plus exposés au risque d'hospitalisation, d'abus de substance et de suicide que ceux ayant un TDAH ou une dépression seule. Les filles sont 2.5 fois plus exposés au risque de présenter un trouble de l'humeur comorbide à leur TDAH que les garçons. Cependant elles sont moins sujettes que les garçons à représenter une dépression majeure.

9.5-Les troubles du sommeil :

Parmi les patients ayant un TDAH, les études évaluent la comorbidité des troubles du sommeil chez les enfants à environs à environs 30% avec une variation de 25% à 50% selon les auteurs. Les troubles du sommeil souvent identifiés sont : la somnolence diurne, le syndrome de retard de phase de sommeil, le sommeil fractionné, le syndrome des jambes sans repos 25%, et les troubles respiratoires du sommeil.

Les enfants ayant un TDAH, notamment de type inattentif, sont plus somnolent le jour que les personnes n'ayant pas de TDAH. Hors le sommeil joue un rôle central pour les fonctions cognitives, les apprentissages et la consolidation de la mémoire. Une privation de sommeil, ou un sommeil perturbé peuvent entraîner une aggravation de l'expression des symptômes du TDAH, et de moindre performances cognitives et une plus grande labilité de l'humeur.

9.10-Autres troubles :

- Enurésie et encoprésie.
- Tics et syndrome de Gilles de la Tourette.
- L'épilepsie, les addictions au jeux, sexe...

10-Diagnostic différentiel :

Les symptômes d'inattention et d'hyperactivité ne sont pas spécifiques à un trouble de TDAH, l'inattention et l'agitation impulsive sont également des symptômes d'autres troubles.

Plusieurs autres maladies psychiques, psychiatriques et physiques peuvent être confondues avec le TDAH (diagnostics différentiels) ou être concomitantes (comorbidités). La frontière entre ces deux catégories n'est pas toujours évidente, de plus, c'est souvent la présence

Chapitre II : Trouble déficitaire de l'attention avec/ sans hyperactivité

de comorbidité, en particulier les problèmes comportementaux, qui poussant les parents à chercher une aide médicale.

Certains troubles comme les troubles de l'apprentissage ou un trouble provocateur oppositionnel peuvent apparaître en tant que diagnostic différentiel et comorbidité. D'autres problématiques comme l'épilepsie et les troubles du sommeil peuvent être à la fois une cause traitable de symptômes de TDAH et une comorbidité.

Il est donc important, dans le cadre du repérage de problème de concentration, d'agitation ou d'impulsivité, d'être également attentif aux signes des affections ou problèmes suivants :

10.1-Pathologie avec atteinte neurologie :

- Anomalie chromosomique.
- Déficience intellectuelle.
- Epilepsie.
- Traumatisme crânien.
- Syndrome d'alcoolisme fœtal.
- Neurofibromatose.
- Syndrome des jambes sans repos.

10.2-Troubles sensoriels :

- Trouble auditifs
- Trouble visuels.

10.3-Troubles psychiatriques (DSM-V) :

- Anxiété.
- Dépression.
- Psychose.
- Troubles de la personnalité.
- Trouble oppositionnel.

Chapitre II : Trouble déficitaire de l'attention avec/ sans hyperactivité

- Trouble des conduites.
- Trouble de l'attachement.
- Trouble de dérégulation de l'humeur explosive.
- Trouble explosif intermittent.
- Toxicomanie, alcoolisme.
- Syndrome Gille de la Tourette.
- Trouble envahissants du développement.

10.4-Difficultés d'apprentissage :

- Trouble du langage.
- Trouble psychomoteur.
- Trouble auditif central.
- Trouble spécifique des apprentissages.
- Haut potentiel intellectuel.
- Déficience intellectuel.

10.5-Pathologie somatique :

- Troubles du sommeil.
- Troubles thyroïdiens.
- Trouble hormonal.
- Intoxications.
- Hypoglycémie, hyperglycémie.
- Anémie.
- Effets secondaires d'une médication (ex : bronchodilatateurs et antiépileptiques).

10.6-Problèmes psychosociaux :

- Abus physique ou négligence.

- Maltraitance.
- Famille dysfonctionnelle, carence éducative.
- Environnement ou orientation inadaptés pour l'apprentissage.

11-Critère diagnostique :

Selon la classification internationale DSM-5 (APA, 2013), la caractéristique essentielle du trouble déficit de l'attention hyperactivité est « un mode persistant d'inattention, d'hyperactivité, impulsivité, plus fréquent et plus sévère que ce que l'on observe habituellement chez des sujets de même niveau de développement, entraînant un gêne fonctionnel significative dans plusieurs domaines et une interférence avec le fonctionnement scolaire et social ».

A. Présence soit de 1 soit de 2 :

(1) six des symptômes d'inattention ou plus ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est inadapté et ne correspondant pas au niveau de développement de l'enfant :

▪ Inattention

- 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 ex : néglige ou oublie des détails, le travail n'est pas précis).
- b) A souvent du mal à soutenir son attention au travail qui nécessite un effort mental ou dans les jeux (ex : a du mal à rester concentré durant un cours, une conversation, la lecture d'un texte).
- c) Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (ex son esprit paraît ailleurs, même en l'absence d'une distraction manifeste).
- 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 (ex : commence le travail mais perd vite le fil et est facilement distrait).
- e) A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (ex : peine à gérer des tâches séquentielles, a du mal à conserver ses outils et ses affaires personnelles en ordre, complique et désorganise le travail, gère mal le temps, ne respecte pas les détails fixés).

- f) Souvent évite, a en éversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (ex : le travail scolaire ou les devoirs à la maison).
- g) Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (matériel scolaire, crayons, livres).
- h) A des oublis fréquents dans la vie quotidienne ex : faire les corvées, les courses).

(2) six symptômes suivants d'hyperactivité, impulsivité ou plus ont persisté pendant 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 ou 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 (ex : se lève de sa place en classe, ou dans d'autres situation qui nécessitent de rester assis).
- c) Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inappropriée.
- d) A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.
- e) Est souvent « sur le brèche » ou agit souvent comme s'il était « montré sur ressorts » (ex : incapable ou inconfortable de se tenir immobile pendant un long moment, peut être perçu par les autres comme agité, ou comme difficile à suivre).
- f) Souvent, parle trop.

Impulsivité

- g) Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée ex : termine la phrase de son interlocuteur, ne peut attendre son tour dans une conversation).
- h) A souvent du mal à attendre son tour.
- i) Interrompt souvent les autres ou impose sa présence ex : fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités, il commence à utiliser les outils des autres sans demander ou recevoir une autorisation).

B. Certains des symptômes d'hyperactivité, impulsivité ou d'inattention étaient présents avant l'âge de 12 ans.

Chapitre II : Trouble déficitaire de l'attention avec/ sans hyperactivité

- C.** Certains des symptômes d'inattention ou d'hyperactivité, impulsivité sont présents dans deux ou plus de deux types d'environnement différents (ex : à la maison, l'école, avec dans amis ou des relations, dans d'autres activités).
- D.** On doit clairement mettre en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire et de la qualité de vie.
- 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 (trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité, intoxication par une prise de substance).

12-Prise en charge :

La prise en charge de TDAH, ou trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, est un processus pluridisciplinaire qui a pour but d'aider les enfants ayant un TDAH, donc on distingue différents et diverses approches de prises en charge sont comme suit :

12.1-Psychoéducation :

La psychoéducation est la première étape nécessaire de la prise en charge après l'établissement du diagnostic, la psychoéducation est importante pour toutes les personnes impliquées (l'enfant ou l'adolescent lui-même, les parents, les enseignants, d'autres tiers importants) pour but de :

- Mieux comprendre les symptômes et leurs causes.
- Comprendre ce qui est et n'est pas approprié comme réaction.
- Adapter les attentes à ce qui est possible.
- Faire un choix correct des options de traitement.

Les enfants et adolescents doivent recevoir des explications adaptées afin de leur permettre de mieux se comprendre et comprendre les comportements.

- Mieux comprendre et reconnaître les difficultés.
- Mieux comprendre les facteurs déclencheurs les modèles de comportement.
- Lutter contre les idées, fausses, ajuster les attentes à ce qui est possible.
- Déculpabiliser sans toutefois déresponsabiliser.
- Se sentir compris, soutenir de soi et la motivation de l'enfant.

- Avoir les connaissances nécessaires au choix de la prise en charge.

12.2-Plan de prise en charge :

Lors de l'étape précédente, un rapport de diagnostic a été établi et précise les éventuelles comorbidités, les forces et les faiblesses, les facteurs de risque et de protection, les besoins fonctionnels et contextuels.

Sur cette base, les priorités peuvent être définies et le plan de prise en charge multidisciplinaire intégré établi.

La personnalisation du plan de prise en charge est essentielle. Les interventions doivent être adaptées à chaque enfant/jeune, en fonction de son âge et niveau de développement, de son niveau fonctionnel dans les différents domaines de développement, de son profil des forces et faiblesses, de sa famille et contexte de vie.

Les parents, l'école, et les autres personnes importantes dans l'entourage de l'enfant, l'adolescent doivent être associés autant que possible à l'élaboration du plan, afin de motiver également tous les membres de l'environnement immédiat de l'enfant à coopérer et à concrétiser les transferts dans la vie quotidienne de l'enfant.

L'objectif principal de toute prise en charge devrait être de :

- Développer le plus de compétences possibles chez l'enfant.
- Aider l'enfant à devenir un adulte capable d'assumer autant de responsabilités personnelles que possible et d'atteindre la plus grande réalisation de soi possible dans un contexte social.
- Aider le jeune et sa famille (parents, fratrie, famille élargie) à s'intégrer à tous les niveaux (scolaire, familial, loisirs).

Plus précisément, on cherchera à mettre en œuvre les étapes intermédiaires suivante afin d'atteindre ces objectifs :

- Réduire les symptômes du TDAH qui causent la gêne fonctionnelle.
- Réduire les conséquences négatives du TDAH.
- Traiter les éventuelles comorbidités.
- Valoriser les talents de l'enfant

- Tenter de prévenir l'apparition de difficultés supplémentaires susceptibles d'être déclenchées par les symptômes du TDAH.

Il est préférable de choisir les objectifs intermédiaires en consultation avec l'enfant et ses parents (éducateurs). De cette façon, ils peuvent travailler sur ce qu'ils ressentent comme le plus difficile à ce moment-là. Par exemple, il est parfois préférable d'essayer de réduire les symptômes du TDAH avant de commencer une prise en charge visant le développement des compétences sociales.

12.3-Prise en charge non médicamenteuse :

Bien que les médicaments considérablement les symptômes, il existe d'autres alternatives. L'enfant et ses parents peuvent se voir proposer différents types de prises en charge spécifique à chacun qui devront être périodiquement évaluées. La constante commune à ces différentes prises en charge implique que l'enfant, ses parents, et l'école doivent travailler ensemble. Chacun doit s'impliquer pour la mise en œuvre de stratégies d'apprentissage et de nouvelles méthodes d'éducation.

On peut notamment citer :

- Thérapie comportementales et cognitives (TCC).
- Thérapie familiales, dont la guidance parentale.
- Groupe de psychoéducation.
- Rééducation en orthophonie.
- Rééducation en psychomotricité.
- Neuro-feedback.

Des ressources d'aide et d'accompagnement aux familles et enseignants sont disponibles auprès des professionnels et des associations spécialisées.

12.4-Traitement médicamenteux :

Le traitement du TDA/TDAH implique généralement des médicaments stimulants commercialisés sous diverses marques. Ces médicaments fonctionnent généralement bien et améliorent la capacité de concentration de l'individu et atténuent tout autre symptôme d'inattention ou d'hyperactivité. Cependant, les médicaments stimulants présentent certains

Chapitre II : Trouble déficitaire de l'attention avec/ sans hyperactivité

inconvenients, notamment un risque accru de problèmes cardiaques et psychiatriques. Il existe également un risque de dépendance. De plus, une période de sevrage peut survenir lorsque le médicament se dissipe, entraînant des symptômes tels que des maux de tête, une perte de poids et des troubles du sommeil. Pour cette raison, les médecins prescrivent généralement la dose de médicament la plus faible possible.

D'autres médicaments non stimulants sont également une option et peuvent être efficaces pour traiter le TDA/TDAH. Cependant, ces médicaments peuvent prendre plus de temps pour produire les effets souhaités. Il a également été démontré que la psychothérapie et les interventions psychosociales aident à traiter le TDA/TDAH.

Le méthylphénidate :

Le méthylphénidate est plus connu sous ses noms de commercialisation : la Ritaline, le concerta, le Quasym et les Medikinet.

Le traitement médicamenteux est prescrit par un pédopsychiatre ou un neuropédiatre lorsque les symptômes du TDAH atteignent une intensité dommageable dans tout domaine et notamment psychologique, scolaire, social et familiale.

Ce médicament est indiqué chez l'enfant de 6 ans et plus dans la prise en charge du trouble déficit de l'attention / Hyperactivité (TDAH), en complément des mesures éducatives, psychologiques et sociales appropriées déjà proposées ou mises en place.

Le traitement par méthylphénidate a ainsi pour objectif d'améliorer la concentration de l'enfant et d'agir sur ses capacités attentionnelles.

Comme tous les médicaments, le méthylphénidate peut être responsable d'effets indésirables et doit être respecté des conditions et règles de prescriptions et ne doit pas être prescrit dans certaines situations. Cette brochure d'information est destinée aux personnes TDAH et à leur famille.

Synthèse :

Pour conclure, le trouble de l'hyperactivité également appelé le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité caractérisé par les comportements d'agitation et le déplacement persistant heureusement que ces comportements diminuent en prenant l'âge.

Chapitre II : Trouble déficitaire de l'attention avec/ sans hyperactivité

Ces causes sont multiples qui affecte le développement affectif, émotionnel, relationnel et cognitif. Des thérapies et une prise en charge médicamenteuse peuvent atténuer les symptômes et améliorer la qualité de vie chez l'enfant.

Chapitre III :

Comportement adaptatif

Préambule

Le comportement adaptatif désigne les compétence conceptuel, sociale et pratique apprises par les personnes pour fonctionner dans leur vie quotidienne, il commence dès la naissance et poursuit tout le long de la vie.

Cependant les enfants ayant TDAH rencontre des difficultés à se développer et à développer un comportement adéquat, c'est pour cela qu'on a consacré ce deuxième chapitre pour présenter la notion du comportement adaptatif et ses caractéristiques et plusieurs d'autres éléments importants.

1-Aperçu historique :

Au 15^{ème} siècle mot adaptation était au sens d'action de s'adapter ou d'adapter au 16^{ème} siècle, le mot adaptation est emprunté du latin médiéval « Adaptatio », dérivé de « Adaptatum », supin de « Adaptare ». Le mot adaptation est introduit en rhétorique pour désigner l'adaptation d'une œuvre narrative à une situation, le terme adaptation, qui fit son entrée en sciences naturelles dans la seconde moitié du 19^{ème} siècle, pour désigner l'appropriation d'un organe ou d'un organisme à l'accomplissement d'une fonction vitale dans des conditions données notamment l'état structuro-fonctionnel de cette adaptation, résultant de ce processus, est un calque de l'anglais adaptation.

Employé dès 1859 par Charles Darwin (centre national de ressources textuelles et lexicale) « adapter » apparut au sens concret (applique), puis au figuré (mettre en accord avec quelque chose). Certains usages disparurent (s'adapter contre quelqu'un) et l'emploi actuel de s'adapter émergea au 16^{ème} siècle, accompagné de dérivés (aptitude, approprié ou adhérer). **(Rey-Debove et Rey,2007).**

« Adaptation » dérive du latin médiéval adaptatio, attesté au 17^{ème} siècle, mais généralisé en français puis en anglais au 16^{ème} siècle pour désigner l'action d'adapter au sens d'ajuster.

En 1789, « l'ajustement entre deux chose » est la seule définition mentionnée. **(Cormon, 1789).**

Au 19^{ème} siècle, grâce à modification, pour ensuite prendre toute sa dimension sémantique à travers son appropriation transdisciplinaire, notamment en psychologie, et sa transposition en sociologie. **(Tranché, 2003).**

Morin 1985 rejoint cette idée générale en affirmant que l'adaptation est la condition première et générale de toute existence. Le concept d'adaptation est central dans la modélisation psychologique, définie comme le processus qui entoure l'incessante interaction entre l'homme et le monde en mouvement dans lequel il évolue. Il s'agit d'une dynamique complexe qui articule différentes actions du sujet et divers développements permettant l'émergence de perspectives de transformation. **(Jakubowicz, 2002).**

Celle-ci sont actualisées via le traitement de l'information et la prise de décision, pour agir récursivement sur l'organisation interne du sujet, lui donnant la possibilité de s'adapter aux nouvelles situations. **(Taché, 2003).**

Le sujet n'est jamais isolé des collectifs auxquels il participe de l'autre (acteur, situation, organisation) est partie prenante des scénarios d'adaptation. La discipline distingue également la faculté d'adaptation, aptitude d'un individu à modifier sa structure ou son comportement pour répondre harmonieusement à des situations nouvelles. La psychologie clinique dégagée une conception de l'adaptation complexe grâce à la découverte de l'inconscient via la psychanalyse et ses implications dans l'évolution identitaire.

La psychologie sociale développa elle aussi une définition de l'adaptation d'après une dynamique réflexive de « Trans-construction » où vont s'ajuster les valeurs du sujet et les valeurs du milieu ou des organisations. La psychologie génétique développa le concept d'adaptation en le positionnant dans une modélisation constructiviste (théorie de l'apprentissage), inspirant Piaget 1967 : l'adaptation du sujet est issue de la recherche permanente d'un équilibre (équilibration) entre les processus d'assimilation et d'accommodation, et demeure inséparable de la connaissance et de l'acte d'organiser.

2-Définition du comportement adaptatif :

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD ; S Shalock et al, 2010), définit le comportement adaptatif comme étant « l'ensemble des habiletés conceptuelles, sociales et pratiques apprises par la personne qui lui permet de fonctionner au quotidien ». Il s'agit des activités que la personne doit habituellement accomplir pour être suffisamment autonome et pour remplir les fonctions prévues par son rôle social, selon son âge et son milieu socioculturel. **(Schalock et al, 2010).**

Il se définit ainsi comme étant la capacité d'un individu à agir de manière appropriée dans une variété de situations quotidiennes qui permettent à une personne de gérer avec succès les demandes de son environnement.

Les comportements adaptatifs sont cruciaux car ils permettent aux individus de s'adapter à leur environnement changeant. Les comportements adaptatifs reviennent à examiner comment les individus gèrent et prospèrent face aux défis quotidiens. Ces comportements sont indispensables dans de nombreux contextes, tels que maison, l'école et le travail.

3-Symptomatologie de trouble de l'adaptation chez l'enfant :

Les troubles de l'adaptation sont fréquents et sont présents chez environ 5 à 20% des patients en consultations ambulatoires de santé mentale.

Le facteur de stress qui provoque un trouble de l'adaptation peut être un événement unique et distinct, des événements ou un ensemble continu de problème. Le facteur de stress peut avoir un impact sur une seule personne, une famille entière ou un grand groupe de personnes. Le facteur stress peut même être une étape fréquente du développement qui est généralement considéré comme bonne.

Le décès d'un être cher peut être l'élément déclencheur d'un trouble de l'adaptation. Cependant, les cliniciens doivent prendre en compte le large éventail des réactions considérées comme normales survenant en cas de deuil.

Lors de l'évaluation de la personne, les professionnels de la santé mentale doivent déterminer si la réponse d'adaptation est liée à un facteur de stress particulier. Ils doivent également déterminer si la réponse cause une souffrance marquée ou si elle altère la capacité de la personne à fonctionner dans des contextes sociaux, au travail ou dans d'autres domaines.

4-Symptomes et signes du trouble de l'adaptation :

Les symptômes du trouble de l'adaptation apparaissent généralement peu après l'évènement stressant et ne durent pas plus de 6 mois après l'arrêt du déclencheur de stress. Le trouble de l'adaptation se manifeste de nombreuses façons, les plus fréquentes comprennent :

- ✓ Humeur dépressive.
- ✓ Anxiété.
- ✓ Mauvaises conduite.

La plupart des personnes présentent un mélange de ces symptômes, mais certaines peuvent ne présenter qu'un seul symptôme particulièrement important (par exemple, nervosité et agitation après une agression physique).

5-Diagnostic du trouble de l'adaptation :

- Examen clinique, sur la base de critères standards du diagnostic psychiatrique.

Les personnes doivent présenter :

- Symptômes émotionnels ou comportementaux dans les 3 mois suivant l'exposition au facteur de stress.

Les symptômes doivent être cliniquement significatifs comme indiqué par un ou plusieurs des éléments suivants :

- Souffrance marquée, disproportionnée par rapport au déclencheur.
- Symptômes qui entravent considérablement le fonctionnement social ou professionnel de la personne.

Les troubles de l'adaptation surviennent fréquemment avec d'autres troubles mentaux tels que le trouble obsessionnel compulsif (TOC), un trouble de la personnalité ou un trouble bipolaire.

6-traitement du trouble de l'adaptation :

Troubles de l'adaptation doivent être soigneusement évalués et traités. Cependant, il existe peu de données probantes appuyant un traitement particulier pour les troubles de l'adaptation. Une grande variété de psychothérapie, soins auto-administrés, la théorie cognitive-comportementale, et la psychothérapie de soutien ont été utilisés avec succès.

Les interventions ont beaucoup plus susceptibles d'être utiles si la personne atteinte du trouble de l'adaptation se sent en sécurité et est capable de prendre soin d'elle-même de manière cohérente. Vivre au sein d'une famille intacte, faire partie d'un système social sain ou avoir un psychothérapeute sensible aux traumatismes sont autant d'éléments qui contribuent au rétablissement.

Les personnes guérissent généralement d'un trouble de l'adaptation avec le temps et l'aide de leurs amis et de leur famille. Les médicaments sont souvent utilisés pour traiter symptômes tels que l'insomnie, l'anxiété et la dépression.

6.1-psychothérapie :

Les preuves de l'efficacité de la psychothérapie dans le traitement des troubles de l'adaptation sont limitées. Lorsqu'elle est utilisée, la psychothérapie peut traiter les troubles de

l'adaptation d'une manière générale ou être utilisée pour cibler des éléments spécifiques du trouble (par exemple, deuil, traumatisme et transitions de rôle) en vue d'une amélioration.

6.2-médicaments :

Il existe également peu de données indiquant que les médicaments sont efficaces pour traiter les troubles de l'adaptation. Certains types d'antidépresseurs appelés inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont utilisés avec succès pour traiter les symptômes de tout trouble anxieux ou dépressif qui pourrait avoir été diagnostiqué avec le trouble de l'adaptation.

7-Les critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble de l'adaptation :

Les critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble de l'adaptation sont les suivants :

- A. Développement de symptômes émotionnels et comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteurs de stress identifiable, survenant au cours des trois mois suivant la survenue de celui-ci.
- B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoignent :
 - 1.soit une souffrance marquée, plus importante qu'il n'était attendu en réaction à ce facteur de stress.
 - 2.soit une altération significative du fonctionnement social ou scolaire.
- C. La perturbation liée au stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble mental et n'est pas simplement l'exacerbation d'un trouble mental préexistant.
- D. Les symptômes ne représentent pas un deuil normal.
- E. Une fois que le facteur de stress (ou ses conséquences) a disparu, les symptômes ne persistent pas au-delà de 6 mois.

Le trouble de l'adaptation est dit aigu si la perturbation persiste moins que 6 mois. Il est dit chronique si elle persiste 6 mois ou plus.

- La prévalence du trouble de l'adaptation (TA) est de 1%.
- Le facteur de risque principal est le trouble de personnalité.
- Le TA apparaît dans les 3 mois suivants, un événement de vie vécu comme stressant, et disparaît dans les 6 mois après l'arrêt de ce dernier.

- Les symptômes du TA sont plusieurs types : anxieux, dépressifs ou comportementaux.
- La principale complication est la tentative de suicide.
- Les TA peuvent également se compliquer de troubles thymiques ou anxieux chroniques caractérisés, ou encore trouble lié à l'usage des substances.
- Le traitement de première intention est la psychothérapie.

8-les caractéristiques développementales du comportement adaptatif :

Le comportement adaptatif est conçu comme commençant en bas âge et se développe tout au cours de la vie. Il reflète de développement cognitif, social et moteur de l'enfant dans sa conquête d'autonomie vis-à-vis de son environnement.

Mercer-J-R. 1973, indique qu'en bas âge, il est probable que le développement cognitif, le développement cognitif, le développement sensori-moteur et les comportements adaptatifs soient indifférenciés, hautement corrélés et que l'on ne puisse parler vraiment d'une fonction du comportement adaptatif vraiment différenciée.

Synthèse :

A partir de ce chapitre on synthétiser que le comportement adaptatif chez les enfant atteint TDAH se varie d'un enfant à un autre, et certains présentent des difficultés énormes pour développer un comportement approprié avec lequel faire face au nouvelles situation et défi.

Partie Pratique

Chapitre V :

Méthodologie de recherche

Préambule

On ne peut pas entamer une recherche scientifique, sans avoir d'outil méthodologique bien déterminé, et sans vivre une démarche propre à notre thème de recherche c'est-à-dire que toute recherche scientifique se fait selon une démarche ordonnée.

La méthodologie de recherche est une étape cruciale pour le chercheur afin de guider et d'expliquer le déroulement de la recherche et avoir un lieu de recherche, un groupe d'étude. Elle nous permet d'examiner des phénomènes et d'obtenir des réponses précises à partir d'investigation.

Ce chapitre comprend la présentation de la pré-enquête, la méthode de recherche, le lieu de recherche ainsi que les outils d'investigations.

1-Les limites de la recherche :

Chaque recherche se porte sur un contexte délimité, en ce qui concerne la nôtre, ses caractéristiques fondamentales sont :

1. **Limite spatiale** : le service pédopsychiatrique de l'EHS d'Oued Ghir au niveau de la wilaya de Bejaia.
2. **Limite temporelle** : Du 01 février 2025 au 15 mars 2025.
3. **Limite de groupe** : Une rareté de cas liés à notre thème dans notre lieu de recherche.
4. **Outils de recherche** : Observation, l'entretien semi directif.

2-La méthode utilisée dans la recherche :

Pour la réalisation de toute recherche le chercheur doit suivre un enchainement d'étapes et une démarche rigoureuse pour aboutir des résultats et obtenir des connaissances fiables. En psychologie, il existe plusieurs méthodes dont le chercheur peut choisir la plus convenable pour suggérer ces objectifs de recherche.

La recherche scientifique en psychologie, ainsi que dans tous les autres domaines d'exploration scientifique, est une démarche et une investigation rationnelle et organisée ayant pour finalité la compréhension des phénomènes. Cela implique l'importance du choix de la méthode de recherche, qui doit être en adéquation avec les objectifs du chercheur (**Morrison, 2018**).

Pour réaliser notre recueil de données, et pour bien mener notre travail de recherche qui porte sur le comportement adaptatif chez les enfants ayant TDAH, nous avons adopté pour la méthode descriptive, car les chercheurs en psychologie clinique font principalement appelés aux méthodes descriptives, qui a pour objectif d'identifier les composantes d'une situation, et parfois de décrire cette relation entre ces composantes.

Les méthodes descriptives interviennent en milieu naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière (**H. Benony Kh, Chahraoui, 2003, p 125**).

La méthode descriptive est une approche de recherche qui vise à décrire et à comprendre un phénomène ou une situation de manière détaillée, sans chercher à en expliquer les causes ou les effets, cette méthode vise à dresser un portrait détaillé d'une situation ou d'un phénomène, sans chercher à en expliquer les origines ou les conséquences (**Bernard Py, 2007, p 67**).

La méthode descriptive vise à collecter les données et tester les hypothèses concernant l'état courant du sujet de recherche. Elle vise à déterminer les pratiques courante, le statut ou les caractéristiques au niveau de la situation étudiée, les données collectées le sont à travers des questions posées aux personnes impliquées au niveau de la situation (**Marzuki & Khalid, 2018, p 28**).

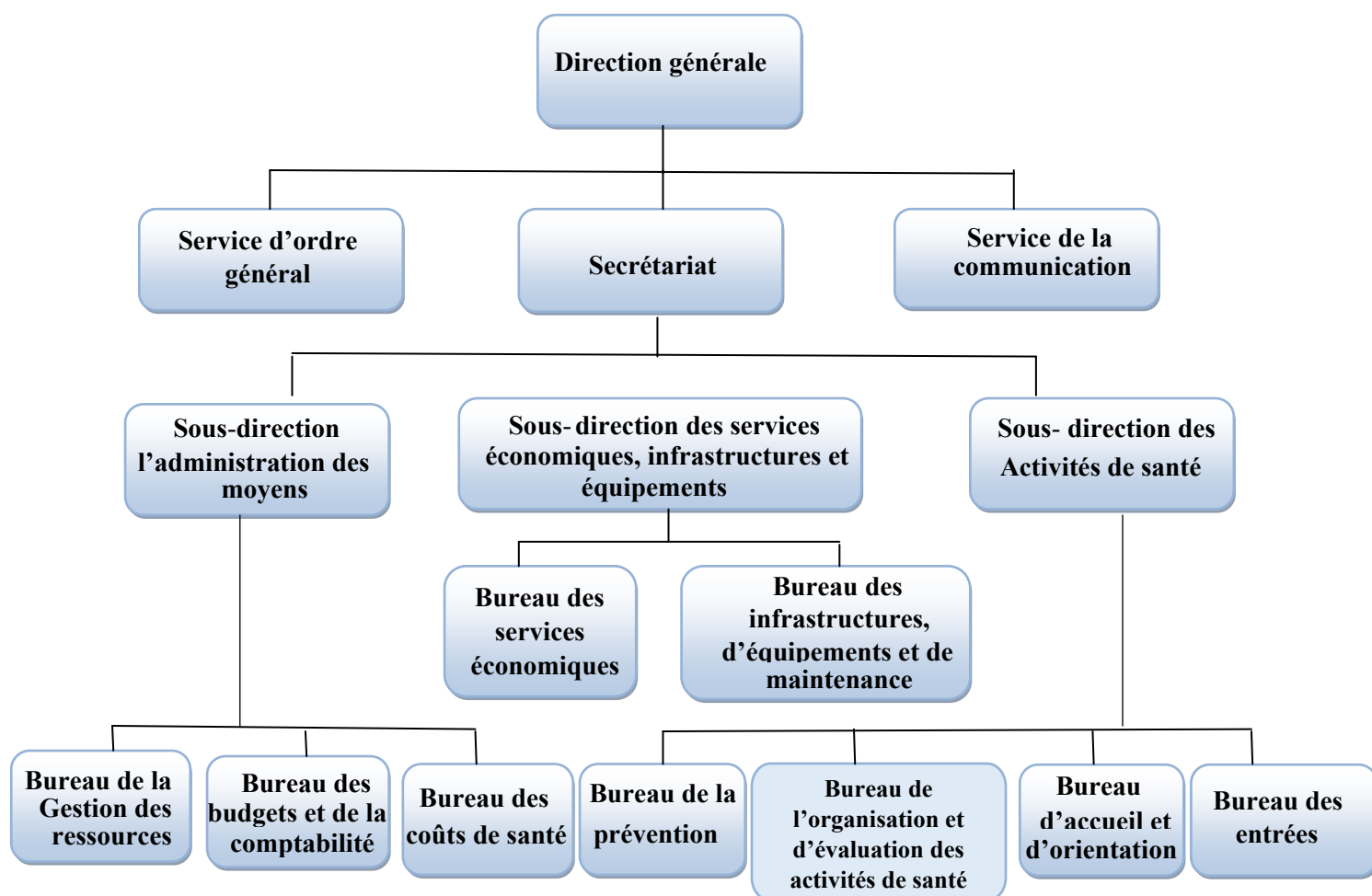
3-Le présentation de lieu de recherche :

Nous avons effectué notre stage au service pédopsychiatrique de l'ESH d'Oued Ghir, est situé au niveau de la Daïra de Oued Ghir, dans la wilaya de Bejaia en Algérie, inauguré par Ahmed El Touhami le wali de la wilaya de Bejaia le :23/09/2019.

Les consultations dans cet établissement ont commencé le 2 novembre 2022, les hospitalisations homme et femme ont débutées le 12 mars 2023. Les cas des urgences psychiatriques datent de 01 juin 2024. En 2011, le projet d'ouvrir un hôpital psychiatrique d'une capacité de 120 lits, d'une superficie de 04 ha est lancée par la direction de la santé.

Le 19 aout 2019, l'arrêt ministériel N°59 porte sur la création des services et des unités constructives au sein de cet établissement qui contient différents services et unité, parmi elles le service de pédopsychiatrique.

La construction de notre lieu de recherche, voici son organigramme :



La figure 3 : L'organigramme de l'EHS d'Oued-Ghir

(Délivré par le psychologue coordinateur du service, 2025)

Le service pédopsychiatrique de l'EHS d'Oued Ghir est reparti comme suivant :

Tableau 01 : la répartition du service pédopsychiatrique de l'EHS d'Oued Ghir.

L'étage	La structure et le nombre	L'utilité
Rez de chaussée	1 Atelier	Pour habilité sociale
	8 bureaux	2 pour pédopsychiatre, 1 pour psychologues, 1 pour orthophoniste, 1 pour diététicienne, 1 pour test psycho métrique, 1 pour archive, 1 pour stock.
	1 cuisine	Pour les professionnel

	3 couloirs et un hall	Relier entre les différents bureaux, aux même temps salle d'attente.
	1 escalier	Relier entre les deux étages
	3 portes extérieur	Entrée, Sortie
	3 salles	1 pour la réunion, 2 salles d'attente
	3 sanitaires	Pour enfants et professionnel
1 ^{er} étage	3 ateliers	1 pour l'ergothérapie, 1 pour la stabilité, 1 pour la passation du test PEP3 (profil psycho-éducatif)
	2 bureaux	1 pour le médecin chef, 1 pour le psychologue coordinateur.
	1 sanitaire	Pour les professionnel
A l'extérieur	Plusieurs espaces vert	Embellissement et reposant
	1 manège	Pour le plaisir des enfants

(Le psychologue coordinateur de service, 2025)

D'après le psychologue coordinateur du service, le service pédopsychiatrique de l'EHS d'Oued Ghir dispose d'une équipe pluridisciplinaire, censée garantir l'accès à des services de qualités pour les malades, en leur offrant un large éventail de service médicaux, allant des soins de base aux traitement spécialisée, les professionnels de ce service sont repartis de la manière suivante :

Tableau 2 : La répartition du nombre et des professionnels de la santé exerçant au service pédopsychiatrique de l'EHS d'Oued-Ghir.

Les professionnels	Le nombre
-Directeur	-01
-Chef du service	-01
-Pédopsychiatre	-00
-Médecin généraliste	-00
-Psychologue coordinateur	-01
-Psychologues clinicien	-07
-Orthophonistes	-05

-Nutritionniste	-01
-Secrétaire	-01
-Archiviste	-01
-Agent de sécurité	-02
-Femme de ménage	-01

(Le psychologue coordinateur de service, 2025)

4-Le groupe de la recherche :

Afin de bien mener notre recherche, le coordinateur nos a proposé de travailler avec une psychologue et une orthophoniste donc on était à quatre, on a travaillé avec cinq parents des enfants ayant TDAH, les sujets sont majoritairement masculins, quatre garçon et une fille ce taux de prévalence du TDAH est nettement supérieur chez les garçons que les filles. Ainsi, il est à signaler qu'on garde l'anonymat de nos sujets afin de maintenir la confidentialité en utilisant d'autres prénoms conformément à la déontologie de la recherche en psychologie clinique.

4.1-Critères d'inclusion :

Notre étude se base sur un groupe spécifique d'échantillon présentant des caractéristiques communes que nous avons jugées important pour notre thème de recherche :

- Enfant qui manifeste symptôme de trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.
- Les enfants participant à l'étude sont âgés de 6 ans à 12 ans, sont du premier cycle et deuxième cycle inscrit dans différent niveau scolaire.

Tableau 3 : répartition de la population selon le sexe :

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	3	75%
Féminin	1	25%
Total	4	100%

Le tableau ci-dessus représente le taux des garçons dans 4cas sélectionnés par rapport à celui des filles.

Tableau 4 : L'organisation de la population d'étude.

Nombre de cas	Pseudonyme	Age	Sexe	Année scolaire	Début de suivi
Cas 1	B	8 ans	Masculin	3 ^{ème} année primaire	2023
Cas 2	KH	12 ans	Masculin	1 ^{er} année moyen	2024
Cas 3	I	6 ans	Masculin	1 ^{er} année primaire	2024
Cas 4	Ya	11 ans	Féminin	5 ^{ème} année primaire	2025

4.2-Critères d'exclusion :

- Variation d'âge.
- Niveau scolaire différents.
- Trouble de comportement similaire

Tableau 5 : Caractéristique de la population

Cas	Fonction du père	Fonction de la mère	Situation socio-économique	Nombre d'enfant
B	Entrepreneur	Femme au foyer	Moyen	3
Kh	Chef d'entreprise	Femme au foyer	Moyen	2
I	Chauffeur	Femme au foyer	Moyen	5
Ya	Enseignant	Enseignante	Moyen	2

5-Les outils d'investigations :

Dans l'objectif d'aboutir à la vérification de nos hypothèses formulées et présentés dans la problématique, nous avons eu recours, à des outils de recherche qui sont des instruments nécessaires et adéquates et indispensable à la collecte des informations de manière objective et systématique. Nous avons opté au choix de ces outils, l'observation et l'entretien semi directif.

5.1-L'observation :

L'observation a une place ancienne et respectée dans la science, dans l'étude de l'histoire naturelle et dans l'étude de comportement humain spécialement le comportement des enfants (Chahraoui. KH et al, 2003, p, 31).

L'observation est la méthode la plus simple, elle permet de déceler les faits remarquables, (**Fraisse, 1963**). Le chercheur constate un fait qui est généralement une réponse à une question posée et qui correspond à une hypothèse que ce dernier commence par postuler avant à la réalisation de son expérience.

Par ailleurs, l'observation clinique privilège la dimension expérientielle de l'être humain, le champ de l'observation clinique concerne aussi la socialité, les interactions, les interrelations, mais il concerne surtout l'intériorité du sujet, subjectivité, pour ce qui est de la dimension sociale, c'est l'intersubjectivité que visera l'observation clinique (**Ciccone, A, 1998**).

5.2- L'entretien de recherche :

L'entretien clinique fait partie des technique d'enquête en science social, il consiste l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet, il permet d'obtenir tous les informations du sujet.

C'est un outil à la fois de recherche et de production d'information, il s'agit d'un dispositif par lequel une personne A favorise la production d'un discours d'une personne B pour obtenir des informations inscrites dans la biographie (**Hevré. B, Chahraoui. K, 1999, p 64**).

L'entretien clinique de recherche est fréquemment employé comme méthode de production des données de recherche dans une grande norme de discipline des sciences humaine et sociale. Il représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : biographie, évènement vécu, représentation, croyance, émotion, histoire personnelle, souvenirs, rêves (**Antoine, 2021, p 179**).

5.2.1-L'entretien semi directif :

C'est un type d'entretien clinique centré sur la personne, ou le patient ça encourage de parler librement de lui-même sans être dirigé par le clinicien. Conformément à son nom ; si le patient qui contrôle et guide le discours, aussi connu sur le nom d'entretien ouvert ou non structuré, cette méthode de communication et de recherche qualitative permet à l'intervieweur ou l'enquêteur d'obtenir des information approfondies en laissant la personne interrogée s'exprimer librement sans être limitée par un ensemble de question prédéfinis ou un cadre d'entretien stricte (**Bénony, 1999, p 16**).

Dans cette présente recherche, on a fait appel à l'entretien semi-directif qui est une méthode de collecte de donnée qualitative où l'intervieweur suit un guide d'entretien contenant des questions ouvertes, mais permet également à l'interviewer de développer ses réponses et d'aborder des sujets non prévus dans le guide. Cela offre une exploration approfondie des sujets (Raymond. Q et Campenhoudt. L-V, 2011, p 175).

5.2.2-le guide d'entretien :

Le guide d'entretien défini comme étant un « ensemble organisé de fonction, d'opération et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interview. Dans ce guide le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance, celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets, elle est généralement soigneusement préparée et le chercheur veille à ce que la formulation ne soit pas inductive » (Chahraoui et Bénony, 2003, p 144).

Le guide d'entretien consiste en un document qui liste les questions ou les sujets que l'intervieweur souhaite abordée lors de l'entretien. Il assure une organisation de l'échange tout en offrant une certaine liberté à l'interviewé pour s'exprimer. (Blanchet. A et Gotman. A, 2017, p 58).

Notre guide d'entretien contient un ensemble de questions sur les informations des sujets, que nous pourrions utiliser pour la récolte des informations et de données.

6- Déroulement de la recherche :

6.1-Pré-enquête :

« La pré-enquête est une phase de terrain assez précoce dans les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui sont valides, fiables, renseignées, augmenter et justifiées. De même, la pré-enquête permet de fixer, en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura réalisés pour vérifier ses hypothèses. » (Aktouf, 1987, p 102).

« La pré-enquête est une étape très importante dans la recherche. Elle consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments prévus pour effectuer l'enquête. Si on a des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs. » (Grawitz, 2001, p 550).

« La pré-enquête est la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique. Cette phase comporte une observation préliminaire menée auprès de la population d'enquête et réalisée à l'aide d'entretiens généralement peu directifs, c'est la première approche du terrain à partir de laquelle il sera possible de reformuler les hypothèses cherchées et analyser les indicateurs. »
(Blanchet et Gotman, 2007, p 17)

Durant notre recherche, nous avons établi une étape avant la technique utilisée. Cette étape est la pré-enquête qui est très importante dans notre étude, elle nous a permis de mieux connaître le terrain d'investigation, et puisque notre thème d'étude est « Le comportement adaptatif chez les enfants ayant un TDAH », nous avons effectué notre enquête au sein de l'établissement hospitalier psychiatrique de Oued Ghir (EHS), service pédopsychiatrie, qui se situe à Bejaia où on a expliqué l'objectif et la nature de notre recherche au coordinateur et il nous a orienté vers les enfants qui souffrent de trouble déficit de l'attention avec/ sans hyperactivité malgré qu'il y a une rareté de cas liée à notre thème de recherche dans notre lieu de recherche et c'était du 1 février 2025 au 15 mars 2025.

D'après notre processus de recherche dans la pré-enquête quand on s'est orienté et informé on a pu trouver quatre enfants souffrant de TDAH qui consultent régulièrement au service pédopsychiatrie accompagnés avec leurs parents. Alors, la psychologue leur a proposé de participer à notre recherche afin que ses parents acceptent de faire avec nous l'entretien semi directif.

6.2-L'enquête :

L'enquête n'est pas une finalité en soi, mais un outil et un processus pour obtenir et valider de l'information destinée à l'analyse.

L'enquête est l'ensemble des opérations par lesquels les hypothèses vont être soumises à l'épreuve des faits, et qui doit permettre de répondre à l'objectif qu'on s'est fixé **(Blanchet, Gotman, 2014, P35)**.

En psychologie, il existe plusieurs méthodes et techniques telles que l'observation, l'entretien, le questionnaire et tests... ces outils permettent au clinicien dans le cadre de la recherche de récolter le maximum d'information en terme de qualité et quantité sur leurs patients.

Concernant notre thème de recherche, notre enquête a eu lieu au niveau de service pédopsychiatrie de l'EHS d'Oued Ghir, qui a duré 42 jours. D'abord, on a rencontré le

coordinateur qui nous a présenté, les psychologues et les orthophonistes et toute l'équipe de la pédopsychiatrie. La psychologue nous a expliqué qu'on aura des consultations et des ateliers avec les patients (TDAH), et nous avons pris connaissance des différentes salles et l'activité de chacune d'elles, comme : salle d'habilité sociale, salle d'ergothérapie, salle de structuration.

Ensuite, on a discuté sur notre thème et notre première démarche était de demander au sujet leur accord pour la participation à la recherche et après avoir informé de l'objectif général de la recherche et les règles inhérentes à l'éthique et à la déontologie (anonymat, données recueillies uniquement pour la recherche) ces explications relatives aux codes déontologiques ont permis d'obtenir le consentement et la confiance des sujets. Par la suite, la psychologue nous a donné la date de rendez-vous des patients et notamment le bureau bien équipée et confortable pour la passation de nos entretiens.

7-Difficulté de la recherche :

Dans chaque recherche scientifique, bien qu'essentielle, rencontre fréquemment des obstacles qui peuvent entraver son bon déroulement. Peut-être s'ils sont abordés de manière appropriée, enrichir et renforcer le processus de recherche.

En tant qu'étudiantes en psychologie clinique, nous faisons face à plusieurs difficultés majeures :

- Le temps limité dont on dispose qui nous a empêché de travailler avec l'échelle qui convient le plus à notre thématique.
- La non disponibilité des outils de la recherche.
- Les moyens de transport disponibles sont insuffisants et peu fiables, rendant les déplacements vers le lieu de stage difficile.
- Les trajets longs et surtout avec l'encombrement causé par les travaux de la route nationale N°12, les horaires incompatibles avec nos obligations académiques réduisent le temps consacré à l'étude et au repos.
- La rareté de cas complique la collecte de données suffisantes et variées, entravant la réalisation statistique fiable et généralisation des résultats.

Synthèse :

Le présent chapitre synthétise l'importance de la méthodologie dans tout travail ou recherche scientifique, considéré comme la partie centrale et constitue la base principale et primordiale de tout travail d'investigation, afin d'arriver à l'objectif inspiré.

Chapitre VI :

***Présentation, analyse des
résultats et discussion des
hypothèses***

Préambule

Dans cette partie, nous allons présenter les résultats du guide d'entretien semi-directif puis on va les analyser. Cette analyse nous permettra à des synthèses de chaque cas qui nous permettra de confirmer ou affirmer nos hypothèses par la suite.

1-Présentation et analyse des résultats :

1.1-présentation du premier cas B :

B est un garçon âgé de 8 ans, il est premier d'une fratrie de trois (1 fille, 2 garçons), il est en troisième année primaire issue d'une famille modeste avec un niveau socioéconomique moyen, B née d'une grossesse désirée mais trop stressé avec les problèmes, d'un accouchement normal. Son père travaille dans une entreprise lointaine qui cause son absence à la maison sauf les weekends, sa mère est une femme au foyer avec un niveau d'étude élevé (ingénieur en chimie).

B a été diagnostiqué par un pédopsychiatre à l'âge de 6 ans et il a été orienté vers une consultation psychologique et orthophoniste en raison de manifestation de plusieurs symptômes de trouble déficit de l'attention avec hyperactivité qui est un trouble neuro-développemental caractérisé par l'hyperactivité, l'inattention et l'impulsivité.

Sur le plan de la santé, il ne présente aucun problème organique contrairement au plan comportemental, il présente toute les caractéristiques de TDAH, il bouge trop lors de la séance, il a du mal à rester assis longtemps, il touche les objets présentés sur la table, il est agité lors des jeux et les activités de loisir, il parle excessivement, il n'achève pas ses tâches, ainsi que de passer d'une activité à une autre et il ne l'accompli jamais jusqu'à la fin.

Ensuite, en ce qui concerne l'inattention, il a des difficultés à maintenir son attention lors d'une activité qui nécessite un effort mental ou des activités éducatives, il ne suit pas les consignes puisqu'il semble désintéressé quand on lui parle.

Enfin, on distingue qu'il est impulsif, car il répond trop vite avant de finir la question adressée, il n'attend pas son tour lors de la séance dans l'atelier, il impose sa présence devant ces camarades.

Chapitre VI : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

-Analyse du guide d'entretien du premier cas B :

Pendant notre entretien avec la mère de B, elle a partagé avec nous de informations concernant l'état de son fils, et que c'est quelqu'un de très agité à l'école ainsi que chez lui ou où il en soit, il bouge beaucoup, et qu'il n'arrive jamais à attendre son tour, elle a citée aussi que l'absence de son conjoint rend la tâche plus difficile à gérer, sous l'expression « **iwfa avrid, le fait que argazi ikhadam anda ib3ad itwalayad que les weekend** », elle ajouta que B aime touchez les objets autour de lui, il arrive pas à être assis comme les autres enfants, il est aussi excité lors des jeux et des loisirs, il aime aussi parler excessivement et sans arrêt et revenant à les taches, il les accomplit jamais jusqu'à la fin, en disant que « **itehawal lahdur itaja kolch dazgan même les exercices ynas** ».

Synthèse du cas B :

D'après l'observation, l'entretien semi directif qui se sont déroulés tout au long de notre recherche, nous avons constaté que notre cas manifeste le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité accompagnés des comportements inadéquats.

1.2-Présentation du deuxième cas Kh :

Kh est un garçon âgé de 12 ans, benjamin d'une fratrie de deux enfants (2 garçons), il est en première année moyen (redoublant), il vient d'une famille moderne avec un niveau socio-économique moyen, son père travail tant que chef d'entreprise, tandis que sa mère est femme au foyer. Il est né d'une grossesse désirée, mais avec une fatigue intense, son accouchement été à post mature avec une césarienne.

Kh a été diagnostiqué la première fois par un pédopsychiatre à l'âge de 10 ans, puis il a été orienté vers un psychologue en raison d'une manifestation des symptômes d'un trouble déficit de l'attention avec hyperactivité.

Sur le plan de la santé, Kh ne présente aucun problème organique, d'autre part sur le plan comportemental, on diagnostique que c'est un enfant qui présente la majorité des symptômes de TDAH, sur le caractère de l'hyperactivité c'est un enfant qui se tortille, qui a du mal à rester avec une stabilité, il aime parler surtout avec d'autres enfants.

Pour le caractère de l'inattention, on distingue qu'il a beaucoup de mal à se concentrer et à être attentive, il néglige les consignes et il n'écoute pas quand on lui parle. Finalement avec

Chapitre VI : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

l'impulsivité on trouve qu'il est très excitable, impulsif, il n'a pas de la patience à attendre son tour et qu'on finit de lui poser une question.

-Analyse du guide d'entretien du deuxième cas Kh:

Lors de l'entretien fait avec la mère, ou elle a donné plein d'information sur le cas de conflit, qui est un enfant qui bouge et tortille et qui a du mal à être stable dans la classe ainsi qu'à la maison. Elle déclara également que Kh, aime beaucoup parler surtout avec les enfants et pendant ses taches il manque de concentration et ces exercices ne les finit jamais, il fait passer d'une activité à une autre, exprimé sous l'expression « **uykhdem ara kolch alma yfok, itaja kulech dazgan, issahu lahwayaj** » et lors des questions posées sur l'impulsivité elle a dit que c'est un enfant impatient à attendre son tour et qu'il répond sans réfléchir sans avoir écouté toute la question posée.

Synthèse du cas Kh :

D'après l'observation, l'entretien semi directif qui se sont déroulés tout au long de notre recherche, nous avons constaté que notre cas manifeste le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité accompagnés des comportements inadéquats.

1.3-Présentation du troisième cas I :

I est un enfant âgé de 6 ans, il est le benjamin d'une fratrie de cinq (3 filles, 2 garçons), il est en première année primaire provient d'une famille moderne en situation socioéconomique moyen, son père est un chauffeur, tandis que sa mère est une femme au foyer. Née d'une grossesse non désirée avec un stress tout au long de la grossesse causée par le colon nerveux, son accouchement été à terme et normal.

I a été diagnostiqué à l'âge de 5 ans et demi par un pédopsychiatre et il a été orienté à la psychologue en raison de manifestation des symptômes de TDAH ainsi que l'encoprésie.

Sur le plan de la santé, I a été hospitalisé 21 jours après son opération de répartition du colon, et à deux mois il a fait les deux poches pendant deux ans, et actuellement il souffre d'une encoprésie due à son opération.

Sur le plan comportemental, I présente toute les critères de TDAH en commençant par l'hyperactivité ou il présente la majorité de symptômes comme l'agitation, toujours besoin de toucher les objets et jouer avec les files de ses vêtements, incapable de tenir en place, il ne termine pas ses taches.

Chapitre VI : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Ensuite en passant à l'inattention, il a des difficultés à maintenir son attention lors d'une activité apparaît désintéressé lorsqu'on lui adresse une consigne, et il oublie souvent ses objets.

En fin, en ce qui concerne l'impulsivité, il réponds trop vite sans réfléchir et avant de finir la question, il essaye souvent d'imposer sa présence.

-Analyse du guide d'entretien du troisième cas I :

D'après l'entretien qui s'est déroulé avec la mère de I, elle nous a déclaré en premier lieu que son fils bouge beaucoup à la maison ainsi qu'à l'école ce qui nous a obligé de lui faire un accompagnement une AVS car il perturbe ses camarades et il n'arrive pas à suivre comme les autres élèves. Elle ajouta que I aime toucher tout ce qui est devant lui comme objet, ainsi que de jouer avec les fils de ses vêtements, exprimer par l'expression « **Itharik oye3ayo ara mera, ithibi adituchi lahwayaj même maçi daglas yarna ithibi adil3av s lakhyot nalqachis** », elle déclara aussi qu'il ne finit pas ses tâches et il fait pas ce qu'on lui demande, il néglige tout en disant que « **ikhddem rayis kan, aqeroyis iqqor am ublat** », rajoutant à ça, I présente des difficultés concernant la concertation surtout quand il s'agit de ses devoirs, elle mentionne également « **ustuqi3 lme3na g kra, uyetterara awal** », comme elle a indiqué que c'est un enfant impulsive, impatient à lui poser une question entière en disant que « **itripondid uqbel adnfak astesi-ni itripondid bla axxmem** ».

Synthèse de cas I :

D'après l'observation, l'entretien semi directif qui se sont déroulés tout au long de notre recherche, nous avons constaté que notre cas manifeste le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité accompagnés des comportements inadéquats.

1.4-Présentation du quatrième cas Ya :

Ya est une fille âgée de 11 ans, elle est la benjamine d'une fratrie de deux (un garçon et une fille), elle est en 5^{ème} année primaire (redoublante), provient d'une famille moderne d'un niveau socio-économique moyen, son père est un enseignant au collège ainsi que sa mère, née d'une grossesse désirée et attendue, vécu avec un stress au travail et l'accouchement été à terme mais avec une césarienne.

Sur le plan de la santé, Ya présente aucun problème organique, par contre sur le plan comportemental, il présente les trois caractéristiques de TDAH, l'hyperactivité, impulsivité et l'inattention.

Chapitre VI : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

En premier lieu l'hyperactivité, elle n'accepte même pas de s'asseoir lors de la séance, elle bouge trop, agité lors des jeux et les activités, elle parle trop avec une incompréhension, elle n'achève pas ces tâches.

En deuxième lieu l'inattention, elle présente des difficultés à maintenir son attention lors des activités, elle n'arrive pas à se concentrer, elle n'est pas attentive, elle ne suit pas les consignes données ainsi que des oublies fréquentes.

En dernier lieu, on distingue qu'elle est ainsi impulsive ou elle répond trop vite avant que la question soit entièrement posée.

-Analyse du guide d'entretien du quatrième cas :

Selon l'entretien avec sa mère, confirme que sa fille présente un comportement agité et qu'elle a du mal à rester assise surtout à l'école elle bouge trop moins qu'à la maison sachant que sa mère est son enseignante, elle déclara aussi qu'elle change son humeur d'une seconde à une autre et parle trop en disant que « **bessif ittramay, tdirangi ses camarades, tehebes ara lehdu les exercices ynes tajaten dazgen, meme g kham atfret kan watej kulesh akn** » elle ajouta qu'elle manque beaucoup de concentration lors des activités ou elle doit faire un effort mental ou dans ses loisirs, et elle cherche que des excuses pour se lever de sa place, et toucher tous les objets qu'il l'entoure ce qu'empêche la continuité de ces tâches « **mara ats3u les exercices utconcentri ara ghursen, toujours taffed seabath amk atreya3 imanis** ».

Synthèse du cas Ya :

D'après l'observation, l'entretien semi directif qui se sont déroulés tout au long de notre recherche, nous avons constaté que notre cas manifeste le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité accompagnés des comportements inadéquats.

Synthèse générale des cas :

Notre étude intitulée « le comportement adaptatif chez les enfants ayant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité », et d'après obtenue de notre propre observation lors de l'entretien qui s'est déroulés avec les parents des enfants, on synthétise que tout le groupe de recherche qui se compose de trois garçons et une fille, âgé entre 6 à 11 ans.

Chapitre VI : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Ces cas sont diagnostiqués comme présentant un trouble déficit de l'attention avec hyperactivité, car les enfants manifestes des symptômes d'agitation accompagnée d'impulsivité, et une inattention marquée accompagné des comportements inadéquats.

Malgré que ces enfants présentent cette pathologie de TDAH accompagnée des comportements inappropriés, mais ils ont pu surmonter et développer des comportements adaptatif et adéquats grâce à leur suivie régulier, le soutien de leurs parents ainsi que leurs volontés de s'évoluer et améliorer leurs qualités de vie.

L'observation s'est déroulée dans l'établissement hospitalier spécialisée en psychiatrie précisément dans la pédopsychiatrie, ou on a pu observer attentivement les comportements des quatre cas lors de chaque séance de consultation psychologique, ce qui nous a permis de recueillir plus de donnée sur leurs réactions et interaction.

De plus, l'entretien effectuer avec les parent on a pu confirmer que les enfants présente des symptômes de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et surtout accompagné des comportements inadéquats, ou on a pu noter que ces enfants ont réussi à être plus autonome qu'avant et cela a été confirmer par tous les parents de notre groupe de recherche, « l'autonomie est avant tout une valeur dans notre société, au même titre que l'honnêteté, le courage ». (Cuilleret. M, 2007, p 15).

On revanche, nous avons confirmé ce qui a été observé et récolté lors de l'entretien avec les parents, que ces quatre cas manifestes le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité accompagné des comportements inapproprié.

2- Discussion des hypothèses :

Notre travail est porté sur les difficultés de développer un comportement adaptatif chez les enfants ayant un TDAH.

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, se particularise par sa triade de symptômes : l'inattention, hyperactivité de l'impulsivité. La majorité de ces derniers se manifestent par nos cas, comme nous avons constaté que ce trouble est présent chez les garçons plus que les filles comme est mentionné dans le DSM-5.

Après avoir effectué l'entretien avec les parents, ainsi que les observations ou on a confirmé que les enfants ayant un TDAH présentent des difficultés à adapter un comportement adaptatif.

Afin de répondre à nos questions de départ, nous avons proposé les hypothèses suivantes :

Chapitre VI : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

1-Les enfant avec TDAH ont des difficultés à adapter un comportement adaptatif en fonction des situations sociales.

2-La prise en charge au sein de l'EHS de psychiatrie d'Oued Ghir améliore l'autonomie de l'enfant atteint de TDAH.

Revenant à la première hypothèse proposée et d'après les outils d'investigation que nous avons utilisés (observation, entretien semi directif) nous avons constaté que les enfants avec TDAH ont des difficultés à adapter un comportement adaptatif en fonction des situations sociales, ce qui confirme notre première hypothèse car la majorité des cas de notre groupe de recherche présentent des difficultés de l'inattention et l'impulsivité présentés par des difficultés de concentration et de contrôler leur impulsions ce qui rend difficile l'adaptation de leurs comportement en fonction des situations sociales.

L'étude mené par Douglas (1980) a postulé que les symptômes de trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité sont liés à des problèmes d'autorégulation, ce qui peut entrainer des difficultés dans les interactions sociales. Ainsi que l'étude de Barkely et al (2018) soulignent que les enfants ayant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, présente des déficits marquées dans les habiletés sociale et l'organisation et l'adaptation quotidienne. Ces enfants ont souvent du mal à suivre les règles sociales et manquent d'autonomie. Egalement pour Valera et Al (2019) indique que les enfants ayant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité présentent des déficits dans les domaines adaptatifs en particulier dans la communication, les compétences de vie quotidienne et la socialisation.

Concernant la deuxième hypothèse et à travers les outils d'investigations qu'on a utilisés, nous avons déduit que nos quatre cas ont pu améliorer leur autonomie après une bonne prise en charge au sein de l'EHS de psychiatrie d'Oued Ghir en collaboration avec les parents des enfants ayant un TDAH à acquérir des compétences adaptatives essentielles.

Par ailleurs, des études antérieures menés par plusieurs chercheurs tel que le rapport mené par l'American Academy of Pediatrics (2019) recommande une approche combiner, impliquant les parents, enseignants et thérapeutes, ce qui améliore la gestion de soi, la communication et les capacités pratiques chez les enfants ayant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. De plus Chronis-Tuscano et Al (2020) montrent que les programmes intégrés (Psychoéducation, guidance parental, thérapie comportemental) améliorent considérablement

Chapitre VI : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

le comportement adaptatif et l'autonomie des enfants ayant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.

D'après nos analyses et résultats interprétés et en s'appuyant sur les études antérieures de plusieurs chercheurs, en synthèse que nos hypothèses sont confirmées.

Conclusion

Conclusion :

Nous touchons actuellement à la fin de ce modeste mémoire, c'est une recherche qui s'intéresse à l'aspect psychologique, précisément on s'est basé sur l'un des troubles neuro-développementaux les plus fréquents chez les enfants qui est le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.

Notre attention est basé sur une recherche intitulée « le comportement adaptatif chez les enfants ayant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité », qui a été réalisée dans le service pédopsychiatrie d'Oued Ghir sur un nombre de quatre enfants d'âge, de sexe et de niveau scolaire différents.

Compte tenu de la thématique, une approche intégrative est envisagée qui comprend une méthode descriptive, entretien semi directif qui nous a aidé à fournir plus de détaille sur le vécu de chaque enfant, et qui sont les outils les plus convenable à notre thème de recherche.

On a constaté durant notre recherche que le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité il est plus présent chez les garçons que les filles et il est plus remarquable chez le genre masculin avec l'hyperactivité et concernant le genre féminin en l'identifiant avec l'inattention, et que ce trouble a de multiples facteurs (génétiques, environnementaux, familiaux et psychosocial).

Les enfants ayant un TDAH font face à des défis uniques en matière d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité ce qui peut entraver leur développement social, émotionnelle et académique.

Cependant il est essentiel de reconnaître que ces enfants ont également la capacité de développer des comportements adaptatifs en réponses à leurs environnements et que chaque enfant a sa propre stratégie d'adaptation et sa propre histoire personnelle vécu, son réseau de soutien ainsi que d'autre facteur.

En conclusion, on tient à souligner que les enfants ayant un TDAH ont besoin d'aide et d'un soutien psychologique pour qu'ils réussissent d'adapter des comportements adéquats surtout au milieu scolaire qui est l'aspect le plus touchée.

On insiste ainsi sur l'importance de l'accompagnement parental pour épauler les enfants souffrant de ce trouble, car pour avoir un suivie qui mène au bon résultats qui améliorera leurs qualités de vie et pour assurer une évaluation dans tous les domaines.

La liste bibliographique

La liste bibliographique :

I. livres :

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5e éd.). Washington, DC: APA.
2. Antoine, P. (2021). Méthodes de recherche en psychologie clinique. Paris : Dunod.
3. Alvin, P., & Marcelli, D. (2005). Médecin de l'adolescent. Paris : Elsevier/Masson.
4. Bénony, H. (1999). Psychopathologie de l'enfant. Paris : Dunod.
5. Bernard, P. Y. (2007). La méthode descriptive en sciences humaines. Paris : Armand Colin.
6. Blanchet, A., & Gotman, A. (2017). L'enquête et ses méthodes : L'entretien. Paris : Armand Colin.
7. Bloch, H., et al. (1992). Les échelles d'évaluation en psychologie de l'enfant. Paris : Masson.
8. Chabrol, B., Dulac, O., Mancini, J., & al. (2010). Neurologie pédiatrique. Paris : Flammarion.
9. Chahraoui, K. H., & Bénony, H. (2003). Observation clinique et évaluation du comportement. Paris : PUF.
10. Ciccone, A. (1998). La fonction paternelle. Paris : PUF.
11. Cuilleret, M. (2007). Autonomie de l'enfant et développement. Paris : Éditions sociales françaises.
12. Dolto, F. (1984). Lorsque l'enfant paraît. Paris : Gallimard.
13. Fraisse, P. (1963). Psychologie du développement de l'enfant. Paris : PUF.
14. Hevré, B., & Chahraoui, K. (1999). Méthodes d'entretien clinique. Paris : Masson.
15. Marzuki, S., & Khalid, A. (2018). Méthodologie de la recherche en psychologie. Alger : Office des publications universitaires.
16. Morrison, K. (2018). Research Methods in Education. London: Routledge.
17. Py, B. (2007). Comprendre les méthodes qualitatives. Paris : Dunod.
18. Raymond, Q., & Van Campenhoudt, L. (2011). L'entretien semi-directif : Un outil de recherche. Bruxelles : De Boeck Supérieur.

19. Rey-Debove, J., & Rey, A. (2007). *Le grand dictionnaire des symboles et des analogies*. Paris : Le Robert.
20. Teeter, P. A. (1998). *Interventions for ADHD: Treatment in developmental context*. New York : Guilford Press.

II. Articles :

21. Drechsler, R., et al. (2020). Neuropsychological aspects of ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(10), 1309–1323.
22. HAL. (s.d.). Développement socio-affectif de l'enfant [HAL Id: hal-01792711]. <https://hal.science/hal-01792711>
23. Johnson, M., et al. (2000). ADHD in children: A population-based study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(3), 331–341.
24. Sayal, K., et al. (2017). ADHD in children and adolescents: Diagnosis and management. *BMJ*, 358, j3561. <https://doi.org/10.1136/bmj.j3561>
25. Site Web : La Mini Coach TDAH. (s.d.). Statistiques sur le TDAH. <https://laminicoachtdah.fr/tdah-sensibilisation/tdah-statistiques>
26. Organisation mondiale de la santé. (s.d.). Troubles du développement. <https://www.who.int>
27. Chronis-Tuscano, A., et al. (2020). Parent Training for Preschool ADHD: A Meta-Analytic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 23, 1–16. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00300-0>
28. American Academy of Pediatrics. (2019). ADHD: Clinical Practice Guideline. *Pediatrics*, 144(4), e20192528. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528>
29. Barkley, R. A. (2018). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (4e éd.). Guilford Press.
30. Valera, E. M., et al. (2019). Adaptive functioning in children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 23(7), 745–756.

III. Dictionnaire :

31. Campolini, C., Timmermans, A., & Vansteelandt, A. (2002). *Dictionnaire de logopédie : La construction du nombre*. Paris, France : PEETERS.

32. Sillamy, N. (2004). Dictionnaire de la psychologie. Paris, France : Éditions Larousse.

Annexe

Le guide d'entretien

Guide d'entretien

Information personnelles :

1-Nom et prénom :

2-Sexe :

3-Age :

4-Date et lieu de naissance :

5-Scolarisé : Oui/Non

Antécédent familiaux

6-Nom, prénom de père :

7-La profession :

8-Nom, prénom de la mère :

9-La profession :

10-Nombre des frères et des sœurs :

11-Son classement dans la fratrie :

12-Est-ce qu'ils ont des troubles dans la famille :

Axe 1 : Renseignement sur la pathologie

13-Comment se tient-il quand il est censé être assis ?

14-Est-ce qu'il répond avant la fin des questions en coupant la parole aux autres ?

15-Est-ce qu'il finit ce qu'il commence ?

16-Comment vous trouvez son humeur d'habitude ?

17-S'obstine-t-il avec les adultes ?

18-Comment réagit-il quand on lui demande de faire quelque chose de difficile ?

19-Est-ce qu'il a du mal à se concentrer ou est-ce qu'il n'écoute pas quand on lui parle ?

20-Est-ce qu'il a du mal à organiser ce qu'il doit faire ?

Axe2 : renseignement sur les habilités pratique et conceptuelle de l'enfant

21-Peut-il manger seule et correctement et utilise correctement les ustensiles ? (Fourchette, cuillère...)

22-Est-ce qu'il renverse les aliments en mangeant ?

23-Est-ce qu'il s'habille et se déshabille seul, ou a-t-il besoin d'aide ?

24-Peut-il mettre ses chaussures correctement et seule ?

25-Est-ce qu'il fait sa toilette seule ?

26-Range-t-il ses affaires personnelles ?

27-Est-ce qu'il exprime ses émotions envers les autres et devant tout le monde ?

28-Est-ce qu'il s'embles attentif quand on lui parle ?

29-Est-ce qu'il obéit ?

Axe3 : Renseignement sur comportement de l'enfant

30-Est-ce qu'il se sent responsable de ces comportements ?

31-Sa réaction envers les personnes tierces qui lui parle ?

32-Comment il se comporte avec les autres enfants (calme ou agité) ?

33-Est-ce qu'il aime les activités qu'on lui propose ?

34-Est-ce qu'il demande l'aide quand il est face aux activités ?

35-Est-ce qu'il frappe-il ou insiste sur la personne quand il désire quelque chose ?

Résumé :

Ce modeste travail intitulé « Le comportement adaptatif chez les enfants ayant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité », a été réalisé au sein de l'EHS de psychiatrie d'Oued Ghir avec un groupe de recherche de quatre enfants, d'âge et de sexe différents.

L'objectif est de savoir si les enfants ayant le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité peuvent développer un comportement adaptatif, pour mieux approfondir dans cette thématique nous avons adopté une méthode descriptive et dans le but de vérifier nos hypothèses nous avons fait référence à l'observation et le guide d'entretien.

Cette étude nous a permis de répondre et de confirmer nos deux hypothèses :

1-Les enfants avec le trouble déficitaire de l'attention ont des difficultés à adapter un comportement adaptatif en fonction des situations sociales

2-La prise en charge au sein de l'EHS de psychiatrie d'Oued Ghir améliore l'autonomie des enfants ayant le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.

Mots clés : Comportement adaptatif, enfant, TDAH