



Université Abderrahmane Mira – Bejaïa

Faculté des Sciences Humaine et Sociale

Département de Psychologie et D'orthophonie



Mémoire de fin de cycle

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

Option : Psychologie Clinique

Thème

**La qualité de vie et l'anxiété chez les mamans ayant un enfant
TDA/H**

Etude de cinq (05) cas au niveau de L'EHS en Psychiatrie

Oued-Ghir

Réalisé par :

❖ **Yahiaoui Cylia**

❖ **Zidat Lotfi**

Encadré par :

Dr. Guezoui Djedjiga

Année universitaire 2023/2024

Remerciements

Et voici le jour de mettre le point final à ce modeste travail et à ces années d'étude au sein de l'université A. Mira Bejaïa.

Tout d'abord, nous tenons à manifester notre louage à dieu le tout puissant d'avoir guidé nous pas pour accomplir ce travail et de le mener à terme.

Ont tient à remercier notre promotrice Mdm, Guezoui Djedjiga, Pour son encadrement, sa disponibilité permanente, et ses orientations.

Nos remerciement s'adresse aussi a Mdm, Benabdelhak Fouzia pour sont aide pratique et son soutient moral et ses précieux conseils.

Nos vifs mercîments aux membres du jury pour avoir accepté d'évaluer et d'examiné notre travail.

Finalemnt, on tient à remercier nos familles qui nous ont soutenus et encourager tout le long de notre parcours.

Et tous ceux qui nous ont aidé ou intéresser de près ou de loin a ce travail.

Cylia et Lotfi

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à la mémoire de mon grand-père et ma grand-mère paternelle à mon oncle et sa femme disparu trop tôt, j'espère qu'ils vont apprécier cet humble geste comme preuve de reconnaissance de ma part, puisse Dieu le tout puissant les avoirs en sa sainte miséricorde.

À mes grands parents maternelle je leurs souhaite une longue vie.

À mes très chers parents qui m'ont guidé durant les moments les plus pénible de ce long chemin, ma mère qui à été à mes cotés et ma soutenus durant toute ma vie, et mon père qui a sacrifié toute sa vie afin de me voir devenir ce que je suis, merci mes parents je vous aime.

À mon très chère frère Massi je lui souhaite une vie pleine du bonheur et de succès.

À tous mes oncles et à mes tantes.

À toute la famille Yahiaoui sans exception.

À mes chères cousines et à mes amies une par une, en souvenir de nos éclats de rire et des bons moments, en souvenir de tout ce qu'on a vécu ensemble.

À mon Binôme "Lotfi" pour sa patience et sa compréhension tout au long de ce travail.

À ma promotrice Mdm, Guezoui.

À Mdm Benabdelhak,

À tous ceux qui m'aiment et à tous ceux qui me sont chères.

CYLIA

Dédicaces

C'est avec une énorme reconnaissance, et immense joie que je dédie ce travail de fin d'étude en particulier a tous ceux qui me sont très chère,

A ma très chère mère

Quoi que je fasse ou que je dise, je ne saurais la remercier comme il ce doit, pour tout c'est sacrifices et sa patience.

A mon très cher père

Qui a toujours été un exemple pour moi, Qui ma toujours soutenu encourager a affronté les différents obstacles.

« A vous, mes parents, je dis merci d'avoir fait de moi l'homme que je suis aujourd'hui, Aucune dédicace ne pourra exprimer mes respects ni ma grande admiration pour vous. Puisse ce travail témoigne mon affection et mon profond amour »

A mes chers frères : Rafik, Massinissa et Islam pour leurs encouragements et leurs soutiens.

« Puisse Dieu vous donne santé, bonheur, courage et surtout réussite »

A tout les membres de ma grande famille.

A ma binôme "Cylia" pour sa patience et sa compréhension toute au long de ce travail.

A mes amis, mes enseignants, et pour tout ceux qui mon donné de l'aidé

« Que Dieu vous paye pour tout vos bienfaits. »

A tous ceux que J'aime et qui m'aiment je dédie ce mémoire.

Et pour finir, je tiens à me remercier d'avoir cru en moi et de n'avoir jamais abandonné.

LOTFI

Liste des Abréviations

Liste des abréviations :

TDA/H : Trouble d'attention avec ou sans Hyperactivité.

OMS : Organisation Mondiale de la santé.

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual

TCC : Thérapie Cognitive et Comportemental

QV : Qualité de vie.

QVT : Qualité de Vie au Travail.

SF-36: 36 Short Forms.

NHP: Nottingham Health Profile.

WHOQOL BREF: World Health Organization Quality of Life.

L'HAM-A: l'échelle d'Hamilton d'anxiété.

FSS: Fear Survey Schedule.

HAD: Hospital Anxiety and Depression scale.

EHS: Etablissement hospitalier spécialisé.

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

Table des matières

Remerciements

Dédicaces

Liste des abréviations

Introduction15

Chapitre I : Cadre générale de la problématique :

1. Problématique.....	18
2. Les hypothèses	20
3. Objectif et Importances du choix de thème	20
4. Opérationnalisation des concepts	20

Partie Théorique

Chapitre II : La Qualité de Vie

-Préambule	23
1. Aperçu historique sur la qualité de vie.....	23
1.1. Point de vue philosophique.....	23
1.2. Point de vue sociologique.....	23
1.3. Point de vue médicale.....	24
1.4. Point de vue économique et politique.	24
2. Définition et conception de la qualité de vie.....	24
2.1. Définitions	24
2.1.1. Définition selon l’OMS.	25
2.1.2. Définition selon Différent auteurs.....	25
2.2. Conceptions	25
2.2.1. Conceptions Objective.....	25
2.2.2. Conception Subjective.....	25
2.2.3. Conception Intégrative.	26
3. Les domaines de la qualité de vie.	26
3.1. Le domaine psychologique.	26
3.2. Le domaine physique.....	26
3.3. Le domaine social.	26
4. Les théories de la qualité de vie.....	27
5.1. La qualité de vie globale.....	27
5.2. La qualité de vie de point de vue environnementale	27
5.3. La qualité de vie au travail.....	27
5.4. La qualité de vie en relation avec la santé.	27

5. Les objectifs de la qualité de vie.....	28
6. Les types d'instruments évaluant la qualité de vie.	28
6.1. Questionnaire Générique.	28
6.2. Questionnaire Spécifique.....	28
7. L'importance de l'évaluation de la qualité de vie.	29
8. Les dimensions de la qualité de vie.	30
9. La qualité de vie de mamans des enfants TDA/H	30
Synthèse	31

Chapitre III : L'anxiété

-Préambule	33
1. Définitions de l'anxiété.....	33
2. Aperçu historique.....	33
3. Les différents types de l'anxiété.....	34
3.1. L'anxiété légère.....	34
3.2. L'anxiété modérée.....	34
3.3. L'anxiété sévère.	35
4. L'anxiété trait et l'anxiété état.....	35
4.1. L'anxiété Trait.	35
4.2. L'anxiété état.	35
5. L'anxiété normale et l'anxiété pathologique.	35
5.1. L'anxiété normale.	36
5.2. L'anxiété pathologique.....	36
6. La Symptomatologie Anxieuse	36
6.1. Symptômes au niveau mental.	36
6.2. Symptômes au niveau physique.....	37
7. Classification des troubles Anxieux selon le DSM V.....	37
7.1. Trouble de panique.....	37
7.2. Trouble d'anxiété généralisée.	37
7.3. Agoraphobie.....	38
7.4. Phobie spécifique.	38
7.5. Trouble anxieux sociale (phobie sociale).	38
7.6. Troubles anxiété de séparation.....	38
8. Les modèles théoriques de l'anxiété.	38
8.1. L'approche psychanalytique.	38
8.2. L'approche biologique.	39
8.3. L'approche psycho-comportemental.....	39
9. Evaluation de l'anxiété.....	39
9.1. L'échelle d'anxiété de Hamilton.	39
9.2. Les échelles des peurs (FSS)	40
9.3. L'échelle de HAD.	40

9.4. Le questionnaire des peurs	40
10. Le traitement de l'anxiété.....	40
10.1. La prise en charge non médicamenteuse	40
10.2. La prise en charge médicamenteuse.....	41
Synthèse	42

Chapitre IV : Trouble de Déficit de l'attention avec ou sans Hyperactivité.

-Préambule.....	44
1. Définition du trouble de TDA/H.....	44
2. Troubles et pathologie associées.....	45
3. L'histoire de la clinique de l'instabilité de l'enfant	45
4. La divergence entre les courants des pensées	45
5. Formes Clinique	46
5.1. Les symptômes majeurs du trouble	46
6. Critères diagnostic selon DSM VI-TR	46
7. Les facteurs de risque et l'étiopathogénie du TDA/H	50
7.1. Les facteurs génétiques et neurochimiques.....	50
7.2. Les facteurs anatomiques	51
7.3. Les facteurs neurophysiologiques.....	51
7.4. Les facteurs neuropsychologiques	51
7.5. Les facteurs obstétricaux	51
7.6. Les facteurs Toxique	52
7.7. Les facteurs Psychosociaux	52
8. Diagnostic différentiel	52
9. La Prévention du TDA/H.....	53
10. Le devenir d'un enfant TDA/H	53
11. Description des classifications actuelles.	54
11.1. Classification selon DSM.....	54
11.2. Classification selon CIM 10.....	55
11.3. Classification selon CFTMEA.....	55
12. L'évaluation du trouble de TDA/H	56
12.1. Echelles et test.....	56
13. La prise en charge.....	57
13.1. La prise en charge non médicamenteuse	57
13.2. La prise en charge médicamenteuse.....	58
Synthèse	60

Partie Pratique

Chapitre V : Méthodologie de la recherche.

-Préambule	63
1. La démarche de la recherche.	63
1.1. La pré-enquête.	63
1.2. La méthode clinique	64
1.2.1. La méthode descriptive.	64
2. présentation de lieu de recherche et du personnel.....	64
2.1. Présentation de la population d'étude.	65
2.2. Les caractéristique de la population d'étude.....	66
3. Les outils de la recherche.	66
3.1. L'entretien clinique.	67
3.1.1. Le guide d'entretien et son application.	67
3.2. Questionnaire sur la qualité de vie.	67
3.3. L'échelle d'Hamilton.	71
4. Difficulté rencontrées.....	72
Synthèse.....	73

Chapitre VI : Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses.

• Présentations du premier cas	75
1. Présentation générale de Madame "N"	75
2. Analyse de l'entretien Clinique de Madame "N"	75
3. Analyse des résultats du questionnaire de la qualité de vie (WHOQOL-BREF) de Madame "N"	76
4. Analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton de Madame "N"	76
5. Résumé des cas	77
• Présentation du deuxième cas	78
1. Présentation générale de Madame "Z"	78
2. Analyse de l'entretien Clinique de Madame "Z"	78
3. Analyse des résultats du questionnaire de la qualité de vie (WHOQOL-BREF) de Madame "Z"	79
4. Analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton de Madame "Z"	79
5. Résumé des cas	79
• Présentation du troisième cas	80
1. Présentation générale de Madame "H"	80
2. Analyse de l'entretien Clinique de Madame "H"	80
3. Analyse des résultats du questionnaire de la qualité de vie (WHOQOL-BREF) de Madame "H"	81
4. Analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton de Madame "H"	81

5. Résumé des cas	81
• Présentation du Quatrième cas	82
1. Présentation générale de Madame "S"	82
2. Analyse de l'entretien Clinique de Madame "S"	82
3. Analyse des résultats du questionnaire de la qualité de vie (WHOQOL-BREF) de Madame "S"	83
4. Analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton de Madame "S"	83
5. Résumé des cas	83
• Présentation du cinquième cas.....	84
1. Présentation générale de Madame "B"	84
2. Analyse de l'entretien Clinique de Madame "B"	84
3. Analyse des résultats du questionnaire de la qualité de vie (WHOQOL-BREF) de Madame "B".....	85
4. Analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton de Madame "B"	85
5. Résumé des cas	85
6. Discussions des hypothèses :	86
Synthèse :	88
Conclusion	90

Liste bibliographique

Annexes

Liste Des Tableaux et Figures

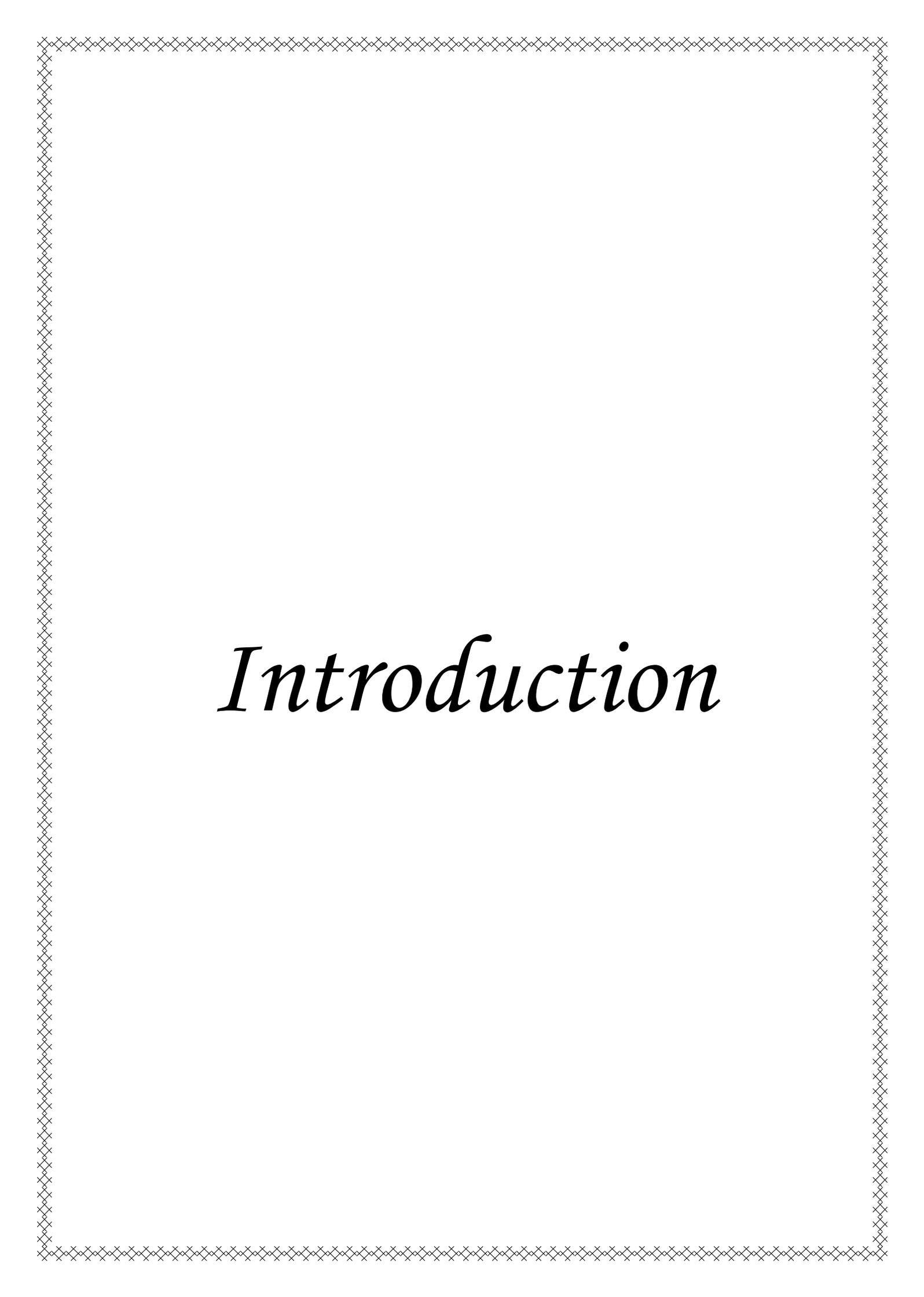
Liste des tableaux :

Numéro	Représentation	Page
1	Critères diagnostics du TDA/H selon le DSM IV-TR	49
2	Représente les 3 départements de notre lieu de recherche	65
3	Représente les caractéristiques de la population d'étude	66
4	Représente les résultats de la validité du barème par la méthode de l'honnêteté discriminatoire du questionnaire de qualité de vie	69
5	Représente les résultats de la validité de la cohérence interne des dimensions et du score global de l'échelle de qualité de vie.	70
6	Représente les résultats du coefficient de stabilité alpha de Cronbach pour l'échelle de qualité de vie.	70
7	Représente les résultats obtenu après la passation du questionnaire de qualité de vie pour madame "N"	76
8	Représente les résultats obtenu après la passation de l'échelle d'Hamilton pour madame "N"	76
9	Représente les résultats obtenu après la passation du questionnaire de qualité de vie pour madame "Z"	79
10	Représente les résultats obtenus après la passation de l'échelle d' Hamilton pour madame "Z"	79
11	Représente les résultats obtenu après la passation du questionnaire de qualité de vie pour madame "H"	81
12	Représente les résultats obtenus après la passation de l'échelle d'Hamilton pour madame "H"	81
13	Représente les résultats obtenus après la passation du questionnaire de qualité de vie pour madame "S"	83
14	Représente les résultats obtenus après la passation de l'échelle d'Hamilton pour madame "S"	83
15	Représente les résultats obtenus après la passation du questionnaire de qualité de vie pour madame "B"	85
16	Représente les résultats obtenus après la passation de l'échelle d'Hamilton pour madame "B"	85
17	Représente les résultats obtenus par le questionnaire de qualité de vie pour les 5 cas.	86
18	Représente les résultats de l'anxiété obtenus après la passation de l'échelle d'anxiété d'Hamilton au prêt de nos 5 cas.	87

Liste Des Tableaux et Figures

Liste des figures :

Figure 01	Schéma qui résume les 8 dimensions de la qualité de vie.	30
----------------------	--	-----------



Introduction

Introduction:

Le point commun entre tous les être humains est d'avoir séjourné quelque temps dans le corps d'une femme, notre mère, séjour dont nous gardons les traces forcément lointaine, mais ineffaçable. Attendre un enfant, c'est faire de la place en soit a un autre, c'est apprendre progressivement à se mettre dans un état de réceptivité a quelqu'un que l'on ne connaît pas encore.

Le chemin à parcourir n'est pas forcément facile malheureusement avec toutes les difficultés et troubles ou maladies que cette enfant peut porter.

Parmi les troubles qui touchent les enfants on cite le trouble d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), qui est un trouble d'origine neuro- développemental fréquent d'apparition précoce qui touche 3 à 5% des enfants d'âge scolaire. Il s'agit d'un trouble de plus en plus connu et reconnu en France malgré la grande divergence des approches qui persiste dans le pays (**Revol, O et Brun, V.2010, P, 23**).

Le parcours d'une maman d'un enfant atteint de TDA/H est souvent laborieux et plains d'obstacles, elle se retrouve face à la souffrance d'un enfant dynamique ou dans la lune, bavard, distrait ou un peu maladroit, et elle ne se rend pas comptes du désordre qui régnait dans son cerveau , elle ignore la souffrance qu'il peut y avoir, cachée à l'intérieure de se petit être aux idées hyperactives.

La maman doit apprendre à vivre avec cet enfant souvent en souffrance ce qui lui complique sa vie d'avantage car elle se trouve dans l'obligation de changer ses comportements et son mode d'éducation vis-à-vis de son petit pour l'aider, tout cela entraine une séries de réactions inévitable et une altération de la qualité de vie des maman qui peut mener vers l'apparition des troubles telle que l'anxiété.

L'anxiété qui est un état psychologique et physiologique caractérisé par des composants somatiques, émotionnels, cognitifs, et comportementaux. En l'absence ou présence de stressse psychologique, l'anxiété peut crée des sentiments de peur, d'inquiétude de difficulté et de crainte.

Dans notre thème de recherche porte sur « la qualité de vie et l'anxiété chez les maman ayant un enfants TDA/H » nous avons choisi comme terrain d'étude L'ESH en Psychiatrie de Oued- Ghir service de Pédopsychiatrie, pour répondre aux objectifs de notre recherche.

Nous allons toute au long de notre analyse nous focalisé sur la qualité de vie et la présence de l'anxiété chez les mamans des enfants TDA/H

L'objectif ultime de notre étude est d'indiqué, mesurer et d'évaluer la nature des difficultés que ces mamans rencontrent avec leurs enfants TDA/H et comment est ce que ces difficultés influence t'elle sur la qualité de vie des mamans. Ainsi d'explorer leur niveau d'anxiété et les effets psychologiques que cela peut leurs causer. Enfin on va essayer de

Introduction

donner à cette catégorie de mamans la volonté et le courage pour travailler avec leurs petits et de ne pas lâcher prise face aux obstacles qu'elles peuvent rencontrer.

Pour atteindre notre objectif nous avons adopté un plan de travail qui comprend les éléments suivant : Une introduction générale, Le cadre générale de la problématique, Les objectifs et choix de thème de la recherche, Les hypothèses, Les définitions théoriques des concepts clé et leurs opérationnalisations.

Une partie théorique qui englobe trois chapitres, le premier est consacré pour le cadre générale de problématique. Le deuxième chapitre concerne la qualité de vie, son aperçu historique, sa définition et conceptions, les domaines de la qualité de vie, ses théories, l'objectif de la mesure de la qualité de vie, les types d'instruments évaluent la qualité de vie, l'importance de son évaluation et ses dimensions pour terminer avec la qualité de vie des mamans des enfants TDA/H. et un troisième chapitre qui parle de l'anxiété, sa définition, son aperçu historique, les types et formes de l'anxiété, l'étiologie, la sémiologie, la classification, les modèles théorique, son évaluation et conclure enfin avec la prise en charge.

Quand a la partie pratique contient deux chapitres, le chapitre méthodologique dont en a parler sur la démarche de la recherche, présentation de lieu de recherche, les outils de la recherche. Le chapitre deux comporte la présentation des cinq (05) cas mamans et leurs analyse et la discussion des hypothèses. Enfin on va clôturer notre étude par une conclusion générale.

Chapitre I:

*Cadre Générale de
la Problématique*

1. Problématique :

Elever un enfant TDA/H est un défi unique, souvent incompris. Les conseils traditionnels ne suffisent pas, il est facile de se sentir dépasser vu que l'accompagnement d'un enfant atteints de se trouble est un voyage complexe mêlant amour profond et défis quotidiens car il a davantage de difficultés que les enfants de sont âge, a répandre aux exigences de sont entourage.

Le diagnostic de TDA/H est considéré comme le trouble mentale le plus prévalent, d'après les études réalisés dans le monde entre 3 à 5 % d'enfants scolarisés souffrent de TDA/H. Ce qui est fort inquiétant c'est qu'en Algérie compte 8 millions d'élèves, c'est soit quelque 80000 d'entre eux qui sont atteints de ce trouble (www.santemaghreb.com).

Selon (Willcutte, 2012) 5 à 7% chez les enfants scolarisés surtout chez les garçons et les jeunes de milieux socioéconomique défavorisée (**Russell, Ford Williams, 2016**).

Dans le milieu familial, l'enfant atteint du TDA/H affecte l'ambiance familiale, la moindre défaillance de santé ou incident matériel, provenant des jeux et maladresse de l'enfant, peut tourner en drame psychologique, les tensions psychologiques entraînent par l'auto-défense, l'agressivité caractérielle ou la dépression et dans le groupe familial, des réactions caractérielles en chaîne.

L'impacte de se trouble sur le fonctionnement familial a été étudié par plusieurs auteurs, les résultats de ces études montrent que ces familles présentent plus de difficulté d'ordre psychologique par rapport aux familles n'ayant pas d'enfants atteints du TDA/H. Les études sur le fonctionnement familiale de l'enfant hyperactif montrent que : « il semble qu'en présence d'un enfant TDA/H au sein d'une famille, le fonctionnement familial soit problématique » (**Nathalie Nader-Grosbois, 2009**).

Comme le rôle traditionnel l'indique c'est la maman qui prend soin de ses enfants et elle est plus proche d'eux, cependant les recherche consacrées sur ce sujet ont très peut explorer l'impacte ce trouble sur le vécu psychologique de la mère et surtout le lien entre ce vécu et l'évolution du TDA/H.

Befera et Barkly (1985) : « Notent la fréquence des tendances dépressives chez les mères, mais soulignent l'impossibilité de préciser si elles sont cause ou conséquences du comportement hyperkinétique de l'enfant » (**Benamara, A. Hadbi, M. p, 01**).

Le dysfonctionnement concerne beaucoup plus la maman, du fait de son implication dans l'éducation de son enfant, et vu la souffrance de se dernier elle est surexposé a développer des troubles tel que la dépression, les troubles obsessionnelles compulsive ... et l'anxiété qui est l'une des questions fondamentale de notre étude.

L'anxiété qui est une émotion désagréable qui combine des symptômes physique (le cœur bat vite et fort, la respiration semble difficile, présence de sueurs, tremblement, étourdissements ou de mains moites, corps crispé, muscles tendus) et des pensées anxieuse

(inquiétudes, rumination, obsession, doutes, craintes). Les différents troubles anxieux se distinguent par ce qui déclenche l'anxiété et l'intensité et la durée des symptômes.

En effet, il faut noter qu'il existe deux types d'anxiété : anxiété trait et anxiété état.

Spielberger (1966) différencie l'anxiété état de l'anxiété trait. La première est une émotion transitoire caractérisée par un arousal physiologique et la perception de sentiments d'appréhension, de crainte et de tension. Par contre l'anxiété trait est une prédisposition à répondre sur un mode anxieux et plus précisément la tendance à répondre par la peur à des stimuli stressants (**Graziani. P, 2003, p.12**).

Tous ces obstacles amènent les mamans de ces enfants à vivre au quotidien des situations particulières, stressantes et douloureuses, ce qui provoque chez elles un sentiment de désespoir, d'épuisement relationnel, professionnel ainsi que familiale et conjugale tout cela mène vers une perturbation totale et une altération de leur qualité de vie.

La qualité de vie qui est l'une des variables de notre étude cette notion est considérée comme l'un des concepts les plus larges à définir. Une grande divergence entre les chercheurs a propos de ce dernier.

L'OMS (1993), définit la qualité de vie comme la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système des valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes (**Michel, J. Stéphane, G. 2003, p3**).

Les philosophes quant à eux (Aristote, Platon, et d'autres...) ont considéré la qualité de vie comme le bonheur et la satisfaction de la vie ou comme le bien-être matériel.

Notre étude va se baser sur la thérapie cognitive et comportementale (TCC), parce que elle fait partie des approches qui s'occupent de la prise en charge des troubles anxieux

L'approche cognitive et comportementale est une méthode intensive et de courte durée qui met l'accent sur le moment présent et les problèmes qui surviennent au quotidien. Elle nous aide à mieux examiner la façon dont on interprète les événements qui surviennent et les effets de nos perceptions sur nos émotions.

Dans notre thématique de recherche on a abordé le concept qualité de vie mais avant cela l'anxiété puisque ce dernier engendre des problèmes d'ordre physiques et psychologiques pour les parents et spécifiquement les mamans puisque c'est elles qui s'occupent généralement de la prise en charge de son enfant TDA/H.

Pour réaliser nos objectifs et notre problématique il est nécessaire de poser les questions suivantes :

Quelle est l'influence de l'anxiété sur la qualité de vie chez les mamans ayant un enfant TDA/H ?

Quels sont les facteurs qui déterminent la nature de l'influence de l'anxiété sur la qualité de vie chez les mamans des enfants TDA/H ?

2. Les hypothèses :

- L'anxiété influence la qualité de vie des mamans qui ont un enfant atteint de TDA/H.
- L'influence de l'anxiété sur la qualité de vie des mamans ayant un enfant TDA/H peut être déterminée par plusieurs facteurs qui peuvent être classées comme suite, interne et externe.

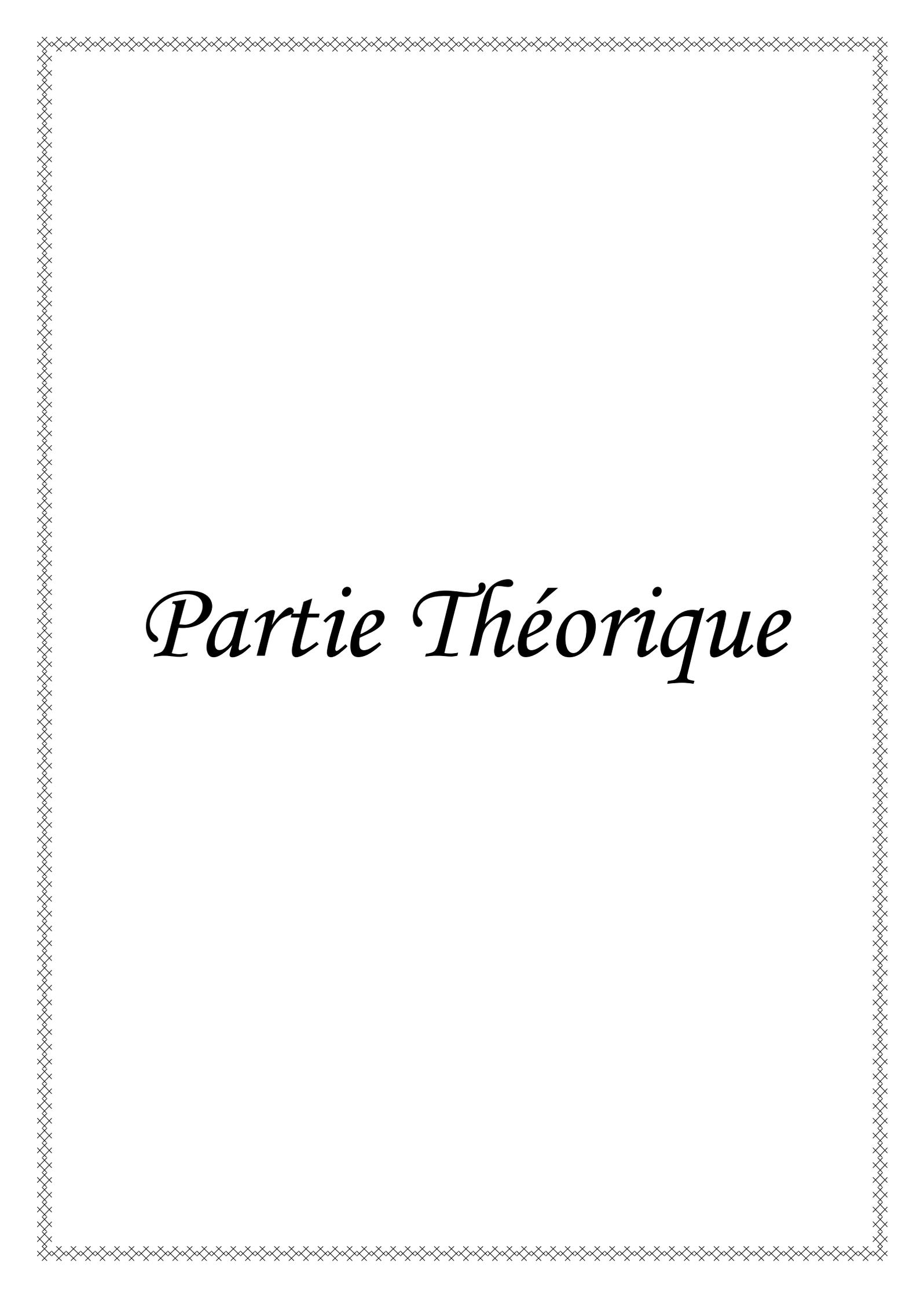
3. Objectif et importance du choix de thème :

La raison principale qui nous a incités à choisir cette thématique est pour décrire et démontré la qualité de vie des mamans ayant un enfant TDA/H, et de pouvoir distingué l'influence de son enfant sur les différents domaines de la vie quotidienne. Et la possibilité de développer l'anxiété chez cette catégorie de mamans.

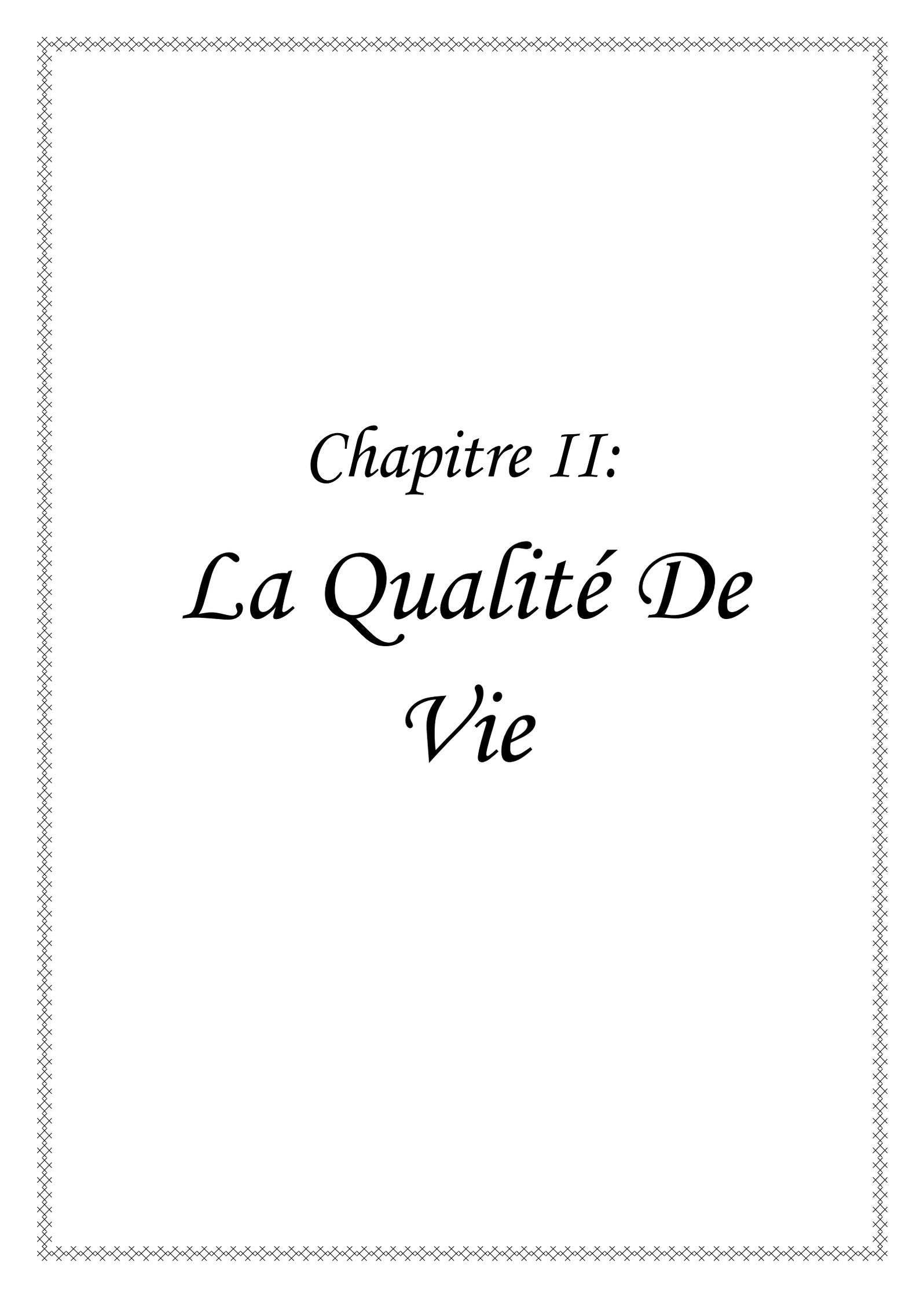
Nous avons choisi ce thème, tout d'abord pour son importance, et c'est un thème d'actualité qui permet d'apporter quelque chose de nouveau et pourquoi pas de l'aide a cette catégorie de mamans, Aussi pour approfondir nos connaissances théorique et pratique dans notre domaine d'étude

4. Opérationnalisation des concepts clés :

- 1. La Qualité de Vie :** Selon le questionnaire qu'en a appliqué Est une notion qui prend en compte l'indice de développement humain, elle contient deux pôles, un positif qui signifie une meilleure (bonne) qualité de vie, et l'autre négatif qui signifie une mauvaise qualité de vie.
- 2. L'anxiété :** Selon le DSM-5 Est un sentiment d'inquiétude ou de peur intense face a une situation future ou incertaine, cela peut s'accompagner de symptômes physique tels que des battements de cœur rapide, des sueurs, des tremblements ou des difficultés à se concentrer.
- 3. TDA/H :** Selon Le DSM-5 Est un trouble qui affect généralement les enfants, mais peu aussi persister a l'âge adulte, il se caractérise par :
 - un manque de concentration.
 - Un manque d'attention.
 - Une impulsivité.
 - Une hyperactivité motrice.



Partie Théorique



Chapitre II:
La Qualité De
Vie

Préambule :

La notion de la qualité de vie renvoie à une série de préoccupations hétérogène, depuis la mesure du bien-être en général à l'estimation de l'expérience d'une maladie et la façon dont les manifestations de cette dernière sont vécues par l'individu. Dans ce chapitre on va essayer de décortiquer ce concept et de mieux comprendre sa complexité.

1. Aperçu historique sur la qualité de vie :

La qualité de vie est un concept qui a apparus dans les années 70, et utilisé pour la première fois dans les textes et les ouvrages vers la fin des années 50 et milieu des années 60.

Le concept définit l'état d'un individu dans une période donnée qui peut être dans un état objectif (cadre de vie, niveau socio-économique) et un état subjectif (bonheur, sentiment de bien-être).

Pour améliorer les conditions de vie des citoyens en définissant des « buts nationaux », tel était le propos d'une commission chargée par le président Eisenhower dans les années 60. A bas d'indicateurs objectifs, pour améliorer le taux de productivité, de scolarisation, de médicalisation etc., et diminuer celui des suicides, du chômage, mortalité et criminalité, afin d'augmenter tout à la fois la quantité et le niveau de vie des citoyens. Dans la même période selon une démarche plus subjective, des chercheurs s'intéressent au vécu quotidien des personnes et aux expériences qui participent à leur bonheur (**Béatrice, B, 1997, p01**).

En 1993 L'OMS définit la qualité de vie comme « un concept intégrant de manière complexe, la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance et ses croyances personnelles » (**Bruchon-Schweitzer.M, 2014, p5**).

Selon L'OMS la Qualité de vie comprend au moins 4 dimensions : philosophique, sociologique, médical et économique politique.

1.1. Point de vue philosophique :

Se sont les philosophes comme : Aristote, Platon, Socrate qui ont utilisé le concept de qualité de vie dans le champ de la philosophie. Pour eux la qualité de vie est une notion utilisée pour atteindre le bonheur (**Bogner.A, 2005, p565-578**).

1.2. Point de vue sociologique :

Les sociologues et psychosociologues appuyant dès le début sur le fait que seul « bonheur exprimé » était du champ de la recherche scientifique par l'approche des opinions et des attitudes. Ils soulignent les biais inclus par cette méthodologie : toute échelle de bonheur exprimée surestimant le bonheur au mal-être, cependant cette remarque n'en tient pas son importance on ne sera pas étonné du fait que l'ensemble des études menées sur ce sujet constante une distribution asymétrique des réponses exprimées (**Serge, Isabel, 2012, p12**).

Pour les sociologues il existe 2 facteurs qui affectent le bien-être : le facteur interne englobe l'estime de soi, besoin et désir. Et le deuxième facteur est de type externe comme les variables sociodémographiques et socio-économique.

1.3. Point de vue médicale :

La qualité de vie liée à la santé est le produit d'une interaction entre un sujet et un environnement (Ware, 2003). Elle est une perception à un temps et qui guide les conduites de santé et influence les manières de voir les soins et les soignants. Ce regard reflète le vécu et l'adaptation du patient à sa maladie (**Fabien, B.2014, p7-8**).

« L'utilisation de mesures de qualité de vie liée à la santé transforme la conduite thérapeutique habituelle, dirigée par le médecin, en un partenariat réussi. Cette approche change la dynamique d'une consultation et permet au patient de dire au médecin ce qui pourrait l'aider à se sentir mieux. » Professeur David Price, un spécialiste en pneumologie qui utilise les mesures de qualité de vie en recherche et en pratique clinique.

1.4. Point de vue économique et politique :

Selon ce point de vue la qualité de vie inclut les conditions de bien-être matériel et au niveau optimal de la vie.

Vivre dans un pays avec une économie forte améliore le niveau de vie, abaisse le coût de certains biens et offre aux gens des emplois mieux rémunérés. L'augmentation subséquente de l'accès à l'infrastructure d'un pays économiquement prospère augmente la qualité de vie, car il est plus facile d'accéder aux commodités (**Encyclopedie Energie**).

Certain politiciens comme Hoover et Thomas Jefferson dissent que : « les droits de chaque citoyens ne se limitent pas seulement à des satisfactions mais peut inclure le droit au bonheur » (**Bruchon-Schweitzer, M. 2002, p44-45**).

2. Définition et conceptions de la qualité de vie :

La qualité de vie est un procédé complexe et très large, qui présente de nombreux problèmes technique et philosophique. Plusieurs auteurs soulignent la difficulté de s'entendre sur une seule définition de ce concept qui est à la fois subjectif, global et dynamique mais aussi utilisé dans plusieurs domaines.

Dans cette partie on va donner quelques définitions de qualité de vie par différents auteurs :

2.1. Définitions :

La qualité de vie est définie par plusieurs chercheurs qui dérivent de différentes perspectives, d'ailleurs (Shodock 2002) ajoute qu'il existe plus de 100 définitions différentes dans la littérature. Parmi celle-ci :

Le mot « qualité » est défini par le Larousse comme « ce qui rend quelque chose supérieur à la moyenne : Préférer la qualité à la quantité » ou « chacun des aspects positifs de quelque chose qui font qu'il correspond au mieux à ce qu'on en attend (www.sfm.org)

2.1.1. Selon l'organisation mondiale de la santé (L'OMS 1993) :

La qualité de vie est définie comme la perception qu'un individu a de sa place dans l'existence, dans le contexte, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes (Michel, J. Stéphane, G. 2003, p3).

2.1.2. Selon Patrick et Erickson (1993) :

Précisent que « la qualité de vie liée à la santé est la valeur qui est attribuée à la durée de la vie en fonction des handicaps, du niveau fonctionnel, des perceptions et des opportunités sociales modifiées par la maladie, les blessures, les traitements ou les politiques de santé » (Marcel, L. 2007, p2-4).

2.1.3. Selon L'étude de Meeberg (1993) :

Présente les attributs qui reviennent le plus dans la définition du concept de qualité de vie. Il s'agit d'un sentiment de satisfaction de la vie en général, de la capacité mentale d'évaluer sa propre vie comme satisfaisante, d'un état acceptable de santé physique, mental, et émotionnel déterminé par l'individu, ou encore, d'une évaluation objective par un tiers que les conditions de vie de la personne sont adéquates et non menaçantes. Selon le même auteur, la qualité de vie est abordée selon deux angles : soit à partir des différents aspects de la qualité de vie, soit à partir du traitement et des symptômes (<https://maaz.ihmc.us/>).

2.2. Conceptions :

2.2.1. Conception Objective :

La qualité de vie est passée d'une conception objective, qui renvoie aux conditions de vie matérielles et à l'absence de maladie, à une conception de plus en plus subjective intégrant le bien-être physique, économique, psychologique et social des individus (www.ch-carcassonne.fr/imgfr).

2.2.2. Conception Subjectives :

Une conception de plus en plus subjective intégrant le bien-être physique, économique, psychologique et social des individus. Toutefois, comme le soulignent de nombreux auteurs tels que (Maslow, Griffin et Leplège) le caractère multidimensionnel de cette notion la rend particulièrement complexe à opérationnaliser et aucune définition ne semble faire consensus dans la littérature scientifique. Ainsi, de nombreuses interrogations demeurent sur la

définition de la qualité de vie, les dimensions à évaluer et sur la place accordée à la subjectivité des personnes interrogées (**Fabien, B. Agnès, F.2014, p1-7**).

2.2.3. Conceptions Intégratives :

La littérature nous fournis 2 conceptions intégratives : additive et dynamique.

L'OMS la définition intégrative additive comme suite : la qualité de vie est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique de l'individu, ses relations sociales, son niveau d'autonomie, son état de santé ainsi sa relation aux facteurs important de son environnement.

Une autre définition intégrative : la qualité de vie est l'évaluation multidimensionnelles, à la fois en fonction de critère sociaux normal et de critère individuels, de système (individu, environnement) de chacun (**Bruchon-Schweitzer .M, 2002, p50-51**).

3. Les Domaines de la qualité de vie :

Des recherches sur la qualité de vie et sur son évolution ont accentué ces dernière années, elle a été définis par plusieurs chercheur dans multiple domaines parmi ces domaines en trouve : le domaine psychologique, physique et social, ce qu'en vas détailler en dessous.

3.1. Le domaine psychologique de la qualité de vie :

Dans le domaine de la psychologie la qualité de vie est considéré comme une conception unidimensionnelle et à la fois bidimensionnelles de la santé car elle est devenu un élément essentiel dans l'évaluation des émotions et des états affectifs positifs, et pour d'autre considéré comme l'absence d'affects négatifs (dépression, anxiété).

3.2. Le domaine physique de la qualité de vie :

La qualité de vie dans ce cas est lié à l'autonomie et aux activités physiques, deux point de vue sont importants dans l'évaluation : le premier point de vue est externe (objectif ou médicale) le deuxième est interne (subjectif) accessible par l'auto évaluation de sujet lui-même (**Bruchon-Schweitzer, M.2002, p53**).

3.3. Le domaine social de la qualité de vie :

L'environnement physique et social doit inévitablement contribuer à leur participation sociale et favoriser l'atteinte d'une qualité de vie (QV) optimale. La participation sociale réfère à la réalisation des activités courantes et des rôles sociaux. Il s'agit d'un résultat situationnel influencé par l'interaction de facteurs personnels et environnementaux (**Levasseur, M. 2007, p11**).

Sa concerne généralement les changements comportementaux envers l'entourage et l'environnement.

4. Les théories de la qualité de vie :

4.1. La qualité de vie globale (comme un tout):

La qualité de vie globale, l'équilibre entre la vie personnelle et la vie professionnelle. La qualité de vie générale est le reflet de l'équilibre entre votre vie personnelle et professionnelle. Elle est déterminée par de nombreux facteurs, tels que la stabilité économique, la santé, le niveau d'éducation, le statut social, etc. Outre ces forces externes qui influencent notre vie, des facteurs internes jouent également un rôle dans la détermination de notre bonheur. L'équilibre entre ces deux aspects de votre vie est ce qui détermine la qualité de votre vie, pour maintenir un bon équilibre.

4.2. La qualité de vie de point de vue environnementale :

Ce point de vue est réservé à l'approche objective de la qualité de vie, cette démarche est en rapport direct avec les projets politiques, études, la scolarisation, le niveau de vie, la pollution...etc.

4.3. La qualité de vie au travail (QVT):

La qualité de vie au travail désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des entreprises. La notion de qualité de vie au travail renvoie à des éléments multiples, relatifs en partie à chacun des salariés mais également étroitement liés à des éléments objectifs qui structurent l'entreprise. Elle peut se concevoir comme un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué (<https://sante.gouv.fr/IMG/pdf>).

4.4. La qualité de vie en relation avec la santé :

Le lien entre qualité de vie et santé est complexe et représente un concept parapluie dont la définition est influencée par des éléments symboliques.

Au début l'approche à était objective elle étudie les trouble de santé spécifique comme le cancer, le diabète...etc.

5. Les objectifs de la mesure de la qualité de vie :

Il doit avoir un objectifs pour mesuré la qualité de vie c'est ce qu'en vas résumer par quelques points dans cette partie :

- Mesurer l'impact d'une pathologie (évaluation longitudinale).
- Prendre en compte les désirs et besoins des patients.
- Evaluation des soins et traitements.
- Evaluation de diverses thérapeutiques concurrentes.
- Faire avancer la recherche : QDV = critère à prédire.
- définition plus précise et consensuelle.

Les mesures de qualité de vie liée à la santé sont souvent incluses dans la recherche scientifique car elles permettent aux chercheurs de comprendre pourquoi de nouveaux traitements seront bénéfiques aux personnes atteintes de certaines maladies (<https://europeanlung.org>).

6. Les types d'instruments évaluant la qualité de vie :

Pour mesurer quelque chose dans n'importe quel domaine on a besoin d'instruments de mesure, la qualité de vie aussi a des instruments de mesure spécifique :

D'après Mercier et Scharaub (2005), ont distingué 2 méthodes d'appréciation de la qualité de vie :

- A. l'entretien psychologique pour une évaluation qualitative
- B. les outils psychométriques pour évaluation quantitative.

A. l'entretien psychologique :

Permet une évaluation plus globale de la qualité de vie et possède une valeur thérapeutique. Cependant, il a plusieurs inconvénients : difficulté de standardisation et donc d'utilisation dans des études comparatives, impossibilité d'application à grande échelle, et coût élevé (Mercier, M. Schraub, S. 2005, p418-419).

B. Les outils psychométriques (échelles, questionnaires) :

Pour une évaluation plus restrictive de la QDV, mais ils permettent une mesure standardisée et sont généralement faciles à utiliser. Ils s'adressent aux individus d'une population donnée et sont aptes à fournir des informations valables en moyenne pour l'ensemble du groupe. Ils sont utilisés pour une aide à la prise de décision au niveau collectif (Mercier, M. Schraub, S. 2005, p419).

Il n'existe pas un instrument de mesure standard et universel, et l'on recense plusieurs centaines de questionnaires ou échelles dans la littérature. On distingue habituellement les questionnaires génériques et les questionnaires spécifiques.

6.1. Les questionnaires Génériques :

Ces questionnaires peuvent être utilisés dans différentes populations (sujets malades ou non malades) et permettent, en particulier, de comparer la qualité de vie de sujets présentant des pathologies différentes. Mais ils manquent de sensibilité lorsqu'on souhaite évaluer l'évolution de la qualité de vie sur une période donnée (études longitudinales).

Les questionnaires génériques les plus utilisés sont les suivants :

- SF-36 (MOS 36 Short Form) [6], avec 36 items regroupés en 8 échelles : activité physique (10), limitation/état physique (4), douleur physique (2), santé perçue (5), vitalité (4), vie/relations (2), santé psychologique (5), limitation/état psychologique (4)
- NHP (Nottingham Health Profile) [7], avec 45 items regroupés en 6 échelles ;
- WHOQOL (WHO Quality Of Life assessment), avec 100 items;
- WHOQOL BREF [8], avec 26 items regroupés en 4 échelles (**Mercier, M. Schraub, S. 2005, p420**).

6.2. Les questionnaires spécifiques :

Les outils spécifiques ont pour but de mesurer plus précisément l'impact de maladies (physiques ou mentales), de symptômes ou de traitements sur la QDV des individus. Ils permettent de détecter plus finement les changements dans la QDV des patients au-delà de la maladie et du traitement (**Fabien, B.2014, p20**).

Ces questionnaires sont adaptés à une pathologie donnée (cardiologie, dermatologie, rhumatologie, neurologie, cancérologie...) ou à un symptôme particulier (fatigue, douleur, sommeil...). Ils sont plus sensibles au changement que les questionnaires génériques, mais la comparaison des résultats entre populations différentes est plus difficile.

Généralement, des modules particuliers sont associés au questionnaire spécifique à une pathologie (appelé "questionnaire central" ou "core questionnaire"). Les modules particuliers ne peuvent pas être utilisés séparément du questionnaire spécifique (**Mercier, M. Schraub, S. 2005, p421**).

7. L'importance de l'évaluation de la qualité de vie.

La qualité de vie devenue aujourd'hui un critère primordial à étudier et à prendre en compte, est actuellement utilisé comme notion de sensibilisation qui nous donne un sens de référence et de guidance de la perspective de l'individu, son évaluation permet :

- De décrire le vécu des patients ou des personnes en générale à un moment particulier donné.
- Nous fournis un langage commun pour augmenté le bien être de l'individu et pour collaborer les changements au niveau communautaire et social.
- D'identifier les changements dans le temps dans les essais thérapeutiques.

8. Les dimensions de la qualité de vie :

D'après notre assimilation nous avons résumé 8 dimensions de la qualité de vie dans le schéma ci-dessous :

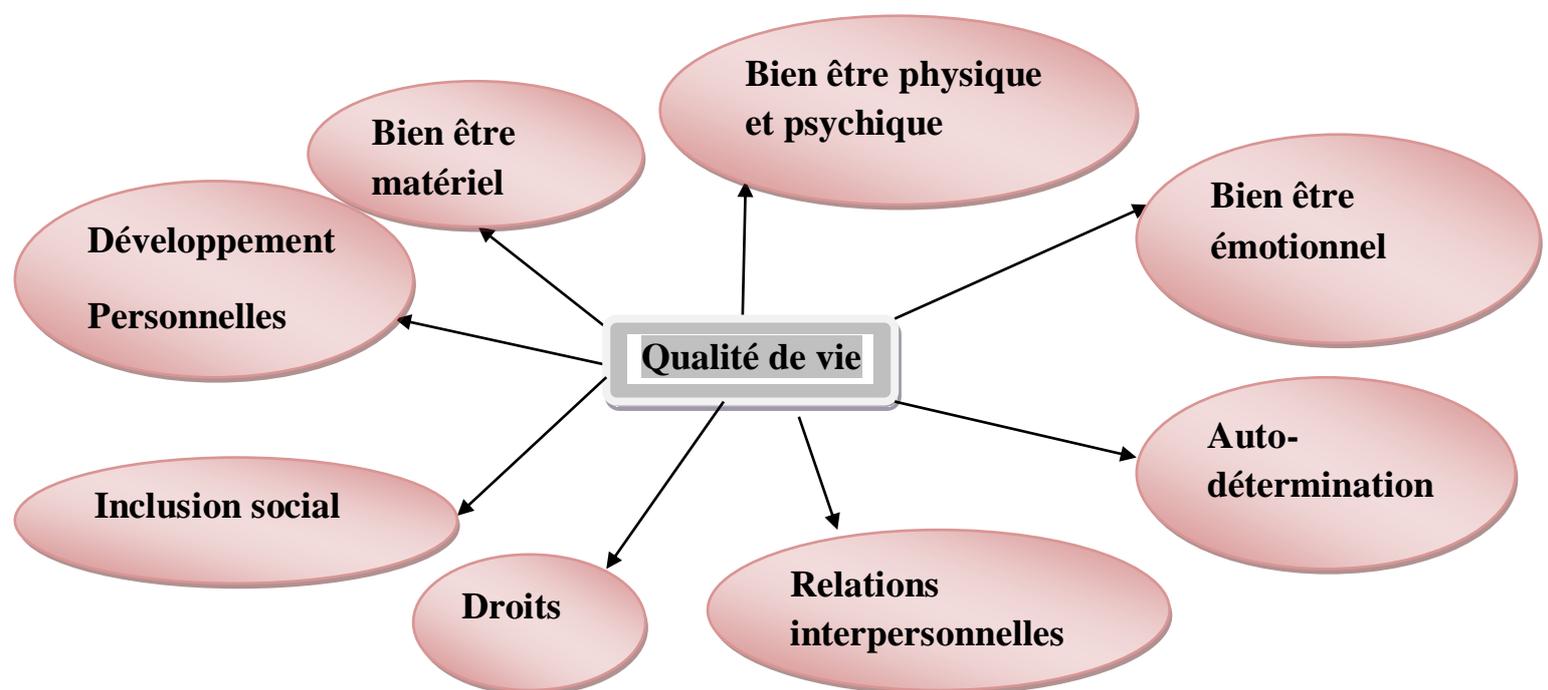


Schéma 01 : Huit dimensions de la qualité de vie.

La multi-dimensionnalité de la qualité de vie fait référence à la prise en compte d'un large éventail d'éléments.

9. La Qualité de vie des mamans des enfants TDAH :

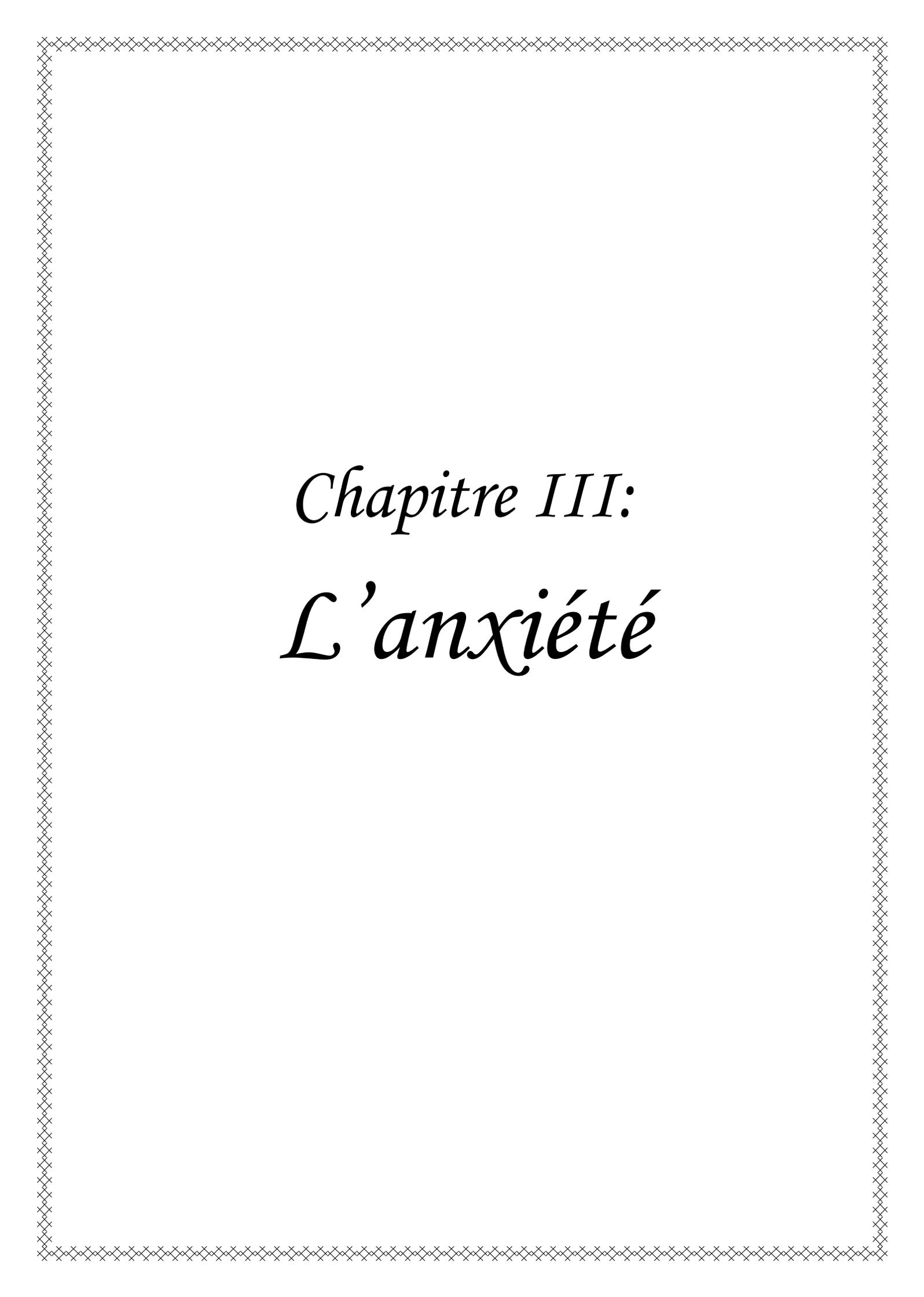
Globalement, les mamans d'enfants avec un TDAH ont une moins bonne qualité de vie et sont plus affectés dans leur santé mentale que les autres mamans des enfants normaux. De nombreuses études relèvent un stress plus élevé (Leitch et al. 2019; Mofokeng & Wath, 2017).

Ainsi qu'une plus forte prévalence de conflits conjugaux, de séparations et de divorces (Deault, 2010; Johnston & Mash, 2001; Theule et al. 2013; Wymbs et al. 2008).

Synthèse :

La qualité de vie est parmi les concepts les plus complexes à définir, certains chercheurs et d'autres philosophes ont considéré la qualité de vie comme le bonheur et la satisfaction dans la vie, et d'autres ils l'ont considéré comme étant le bien-être matériel.

Ainsi que l'évaluation de la qualité de vie est appelée à connaître un développement considérable, et ce quelle que soit l'évolution de notre système de protection sociale.



Chapitre III:
L'anxiété

Préambule :

L'anxiété est présente chez tous les individus, souvent ressentie comme désagréable, elle apparaît en réponse à un danger ou une situation potentiellement inquiétante. Elle peut cependant devenir problématique lorsqu'elle devient trop intense ou envahissante au point de perturber le quotidien.

Dans ce chapitre on va essayer de clarifier et expliquer ce que l'anxiété à partir de certains éléments importants

1. Définition de l'anxiété :**1.1. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV) :**

Défini l'anxiété comme étant « une anticipation appréhensive d'un danger ou d'un malheur futur, accompagné d'un sentiment de dysphorie ou de symptômes somatiques de tensions. » (Famose, 1993).

1.2. L'anxiété se définit comme « un état psychologique et physiologique caractérisé par des compensations somatiques, émotionnelles, cognitives, et comportementales. En l'absence ou présence de stress psychologique, l'anxiété peut créer des sentiments de peur, d'inquiétude, de difficulté et de crainte. » (Ferreri, M.1998, p09).

1.3. L'anxiété est un état psychologique qui possède la qualité subjective expérimentée de la peur ou d'une émotion très proche. Elle est désagréable, négative, dirigée vers le futur, parfois exagérée par rapport à la menace, et inclut les symptômes corporels subjectifs et manifestes (Graziani, P.2003, p, 53).

1.4. Selon le grand dictionnaire de la psychologie : l'anxiété est définie comme un état émotionnel de tension nerveuse, de peur forte, mal différencié, et souvent chronique prédisposition d'une personne aux états anxieux (Bloch, H. et, Coll. 1991, p, 70).

2. Aperçu historique :

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

Aussi, ce n'est pas qu'en XIX^e siècle que l'anxiété a pu être évoquée spécifiquement. Le philosophe danois Kierkegaard, conçoit que l'angoisse est inhérente à la condition humaine et les psychologues eux aussi intéressés à sa genèse, à ses formes et à sa pathologie. Depuis certains philosophes ont continué à réfléchir à l'angoisse et parfois avec des conceptions différentes (Guel, C.M.2003, p, 3).

La réflexion psychologique et médicale sur l'angoisse a commencé à la fin du XIX^e siècle, Cohn a introduit l'anxiété, pour la première fois en 1883, dans un essai de classification des troubles mentaux de l'enfant, suivi en 1888 par Moreau de Tours. Chez l'adulte, on retrouve à la

même époque des descriptions cliniques remarquables comme « cœur irritable » de Da Costa (1871) (Guel, C.M.2003, p, 4).

Depuis Da Costa, plusieurs successeurs ont continué à distinguer de façon moins radicale les origines et la radicalité des tableaux, purement somatiques dont nous savons pourtant les réelles interactions avec le fonctionnement psychique. Quelques années après Costa, Freud (1895) conférait à l'anxiété une place centrale dans le fonctionnement psychique humain (Guy, 1993, p, 37).

Ses théories sont complexes et sur certains points contradictoires. Les continuateurs de Freud se sont peu intéressés de manière spécifique à l'anxiété chez l'adulte, s'attachant d'avantage à en repérer la dimension structurante lors du développement de l'enfant. Ce n'est en effet que dans les années (1960), que la réflexion psychiatrique dans ce domaine s'est réactivée avec la découverte des tranquillisants de la classe de benzodiazépines, les premières publications sur les attaques de paniques et les controverses qui en sont nées. Les années (1970) ont été essentiellement marquées par la découverte de l'existence de récepteurs cérébraux aux benzodiazépines (1977). Enfin l'apparition de DSM III provoque depuis une dizaine d'années une intense réflexion sur les troubles anxieux. Ces derniers paraissent en effet des terrains de confrontation importants, où la question de la validité de la référence analytique et particulièrement posée (Guy, B. 2005, p, 38).

3. Les différents types de l'anxiété :

Les niveaux d'anxiété sont généralement classés en fonction du degré de détresse ressentie et des effets physiques sur le corps. En général, il en existe 3 catégories

3.1. L'anxiété légère :

Il s'agit du niveau d'anxiété le plus courant. Presque tout le monde souffre d'une légère anxiété à un moment donné de sa vie. Les situations susceptibles de déclencher une anxiété légère comprennent les examens, l'attente des résultats d'un test ou le retard à un rendez-vous important. L'anxiété légère ne dure pas très longtemps, et les gens ont tendance à s'en remettre rapidement (<https://www.neuraxpharm.com/fr/troubles/anxiete>).

3.2. L'anxiété modérée :

Une personne présentant un niveau d'anxiété modéré a des symptômes plus fréquents ou plus persistants que celle qui présente une anxiété légère. Les symptômes psychologiques de l'anxiété modérée comprennent la nervosité, l'incapacité à se détendre et l'inquiétude excessive. Les symptômes physiques peuvent inclure des étourdissements, des sueurs et des bouffées de chaleur, des nausées, un mauvais caractère et des douleurs musculaires. Les personnes souffrant d'une anxiété modérée peuvent en être perturbées dans leur vie quotidienne, ce qui conduit à des niveaux d'anxiété plus sévères. La gestion de l'anxiété par des stratégies d'auto-assistance ou les conseils d'un médecin peuvent être bénéfiques (<https://www.neuraxpharm.com/fr/troubles/anxiete>).

3.3. L'anxiété sévère :

Ce niveau d'anxiété est très handicapant. Les symptômes liés à l'anxiété sévère sont permanents. Ils comprennent notamment l'accélération du rythme cardiaque, le sentiment de panique, la nervosité, un comportement inhabituel, la colère et l'éviction sociale. Les symptômes d'anxiété sévère peuvent empêcher les gens de travailler ou de vaquer à leurs occupations quotidiennes. Parfois, les personnes souffrant d'anxiété sévère se tournent vers l'alcool ou les drogues pour gérer leurs symptômes. L'aide d'un spécialiste est nécessaire pour les personnes souffrant d'anxiété sévère. (<https://www.neuraxpharm.com/fr/troubles/anxiete>)

Comme on peut le constater l'anxiété peut se manifester à différents niveaux : Légère, modérée et sévère.

4. L'anxiété État et l'anxiété Trait :

Il faut savoir faire une différence entre ces deux notions qui sont bien séparées, appelées « anxiété état et anxiété trait ».

4.1. L'anxiété état :

L'état d'anxiété est la réponse comportementale décrivant de la perception d'une menace, cette émotion naît avec la perception de la menace et disparaît avec cette menace (**Bouvard, M et Cottraux, J. 2002**).

Selon Spielberger : « l'anxiété est une émotion transitoire caractérisée par un arousal physiologique et la perception de sentiment d'appréhension, de crainte et de tension. » (**Graziani, P. 2003, p, 12**).

4.2. L'anxiété trait :

L'anxiété trait est considérée comme une caractéristique stable de la personnalité, une tendance à anticiper les risques contenus dans des expériences quotidiennes, hypothétiques ou réelles. Elle constitue le terrain de vulnérabilité sur lequel se déroule le quotidien du sujet (**Graziani, P. 2003, p, 11**).

Elle est considérée aussi comme une dimension de la personnalité qui se réfère à des différences inter individuelles stables dans la propension à l'anxiété, c'est-à-dire à des différences dans la tendance à percevoir les situations aversives comme dangereuses ou menaçantes et à répondre par une élévation de l'intensité des réactions d'anxiété état (**Bruchon-Schweitzer, M. 2001, p, 284**).

5. L'anxiété normale et l'anxiété pathologique :

Il existe deux types d'anxiété principaux qui sont :

5.1. L'anxiété normale :

L'anxiété n'est pas pathologique en soi et s'inscrit dans le registre émotionnel humain normal. Les registres physiologiques, psychologiques, émotionnels, et comportementaux. L'anxiété physiologique permet de détecter un danger et préparer les comportements de défense. L'anxiété physique, cognitive, et émotionnelle met en jeu différentes fonctions d'évaluation, de perception, de traitement de l'information et de mémorisation. L'anxiété est donc un facteur d'adaptation permettant de faire face aux situations de danger et d'urgence. Elle est nécessaire face à l'agression, aux performances et aux épreuves (Servant, D.2012, p, 4).

5.2. L'anxiété pathologique :

L'anxiété devient pathologique dans le sens où elle devient pénible et envahissante et, au contraire, inhibe et entrave le sujet dans son adaptation face au monde environnant (Servant, D. 2012, p, 4-5).

L'anxiété pathologique constitue une vraie souffrance pour le sujet. Elle influence les processus d'attribution de sens et de signification à l'expérience en introduisant des biais ou distorsions perceptives et de traitement de l'information : l'hyper-vigilance et l'anticipation du danger mettent le sujet en constante alerte (éveil physiologique et psychologique) à la recherche de la présence d'hypothétiques stresseurs.

L'anxiété pathologique est finalement génératrice d'anxiété. Dans de nombreux cas, elle devient une constante dans la personnalité du sujet (Graziani, P. 2003, p, 11).

En dessous en vas citer quelques symptômes pour mieux comprendre ce que l'anxiété :

6. La Symptomatologie anxieuse :

Le corps réagit à l'anxiété en libérant des hormones de stress comme l'adrénaline et le cortisol. Ces hormones mettent les personnes anxieuses dans un état d'alerte élevé, comme si elles devaient faire face à d'éventuelles menaces et répondre à une situation de combat-fuite. Par conséquent, certains symptômes courants de l'anxiété sont les suivants :

6.1. Au niveau mental :

- Sensation de tension, de nervosité et d'agitation
- Sentiment de crainte ou de panique, ou sensation d'être en danger.
- Se sentir constamment « sur les nerfs »
- Sentiment de perte de contrôle
- Difficulté à se concentrer ou à penser clairement
- Sentiment de déconnexion, ou inquiétude d'être déconnecté de la réalité
- Être irritable

- Avoir des pensées incontrôlables et obsessionnelles
- Faire des cauchemars

6.2. Au niveau physique :

- Un rythme cardiaque rapide, irrégulier (palpitations).
- Respiration rapide
- Essoufflement
- Étourdissements ou vertiges
- Sécheresse buccale
- Transpiration ou bouffées de chaleur
- Crampes à l'estomac ou nausées
- Maux d'estomac
- Tremblements ou convulsions
- Besoin fréquent d'aller aux toilettes
- Incapacité à rester immobile
- Maux de tête
- Douleurs et tensions musculaires
- Fourmillements
- Troubles du sommeil (insomnie)

(<https://www.neuraxpharm.com/fr/troubles/anxiete>).

7. Classification des troubles anxieux selon le DSM-V :

Dans la nosographie actuelle (DSM 5) on trouve 6 troubles anxieux Qui sont :

7.1. Une attaque de panique :

Est un état d'anxiété extrêmement intense et de durée brève. La survenue est paroxystique, de façon brutale, de manière inopinée ou rapidement progressive. Le plus souvent la crise est spontanée et sans cause déclenchant. La crise peut survenir au cours du sommeil réveillant le patient. L'épisode dure de quelques minutes à plusieurs heures (en moyenne 20 à 30 minutes). Les symptômes atteignent une intensité maximale en moins de 10 minutes. La résolution est progressive laissant le patient épuisé avec une profonde asthénie.

7.2. Trouble anxieux généralisée :

Aussi appelé « maladie des inquiétudes », est défini comme une anxiété de fond et des soucis excessifs, incontrôlables, chroniques (au moins 6 mois), relatifs à des situations

réalistes banales, à l'origine d'un état de souffrance qui altère le fonctionnement du patient dans sa vie courante, associés à des symptômes physiques traduisant la tension motrice et l'hyper-vigilance.

7.3. Agoraphobie :

Est un trouble anxieux type phobique caractérisé par la peur des espaces ou il pourrait être difficile de s'échapper ou dans lesquelles il pourrait être difficile d'obtenir du secours en cas de problème. Cette peur est à l'origine du déclenchement d'attaques de panique lorsque le sujet se trouve confronté à la situation redoutée.

7.4. La phobie spécifique :

La caractéristique essentielle de la phobie spécifique est une peur marquée et persistante d'objets ou de situations objectivement visibles et circonscrits. L'exposition au stimulus phobogène provoque presque invariablement une réponse anxieuse immédiate. Cette réponse peut prendre la forme d'une attaque de panique situationnelle-ment liée ou facilitée par les situations. Le plus souvent, le stimulus phobogène est évité bien que parfois le sujet ait à l'endurer avec une grande souffrance.

7.5. Trouble anxieux sociale (phobie sociale) :

Les phobies sociales correspondent à l'anticipation anxieuse et à l'évitement de certaines situations sociales dans les quelles le sujet pourrait être observé par autrui ou se conduire de manière humiliante ou embarrassante. L'exposition à la situation sociale ou de performance provoque presque invariablement une réponse anxieuse immédiate.

7.6. Trouble anxieux de séparation :

L'anxiété de séparation affecte les enfants ou les adolescents. Elle se caractérise par une anxiété excessive lorsque le sujet est séparé des personnes auxquelles il est attaché (DSM-V, 2015, p, 237).

8. Les modèles théoriques de l'anxiété :

Les modèles théoriques de l'anxiété comprennent diverses approches pour comprendre et expliquer ce phénomène qui sont :

8.1. L'approche psychanalytique :

Freud a élaboré successivement deux théories de l'angoisse : la première théorie en 1895 est économique. L'angoisse est conçue comme résultante d'une rétention de la pulsion sexuelle, soit par répression (exigence du surmoi), soit par insatisfaction (privation, frustration) (Palazzolo, J. 2005, p, 65).

Dans la deuxième théorie de Freud sur l'angoisse en 1926, l'angoisse n'est plus la conséquence du refoulement mais sa cause. Il définit l'angoisse comme fonction biologique

génétique, elle est le signal de l'effraction d'une problématique automatique liée à un conflit intrapsychique. Elle alerte le Moi et provoque le refoulement du conflit. Si dans la première théorie le refoulement crée l'angoisse, dans la deuxième théorie c'est le refoulement qui crée l'angoisse (Gruy, B. 2005, p, 46).

Freud distingue l'angoisse automatique de l'angoisse névrotique, la première est une angoisse signal face un danger réel de l'environnement, la deuxième face un danger inconnu, un danger pulsionnel se ramenant a une séparation ou perte (Servant, D. 2007, p, 11).

8.2. L'approche biologique :

L'existence de récepteurs cérébraux aux benzodiazépines est établie en 1977, se sont des substances produites par l'organisme et qui viendraient s'y fixer, régulant ainsi l'état d'anxiété de chaque individu.

Certaines substances telles que la caféine, la cholécystokinine, le lactate de sodium, sont susceptibles d'induire des phénomènes anxieux, et notamment des attaques de panique.

Chez l'animal, la stimulation du locus-coeruleus, où sont localisés les neurones noradrénergiques, provoque des comportements d'alarme comparables dans une certaine mesure aux comportements anxieux observés chez l'homme.

Le rôle de neuromédiateurs plus récemment individualisés (sérotonine, gaba) est actuellement étudié (Gruy, B. 2005, p, 45).

8.3. L'approche psycho-comportementale :

Selon ces théories, l'anxiété est une réponse émotionnelle qui résulte d'un apprentissage erroné et inadapté, développé notamment sur le principe du conditionnement à la fois répondant (développement des réponses après confrontation à une situation traumatisante) et opérant (renforcement par l'évitement de la situation) (Palazzolo, J. 2007, p, 64).

9. Evaluation de l'anxiété :

L'évaluation de l'anxiété peut être réalisée par l'utilisation d'échelles d'évaluation. En fait, il existe plusieurs, mais le choix se fonde essentiellement sur la qualité psychométrique. Nous présentons les échelles les plus utilisées :

9.1. L'échelle d'anxiété de Hamilton (HAMA) :

Comprend 14 items qui couvrent la totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique, musculaire et viscérale, les troubles cognitifs et du sommeil, l'humeur dépressive enfin dont la présence peut sembler discutable au sein d'une échelle spécifique (Graziani, P. 2003, p, 93).

9.2. Les échelles des peurs (FSS) :

Elles ont été créées dans le but d'évaluation la nature et l'intensité des peurs irrationnelles. La version la plus récent, FSS III, permet d'identifier les peurs présentés chez un sujet et de donner un score global de pathologie phobique. Cette échelle est largement utilisée par les thérapeutes TCC (Graziani, P. 2003, p, 93).

9.3. L'échelle HAD :

Est un auto-questionnaire structuré 14 items développés par Zigmond et Snaith (1983) pour dépister les manifestations psychopathologiques les plus courantes. Ses objectifs s'avèrent donc très similaires à ceux du General Health Questionnaire (GHQ) de Goldberg, instrument qui a davantage été utilisé dans les études européennes ou dans des pays de culture fort différente. Il convient également de souligner que la version française de cette échelle a fait l'objet d'études réalisées chez des sujets consultant en médecine générale et chez des patients hospitalisés ou consultant en médecine interne ou en psychiatrie (Graziani, P. 2003, p, 94).

9.4. Le questionnaire des peurs (Cottraux) :

Est un instrument empiriquement valide, fidèle, et sensible aux changements thérapeutiques. Il mesure les phobies et principalement l'agoraphobie. Son regroupement en trois classes de phobies se superpose à la classification du DSM-III : agoraphobie, phobie sociale et phobie simple, dont il permet une évaluation multidimensionnelle qui va des sujets normaux aux troubles anxieux majeurs (Graziani, P. 2003, p, 94).

10. Le traitement de l'anxiété :

La prise en charge des sujets anxieux peut se faire en deux sortes de traitement :

10.1. La prise en charge non médicamenteuse :

La gestion individuelle d'anxiété consiste à apprendre au patient à identifier non seulement les facteurs anxiogènes auxquels il est confronté, mais aussi les réponses qu'il développe face à ces facteurs anxiogènes auxquels il est confronté, mais aussi les habitudes de l'individu par d'autres repenses physiologique, cognitive et comportementale plus efficace à réduire l'angoisse.

10.1.1. La relaxation :

Elle est souvent associée à l'image de détente, de repos. Il s'agit de plusieurs techniques dérivées différentes, des applications différentes, voire de public différents mais les effets induits par l'état de relaxation sont les mêmes : détente musculaire, bien-être physique, relâchement des tensions physiologiques, diminution de l'anxiété (Graziani, P. 2003, p, 116).

Le but de la relaxation est d'apprendre au sujet à déclencher volontairement une réponse physiologique spécifique qui neutralise les effets indésirables de l'anxiété.

10.1.2. La technique de JACOBSON :

Cette méthode permet de dénouer les muscles grâce à une méthode de contraction et de décontraction, elle est très efficace, simple et pratique et les sensations sont immédiates, elle peut se faire partout ex : dans une chambre d'hôtel, pendant un voyage,...

10.1.3. La sophrologie :

Ce terme signifie « science de l'esprit serein ». Elle utilise le psychisme pour découvrir son espace intérieur, cette méthode consiste à se concentrer sur les différentes parties du corps : la main droite, le poignet droit, on continue ce cheminement intérieur pour arriver à un état de relaxation (Graziani, P. 2003, p, 116).

10.1.4. La technique de SCHULTZ : Training Autogène (auto-hypnose) :

Le sujet est installé soit en position allongé (le plus souvent), soit en position assise sur un fauteuil ou une chaise, l'état de relaxation induit par cette technique se caractérise par : (Une détente musculaire, une détente abdominale, un ralentissement respiratoire et cardiaque, une fraîcheur ressentie au niveau du front,...). Cet état est atteint par étapes successives, au fil des séances, en travaillent sur chacun des éléments (Palazzolo, J. 2007, p, 67).

10.2. La prise en charge médicamenteuse :

10.2.1. Les benzodiazépines :

Les benzodiazépines sont un groupe de médicaments fréquemment utilisés dans le traitement des troubles anxieux. Elles ont un effet sédatif, un effet myorelaxant, un effet anticonvulsivant et un effet amnésiant (entraînant une amnésie essentiellement antérograde). Elles entravent par ailleurs la coordination motrice. De plus, elles potentialisent sérieusement l'action sédatrice de l'alcool (Palazzolo, J. 2007, p, 71).

10.2.2. La buspirone (buspar) :

La buspirone est principalement indiquée dans le traitement de l'anxiété généralisée. Elle est cependant peu utilisée en raison d'un effet anxiolytique modéré et long à atteindre de la mémoire ou de l'équilibre, ne potentialise pas les effets de l'alcool. Elle ne provoque pas d'accoutumance, et le traitement peut être interrompu sans provoquer de symptôme de sevrage. Ce médicament est généralement bien toléré (Palazzolo, J. 2007, p, 71).

10.2.3. L'etifoxine (Stresam) :

L'etifoxine est indiqués dans les manifestations somatiques de l'anxiété, principalement pour tout ce qui concerne l'asphère cardiovasculaire (tachycardie). Elle l'entraîne pas de dépendance, ni d'accoutumance, ni d'effet rebond. L'effet recherché est une action régulatrice neurovégétative (Palazzolo, J. 2007, p, 73).

10.2.4. Les bêtabloquants :

Ils sont principalement utilisés pour réduire certaines des symptômes physiques de l'anxiété, comme la tachycardie, la transpiration et les tremblements, et pour contrôler l'anxiété dans des situations de stress social. Ils sont souvent prescrits chez des individus atteints de la phobie sociale (**Palazzolo, J. 2007, p, 73-74**).

Synthèse :

En conclusion, l'état de l'anxiété est dû à des causes multiples qui sont à la fois liées à notre tempérament et notre caractère et à des stress et des émotions que nous vivons aux quotidiens. Même si elle peut être positive, il est impossible de vouloir supprimer totalement cette-anxiété.

Chapitre IV :

Trouble de Déficit de
L'attention avec ou sans
Hyperactivité

Préambule :

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité TDA/H est le diagnostic psychiatrique le plus confondu chez les enfants nord-américains. En mesure de 3 à 7 % de la population d'âge scolaire serait diagnostiqué ainsi (APA, 2003). Souvent ce trouble est associé à des problèmes d'adaptation scolaire ou psychosociale chez la catégorie des enfants.

1. Définitions de TDA/H :

Trouble du comportement qui apparaît chez l'enfant et persiste souvent à l'âge adulte, caractérisé par l'incapacité à maintenir une attention soutenue, l'impulsivité et une hyperactivité permanente. (Dictionnaire Larousse.fr).

Le terme TDAH est apparu dans le DSM-IV en 1994 il s'agit de la traduction française du terme anglais ADHD Attention Deficit / Hyperactivity Disorder

Le TDA/H constitue le trouble neuro-développementale le plus fréquemment diagnostiqué chez l'enfant d'âge scolaire, avec une prévalence se situant entre 6% et 9% (Dopheide, JA, Pliszka SR. 2009, P, 79).

Est un trouble fréquent d'apparition précoce qui touche 3 à 5% des enfants d'âge scolaire. Il s'agit d'un trouble de plus en plus connu et reconnu en France malgré la grande divergence des approches qui persiste dans le pays. Si les symptômes de TDA/H sont clairement identifiés, il existe plusieurs formes cliniques présentées par les enfants qui souffrent de ce dernier (Revol, O. Brun, V.2010, P, 23).

Les enfants atteints d'un TDA/H manifestent un ensemble de comportements perturbateurs dans lesquels l'inattention et/ou l'hyperactivité et l'impulsivité prédominent. Ces comportements persistent et sont nettement plus fréquents et plus sévères qu'ils ne le sont chez la plupart des enfants du même sexe et du même âge. Ils surviennent dans différentes situations qui nécessitent de l'attention, une inhibition de l'impulsivité et une restriction des mouvements et ils entravent le fonctionnement adaptatifs de l'enfant.

Ce trouble est sociétaire à des comportements d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité qui occasionnent un dysfonctionnement chez l'enfant dans la vie quotidienne. (APA, 2013).

Il est écrit que 50% à 80% des enfants souffrent de TDA/H présenteraient au moins un trouble psychiatrique associé (Spencer, T.J., Faraone S.V., Biederman, J. 2006. P45-527-537).

Le TDA/H se présente fréquemment en association avec la comorbidité, affecte le fonctionnement familial social et scolaire de l'enfant (APA, 2003).

La comorbidité psychiatrique au TDA/H constituerait ainsi plus la règle que l'exception, il semble donc essentiel de repérer chez l'enfant présentant un TDA/H l'ensemble des symptômes psychiatrique associé qui vont déterminer à la fois la présentation clinique et le

retentissement fonctionnel mais aussi modifier la prise en charge et conditionner le pronostic (Revol, O. Brun, V. 2010, P, 23).

2. Troubles et pathologie associées :

Le TDA/h est rarement isolé et une comorbidité est très fréquente :

- Trouble du spectre autistique (TSA).
- Trouble des apprentissages : dyslexie- dysorthographe, trouble d'acquisition du langage ou de l'arithmétique qui majorent les difficultés scolaire et accentuent la baisse de l'estime de soi.
- Troubles émotionnels : trouble anxieux et dépressifs.
- Trouble des conduites et trouble oppositionnel avec provocation (TOP).
- à l'adolescence risque d'abus d'alcool et de substances illicites (Evelyne S, P. 2018, P, 35).

3. L'histoire de la clinique de l'instabilité de l'enfant :

La clinique de l'instabilité de l'enfant a débuté véritablement vers la fin du XIXe siècle et a connu 4 principale orientation

- La première étape a été l'individualisation d'une forme pathologique de turbulence et d'instabilité de l'enfant.
- La deuxième étape été la question de son origine : originaire organique, psychoaffective.
- La troisième a été des auteurs en marge de débat ceux qui disent "tout est psychogénétique" et entre ceux qui affirment que "tout est organogénétique".
- La quatrième est le statut nosologique : syndrome, symptôme, ou entité pathologique à part entière (Fournieret, P. In: Menechal, J. 2004, P7-26).

4. La divergence entre les courants des pensées :

La différence entre les courants des pensées anglo-saxonnes et français dès le commencement de la conceptualisation d'une forme pathologique de la turbulence de l'enfant.

Les anglo-saxons c'est les conceptions organique et constitutionnelles qui dominent l'idéologie ambiante pour comprendre le trouble, quand au auteur français dise que l'hyperactivité infantile est un concept médian entre la neurologie et la psychiatrie.

Dans les années 1950 jusqu'à 1960, est apparu en France et un fort mouvement de rénovation et d'humanisation de la psychiatrie centré sur l'émergence des théories psychodynamique Du coté de la pathologie mental de l'enfant ce mouvement a trouvé une place d'application. (Mises, R. 2002, P, 779-783).

Au-delà des années 1970, en fait d'importantes recherche dans le domaine des troubles du comportement en tirent en parallèle une partie des progrès technique fondu dans le domaine

de l'étude de l'activité cérébrale, les partent anglo-saxons d'horizon divers ont réalisé une ré-instrumentalisation de l'appareil psychique. En s'illustrent par des arguments liés à la neuropsychologie fonctionnel et développementale, ils veulent expliquer la logique du fonctionnement psychique sous le paradigme du traitement de l'information, alors ils ont créé une approche neurocognitive de l'instabilité de l'enfant (**Thomas, J. Willems, G.2001, P, 244**).

Aux USA, le concept de l'hyperactivité est apparu au même temps que l'apparition des différentes versions du Manuel diagnostique et Statiques des troubles mentaux (DSM), de l'association American de Psychiatrie.

La première version du DSM, publiée en 1952 et dans laquelle l'hyperactivité n'exister pas, mais aussi le DSM II, paru en 1968 est resté dans la même logique que la premier édition. L'hyperactivité donc y a fait sont apparition sous forme de "réaction hyperkinétique de l'enfant ".juste après un mouvement de remédicalisation qui est apparus et prend une grande importance dans le domaine de la psychiatrie américaine à travers les tentatives de classification développées dans les nouvelles éditions du DSM III, DSM III-R, DSM-IV.

5. Formes cliniques et critères diagnostiques :

5.1. Les symptômes majeurs du trouble :

Il ya trois symptômes cardinaux qui forment l'entité syndromique sont l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité.

a) L'inattention :

Est un concept multidimensionnel qui inclut l'éveil, la vigilance, la distractibilité, l'attention soutenue. Le trouble attentionnel est parfois repérable spontanément dans toute situation de jeu libre ou l'enfant joue peu de temps avec un jouet et passe très vite d'un jeu à un l'autre il 'zappe'. Il est encore plus apparent dans les situations exigeant une attention soutenue : taches répétitives, ennuyeuses, rébarbatives pour l'enfant. Comme les devoirs ou les taches ménagères. Les parents soulignent souvent la facilité avec laquelle l'enfant se laisse distraire par n'importe quel stimulus extérieur : bruit de voitures dans la rue, cri dans l'immeuble, sirène des pompiers, etc.... (**Le Heuzey, M.F. 2020, P, 102-108**).

L'enfant indispose parents et enseignants du fait de son incapacité à maintenir son attention dans le temps. Absorbé dans ses pensées ou parasité par les stimulations extérieures, il parait ne pas écouté, ne termine pas ses devoirs ou ses jeux, est obligé de téléphoner le soir à ses camarades de classe pour récupérer les consignes données par les enseignants tandis qu'il égare régulièrement ses affaires scolaires (**Revol, O. Brun, V. 2010, P, 3**).

Le déficit attentionnel est décrit de façon stéréotypée :

- Il semble ne jamais écouter.
- Il est dans ses rêves.
- Il ne peut se concentrer.

- Il ne peut travailler seul.

Dans la vie sociale, l'enfant n'écoute pas les autres, a du mal à participer de façon adéquate à une conversation, il se concentre difficilement sur les préoccupations des autres, il n'a aucune notion des règles du dialogue ou du jeu proposé, il est mal organisé et désordonné dans ses activités, évite l'activité nécessitant un effort mental. Le plus souvent, les symptômes s'extériorisent préférentiellement dans les situations de groupe, qu'il s'agisse de la famille, du groupe de classe en milieu scolaire ou groupe de sport ou de loisirs, alors qu'ils paraissent moins évidents en situation individuelle.

b) L'hyperactivité motrice:

L'hyperactivité est le symptôme le plus bruyant et le plus visible du trouble ; c'en est le critère principal, appelé aussi symptôme hyperkinétique. L'hyperactivité est définie en priorité comme une activité motrice débordante, inappropriée et désordonnée de l'enfant. Il ne peut rester "assis", "bouge tout le temps", "fait des bruits incongrus". Ces descriptions sont le fait des parents ; l'observation clinique relève quant à elle des enfants plus agités que les enfants de leur âge, de jour comme de nuit.

L'hyperactivité, en tant que syndrome dominant, associe des perturbations comportementales à des perturbations de sphère cognitive, indépendamment de la présence de déficit de l'attention. (Vincent, B. Agnès, B. 2007, P27).

Est illustrée par l'impossibilité de tenir en place, avec une activité globale désorganisée et non constructive. Ce sont des enfants souvent joyeux, qui courent et grimpent, s'agitent en permanence et sont incapables de rester assis à une table de travail ou lors des repas, se lèvent sans permission, agitent leurs jambes et leurs bras, bruyant et maladroits, ils ne peuvent jouer seuls et manipulent tous les objets à portée de main et sollicitent sans cesse l'adulte dont ils parasitent le fonctionnement. Les parents avouent hésiter avant de les emmener faire des courses dans les grandes surfaces (par peur de les perdre, ou qu'ils se blessent), tandis qu'ils n'osent plus se rendre chez les amis, tant ils paraissent "mal élevés". Tous ces éléments sont illustrés par le livret scolaire (nombreuses remarques concernant la discipline et l'agitation) et par le carnet de santé (fréquentations des services d'urgence pour des blessures minimales mais à répétition) (Revol, O. Brun, V.2010, P3).

On peut ainsi spécifier deux types de syndrome : l'hyperactivité globale et l'hyperactivité situationnelle:

- **L'hyperactivité globale :** Associe les symptômes moteurs à la présence de trouble cognitifs, de trouble attentionnels, de trouble des apprentissages, de difficultés scolaires, et constitue une forme d'apparition précoce.
- **L'hyperactivité situationnelle :** est dépendante du contexte, elle n'intervient que dans une situation particulière (maison, école, etc.)

Outre ces deux spécifications du trouble, son expression clinique dépend également de l'âge de l'enfant au moment de l'apparition des premiers signes (**Vincent, B. Agnès, B. 2007, P27**).

c) L'impulsivité :

Définie comme un besoin impérieux d'accomplir un acte et illustrée par l'impossibilité de différer un désir, elle est responsable de rejet de l'enfant par son entourage. Le jeune patient impulsif est gêné par son impatience, sa brusquerie et sa difficulté à anticiper les conséquences de ses actes. D'autres éprouvent de grande difficulté à se conformer aux ordres. Ce qui est rapidement interprété comme un refus de règles et des consignes intolérants aux récompenses aux contraintes et rapidement agressifs lorsqu'ils sont frustrés, ils semblent plus sensible aux récompenses qu'aux punitions (**Revol, O. Brun, V. 2010, P, 3**).

L'impulsivité, peut être motrice et cognitive, complique l'intégration sociale. Dans les deux cas il s'agit d'une difficulté à inhiber les réponses spontanées.

- **L'impulsivité cognitive :** Caractérisée par la difficulté à évaluer différentes réponses possible et situation de résolution de difficultés. Les enfants souffrent de ce type d'impulsivité répondent sans entendre la fin de la question ou bien de la consigne et sont incapable d'attendre leurs tours ou de suivre des étapes pour résoudre une situation problématique, ils agissent sans penser au risque et aux conséquences de leurs actes.
- **L'impulsivité motrice (comportementale) :** Comprend l'incapacité d'inhiber ou de corriger les comportements physique et/ou verbaux inadaptés.

Les enfants impulsifs sont incapables d'exécuter des directives dans ce sens. Ils ajustent difficilement leur niveau d'excitation aux demandes des différentes situations. Ont une tendance très forte à rechercher les plaisir interminable immédiats (**Douglas, V.I. 1983, P, 280-329**).

On constate ces difficultés dans des situations telle que faire la queue, partager ou coopérer, qu'on on lui demande d'attendre son tour...

Des études ont démontré que l'impulsivité et l'hyperactivité son indissociable et que ces deux symptômes relèvent d'un problème d'inhibition comportementale de plus il avance que si les problèmes d'impulsivité sont maitrisés, le manque d'attention peut diminuer (**Barkly, R.A, 1998**).

L'impulsivité a également des conséquences sur le plan émotionnel, avec des modifications rapides et fréquente de l'humeur.

6. Tableau 01 : Critères diagnostics du TDAH selon le DSM IV -TR**CONDITIONS :**

Pour être diagnostiqué comme présentant le trouble de déficit d'attention/hyperactivité, l'enfant doit répondre aux conditions suivantes:

A) il doit présenter soit (1), soit (2), ou les deux:

(1) six symptômes ou plus de manque d'attention qui ont persisté au moins 6 mois.

(2) six symptômes ou plus d'hyperactivité-impulsivité qui ont persisté au moins 6 mois.

B) certains de ses symptômes doivent être disparus avant 7 ans.

C) les symptômes doivent être présents en deux milieux ou plus (service de garde, école, maison, loisir, etc.).

D) la vie scolaire, sociale ou familiale de l'enfant doit être affectée par ces symptômes.

SYMPTÔMES :**(1) Manque d'attention**

a) Souvent incapable d'accorder une attention particulière aux détails, fait souvent des erreurs d'inattention dans ses travaux scolaires, au travail ou dans d'autres activités.

b) a du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux.

c) a souvent l'air de ne pas écouter ce qu'on lui dit.

d) a souvent du mal à se conformer aux directives, ne complète pas ses travaux scolaires, ses corvées (non dû à un comportement oppositionnel ou à un manque de compréhension).

e) a souvent de la difficulté à organiser ses tâches, son calendrier.

f) évite souvent (n'aime pas ou hésite à s'engager) dans des tâches qui exigent un effort mental soutenu (travaux scolaires ou domestiques).

g) perd souvent des objets nécessaires à son travail ou à ses activités à l'école ou à la maison.

h) est facilement distrait par des stimuli externes.

i) est souvent négligent dans ses activités quotidiennes.

(2) Hyperactivité

a) Agite souvent ses mains et ses pieds ou se tortille sur sa chaise.

b) a du mal à rester assis quand on lui demande.

c) court souvent ou grimpe de façon excessive dans des situations inappropriées (chez les adolescents et les adultes ce critère peut se limiter à des sentiments subjectifs d'agitation).

d) a du mal à jouer ou à s'engager dans une activité de loisir calmement.

e) semble souvent "sur la brèche" et agit comme s'il était doté d'un moteur.

f) parle souvent trop.

(3) Impulsivité

g) se précipite souvent pour répondre aux questions sans attendre qu'on ait terminé de les poser.

h) a du mal à attendre son tour dans les jeux ou les situations de groupe.

i) interrompt souvent autrui ou impose sa présence (par exemple, fait interruption dans les jeux d'autres enfants).

7. Les facteurs de risques et L'étiopathogénie du TDA/H :

La question de L'étiopathogénie du TDA/H est encore largement débattue dans la littérature scientifique. Elle repose sur plusieurs modèles théoriques qui évoluent avec constance.

Beaucoup de spécialiste dans le domaine de l'étiologie adhèrent à l'hypothèse d'une prédisposition biologique au trouble de plus une large diversité de problèmes neurologique toucheraient le système nerveux central et donneraient naissance aux difficultés comportementales et un dysfonctionnement cérébral associées au TDA/H.

Les bases neurobiologiques du trouble reposent sur des facteurs génétique, des facteurs neurochimique, des facteurs neuro-anatomique et des facteurs neurophysiologiques et d'autres, elles sous-tendent les explications neuropsychologiques du TDA/H.

7.1. Les facteurs génétiques et neurochimiques:

Le TDA/H est héréditaire, les gènes influent fortement sur le développement de ce trouble. La transmissibilité héréditaire ou l'influence génétique du TDAH est d'environ 75 %. Cela signifie que le trouble se transmet quasiment comme la couleur des yeux ou la taille. Si un enfant est atteint de TDAH, il est probable qu'un de ses parents ou frères et sœurs sont atteints aussi.

Les chercheurs pensent que plusieurs gènes distincts interviennent dans le développement du TDAH. Actuellement L'hypothèse principale est qu'il y aurait une association entre le TDA/H et des gènes impliqué dans le système dopaminergique, en particulier le gène du transporteur de la Dopamine (l'une des nombreuses substances chimiques qui sert de neurotransmetteur dans le cerveau 'DAT1') et le gène codant pour les récepteurs Dopaminergique D4(DRD4).En trouve aussi le gène du transporteur de la sérotonine (qui est

un messager chimique du système nerveux central intervenant dans de nombreuses fonctions physiologiques : le sommeil, l'humeur, la dépression ...) impliqué dans le système sétoninergique qui intervient dans la vulnérabilité neurobiologique au TDA/H (**Furman, L.M. 2008, P, 775-784**).

La recherche de facteurs génétique est devenue difficile par l'hétérogénéité diagnostique du TDA/H, de nouvelles pistes de recherches sont apparues et d'autres au cours d'apparition avec les endophénotype (un phénotype simplifié d'un trouble plus complexe mais qui est plus près d'une cause biologique ou d'un gène candidat (**Gottesman, I.I. 2003, P, 636-645**).

7.2. Les facteurs neuro-anatomiques:

Les spécialistes ont aujourd'hui recours à de nombreuses technologies modernes axées sur l'imagerie cérébrale pour mieux comprendre le fonctionnement du cerveau humain. Grâce à ces technologies, des spécialistes ont observé le cerveau des enfants hyperactifs afin de mieux comprendre leur structure et leur fonctionnement, ils ont alors identifié deux types d'anomalies non pathognomoniques : des anomalies morphologiques au niveau des lobes frontaux et des ganglions de la base et du corps calleux et des anomalies fonctionnelles dans le sens d'une hyperactivité du cortex préfrontal du striatum:(la partie intérieure du cerveau qui régule notamment la motivation et les impulsions.) Et du thalamus:(Est une structure de forme ovale qui constitue la partie dorsale du diencephale. Il transmet les informations sensorielles aux zones sensorielles primaires du cortex) (**Edmond, V. Joyal, C.2009, P, 107-114**).

La majorité des enfants ayant un TDA/H, il y'aurait souvent un problème au niveau des structures cérébrales qui est responsable de l'inhibition et du comportement ainsi de l'autorégulation, ont été trouvés dans les aires frontales.

7.3. Les facteurs neurophysiologiques :

Des anomalies spécifiques, qui altèrent d'avantage les mécanismes de transition, Il s'agit notamment d'un trouble du maintien de l'éveil avec alternance d'excès d'éveil (hyperéveil) et de phases d'hypovigilance et d'une activité motrice au cours du sommeil qui serait augmentée chez les enfants ayant un TDA/H (**Konofal, E. Lecendreux, M. et All. 2002, P, 105-117**).

7.4. Les facteurs neuropsychologiques:

Du foisonnement des travaux sur le TDA/H dans ce domaine se dégage un consensus pour réinterpréter les troubles comportementaux et attentionnels dans le cadre d'un dysfonctionnement plus large des fonctions exécutives (**Willcutte, E.G. Doyle, A.E. et Al.2005, P, 1136-46**).

7.5. Les facteurs obstétricaux :

La prématurité, la dysmaturité (retard de croissance intra-utérin et faible poids à la naissance), représentent un important facteur de risque selon la majorité des études.

Ainsi La consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse sont impliquées dans le développement du TDAH. L'alcool en particulier semble fortement corrélé soit avec l'hyperactivité, soit avec les déficits cognitifs associés, par le biais du syndrome d'alcoolisme fœtal. (Simon, P. 2011, P, 47).

7.6. Les facteurs toxiques :

Les expositions au tabagisme, au plomb et aux additifs alimentaires sont régulièrement évoquées (Braun, J.M., Kahn, R.S. et All.2006, P, 1904-1909).

7.7. Les facteurs psychosociaux :

Les causes psychosociales prédisposent au TDA/H, le pérennisent et influencent sa symptomatologie de son devenir. Mais l'hypothèse d'une vulnérabilité neurobiologique chez l'enfant sur laquelle un nombre croissant d'études neuroscientifiques s'appuie plus au moins implicitement, suscite un intérêt grandissant pour les facteurs environnementaux et psychosociaux dont la relation parent-enfant (Banerjee, T.D. Middleton, F. et All. 2007, P, 1269-74).

8. Diagnostic différentiel :

Le diagnostic différentiel entre le TDA/H avec d'autres comorbidité et les autres pathologies psychiatrique peut-être compliqué en pratique clinique, donc il est important de savoir repérer les authentiques TDA/H et de les différencier des déficits d'attention et des hyperactivités symptomatique d'une autres pathologie, sans oublier la possibilité d'éventuelles comorbidité (Jensen, P.S et al. 2001, P, 147-158).

Les études L'épidémiologique, met en évidence un recouvrement considérable entre le TDA/H et d'autres troubles psychopathologique.

Sachant que un tiers des enfants ont uniquement un diagnostic TDA/H. Et plus de la moitié ont un TDA/H suivie d'un trouble des conduites ou un trouble oppositionnel avec provocation et un quart des patient ont un trouble anxieux de plus (Jensen, P, et al. 2001, P, 60-73).

Pour éliminer un diagnostic différentiel semble délicat a réaliser, car en dois éliminer un trouble psychotique, un trouble anxieux, un trouble de l'humeur, un et trouble de personnalité comme il est possible de retrouver certains symptômes de pathologies organiques telle que les troubles de l'audition et de vue, les épilepsies, les maladies infectieuses ainsi qu'au trouble hormonaux et ceux du sommeil.

9. La Préventions du TDA/H :

La prévention du TDAH doit se faire dès la petite enfance... et même avant!

Des chercheurs ont suivi plus de 2000 enfants de l'âge de 17 mois à 8 ans afin de mieux comprendre l'apparition des symptômes d'hyperactivité-impulsivité et d'inattention et de cerner les facteurs de risque environnementaux pendant la grossesse et les premières années de vie. Les résultats étonnants que les symptômes du TDA/H ont des trajectoires plus diversifiées qu'on croyait ! Ont trouvé que les symptômes d'hyperactivité apparaissent de 17 mois à 8 ans quand a ceux d'inattention augmentent de façon substantielle très remarquable !

Les résultats de l'étude confirment l'importance d'aider très tôt les parents et les enfants à risque. Les traitements du TDAH commencent beaucoup trop tard. En ne dois pas attendre le milieu ou la fin du primaire, alors que ces enfants connaissent déjà l'échec scolaire et que les parents sont découragés. Les écoles doivent faire du dépistage et offrir un soutien intensif dès l'entrée en pré-maternelle et en maternelle.

Intervenir au moment de la grossesse se traduira par des effets bénéfiques à long terme et pas que sur la prévention du TDAH. «Les facteurs de risque mis au jour sont liés à d'autres troubles chez l'enfant comme la dépression, l'anxiété, l'agressivité et l'échec scolaire. Tous ces problèmes se rencontrent aussi chez les enfants qui ont des troubles d'attention et d'hyperactivité».

Précise: (Richard E. Tremblay. Directeur du Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant de l'Université de Montréal et directeur scientifique de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ) (**Marie Lambert-Chan. 2021. p 1-2**).

10. Le devenir d'un TDA/H :

Pendant plusieurs décennies, et jusqu'à une période récente, il était entendu qu'il n'existait rien chez l'adulte ressemblant à ce syndrome, bien connu chez l'enfant, fait d'un excès d'agitation et d'impulsivité, et d'un manque d'attention. Tout disparaissait à l'adolescence, spontanément ! Juste après les choses ont changé.

Généralement l'ensemble des symptômes du TDA/H diminuent avec l'âge : l'hyperactivité et l'impulsivité vers la fin de l'enfance voire le début d'adolescence, le trouble attentionnel persistant jusqu'à la fin de l'adolescence jusqu'à l'âge adulte.

D'ailleurs, de nombreux parents découvrent eux-mêmes leurs atteintes par se trouble à l'âge adulte lorsque leur enfant reçoit le diagnostic, ils prennent alors douloureusement conscience d'avoir vécu les mêmes difficultés, étant enfant.

Chez l'être adulte en trouve une aggravation fréquente de retentissement du déficit des fonctions exécutives telles que l'organisation et la planification, le raisonnement abstrait et la réponse au renforcement sociale, l'ajustement émotionnel, la stabilité thymique et la

tolérance au stress. Comme ils prouvent aussi des difficultés à s'organiser et à maintenir une routine quotidienne et à établir des relations stables, à réussir leurs études en équivalence à leurs fonctionnements intellectuels (Simon, P. 2011, P, 36-50).

Les troubles de personnalité sont fréquents ainsi que d'autres troubles psychiatriques comme l'anxiété et les désordres thymiques. Le risque est plus élevé d'abus et de dépendance aux psychotropes principalement le tabac, le cannabis et l'alcool. La consommation des drogues dites "dures" n'est augmentée que chez ceux possédant des traits voisins de la personnalité antisociale (Revol, O. Brun, V.2010, P, 45).

Enfin ces déficits sont souvent à l'origine d'une gêne importante dans la vie courante mais ont également un impacte sur l'estime de soi.

11. Description des classifications actuelles :

Le TDA/H se définit comme trouble déficit de l'attention hyperactivité selon DSM et ce terme même pose problème. La problématique revient à harmoniser et à trouver un consensus autour de la terminologie de ce trouble, qui s'avère être complexe et polymorphe dans sa présentation. En effet les trois principaux systèmes de classification reconnus et utilisés ne s'accordent pas sur la terminologie à employer pour caractériser cette entité syndromique. La CFTMEA, La CIM10 et DSM-IV-TR et DSM-V, proposent des terminologies différentes et un vocabulaire susceptible d'induire la confusion. Certains en effet mettent l'accent sur le déficit cognitif et attentionnel et d'autres sur la dimension d'hyperactivité motrice ou hypercinésie. Reste à proposer une classification en appréciant au mieux leur sémiologie et leurs particularités psychopathologiques. (Michel, L. 2011, P, 379-382).

11.1. Classification selon DSM :

Le DSM, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*DSM pour "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"*) est publié par l'American Psychiatric Association (*traduction française par Elsevier-Masson*).

La dernière version du DSM a été publiée en 2013 qui est le DSM5 (PSYCHOMEDIA. 23 OCTOBRE 2011).

Il est utilisé internationalement comme référence pour les diagnostics des troubles mentaux (ou psychiatriques).

Il catégorise ces troubles mentaux, décrit leurs critères diagnostiques et fournit diverses informations telles que leur prévalence.

Concernant le TDA/H il apporte des modifications substantielles à la version précédente, le DSM-IV.

Le TDA/H, classé désormais parmi les troubles neuro-développementaux, et non plus parmi les troubles psychiatriques de l'enfant comme le DSM-IV le faisait, y acquiert le statut d'un syndrome affectant tous les âges de la vie.

En conséquence, des modifications importantes sont apportées à la description du syndrome, qui concerne le diagnostic chez le grand adolescent et l'adulte.

Une seconde nouveauté majeure distingue le DSM-5 du DSM-IV, c'est la possibilité de diagnostiquer un TDA/H et un Trouble du Spectre Autistique chez un même patient, alors que ces deux diagnostics s'excluaient dans le DSM-IV.

La classification la plus largement utilisée est celle du DSM-IV qui distingue trois orientations diagnostiques qui sont déterminées en fonction de l'expression même de la pathologie.

- Le trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité de type inattention prédominante, quand l'enfant présente depuis minimum six mois (ou plus) six des neuf critères d'inattention, et cela à un degré qui ne correspond pas à son niveau de développement.
- Le trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité de type hyperactivité-impulsivité prédominante, quand l'enfant présente depuis au moins six mois (ou plus) six des neuf critères d'hyperactivité impulsivité, à un degré qui ne correspond pas à son niveau de développement.
- Le trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité quand l'enfant présente à la fois six symptômes sur neuf d'inattention et d'autres six symptômes sur neuf d'hyperactivité-impulsivité depuis au moins six mois (**Antoine, G.29 MARS 2010**).

11.2. Classification selon la CIM 10 :

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a établi une classification des maladies, appelée CIM-10. Cette classification liste des maladies, mais aussi des symptômes, des contextes sociaux ou encore des causes externes de maladies ou de traumatismes. À chacun de ces éléments correspond un code. Ainsi, il existe des milliers de codes différents.

- les critères diagnostiques de la CIM-10 exigent la présence simultanée de symptômes d'inattention (au moins six).
- D'hyperactivité (au moins trois) et d'impulsivité.
- Il n'y a pas de sous types selon la nature des symptômes prédominants.

LA CIM-10 rejette explicitement le concept de "Trouble Déficitaire de l'Attention" parce qu'il inciterait à inclure dans cette catégorie diagnostique "des enfants sujets à des préoccupations anxieuses, ou des rêveurs apathiques, dont les difficultés sont probablement de nature différente".

Dans la CIM-10, il est donc impossible de diagnostiquer un patient répondant aux critères du "TDA/H dans la présentation avec inattention prédominante" du DSM-5 (**Taylor, E. Rutter, M. 2008**).

11.3. Classification selon CFTMEA :

La Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA R 2012) est une classification de la pathologie psychiatrique (troubles mentaux) chez l'enfant et l'adolescent utilisée en France, regroupe l'hyperkinésie et l'instabilité psychomotrice.

La CFTMEA décrit avant tout dans un trouble à dominante comportemental. Il s'agit également de trouble hyperkinétique, le trouble d'attention n'étant mentionné qu'en association avec l'hyperkinésie et ne figurent pas dans les sections 7.08 ou 7.09, ou l'on se

situé dans les troubles hyperkinétiques non spécifiques ou autres troubles hyperkinétiques. Par contre, dans les descriptions faisant état du versant psychique pour diagnostiquer l'hyperkinésie, on s'aperçoit que la dimension cognitive ou neurocognitive est particulièrement mise en avant. Or la prise en compte des éléments cognitifs, comme les difficultés à fixer l'attention ou à organiser et planifier les activités sont des éléments d'importance majeure qui amènent à évoquer le diagnostic d'hyperkinésie. Sur le plan moteur, l'agitation motrice (hyperactivité) existe mais elle se réfère à un niveau du développement et aux trajectoires qui vont faire que l'enfant va rester ou non hyperactif.

La CFTMEA propose aussi un trouble de l'attention, sans hyperkinésie mais qui est référencé dans les troubles spécifiques du développement et non plus dans les troubles hyperkinétiques et non plus dans les troubles du comportement. Donc dans la catégorie des troubles spécifiques du développement et des fonctions instrumentales. Là en évoque bien des troubles cognitifs et des troubles de l'attention.

Cependant, on peut penser que les rêveurs apathiques décrits dans la CFTMEA sont des enfants avec un déficit attentionnel sans hyperactivité par exemple, ou sans trouble du comportement avéré. (Michel, L. 2011, P, 379-382).

12. L'évaluation du trouble du TDA/H :

Pour établir le diagnostic de TDA/H est à la fois simple et complexe. En dit simple quand on considère les plaintes des parents et des enseignants. Simple, rapide mais peu pertinent lorsque ce diagnostic est porté seulement sur les critères du DSM-IV. Complexe et long quand on tente d'objectiver les troubles par un bilan neuropsychologique. (Saint Germain, I. Bouloche, J. et al. 2004, P, 974-975).

Généralement un diagnostic nécessite une évaluation rigoureuse, systémique, standardisée, réalisée par des spécialistes ou dans des centres spécialisés pratiquant les examens cliniques et para-cliniques appropriés. Il semble de plus en plus important que l'examen clinique de l'enfant s'appuie sur un affinement de la séméiologie apporté par le matériel d'évaluation standardisées. Cette dernière est pluridisciplinaire avec des interventions, psychologique, psychiatriques, pédagogique, orthophonique. Comme on peut la qualifier de « pluri-source » car elle recueille des informations issues des différents milieux où grandit l'enfant.

Les outils ou le matériel d'évaluation sont dérivés de la psychologie quantitative et de la neuropsychologie, il s'agit de :

12.1. Échelles et tests :

A. échelles de comportements : la passation de ces échelles s'effectue soit par le clinicien ou les parents ou enseignant, généralement en trouvant :

- **le CBCL :** (Child Behavior Check List) ou la liste de comportement pour enfant : d'Achenbach, 1991. Fombonne, 1989).
- **Echelle de Conners :** (de Keith Conners et traduit en français par Dugas 1987).

B. Echelle Cognitifs :

- échelle d'intelligence de Wechsler pour enfant (WISC-IV).

- Test d'attention sélective de Stop.
- C. Evaluation psychoaffective :**
- Rorschach.
 - Le CAT (Children Aperception test).

13. La Prise en charge :

En cas de TDA/H l'équipe médicale met en place d'abord un traitement non médicamenteux (psychothérapie, rééducation, guidance des parents). Si celui-ci reste insuffisant, un médicament psychostimulant peut être prescrit dans certains cas.

Pour une efficacité, la prise en charge de l'enfant présentant un TDA/H est pluridisciplinaire. Elle est la plus précoce possible dès que le diagnostic de TDAH est posé par un médecin spécialiste. Elle est adaptée aux symptômes de l'enfant et à leur sévérité et au contexte socio-familial.

Selon les besoins de l'enfant, le traitement peut faire intervenir :

- le médecin traitant de l'enfant ou son pédiatre,
- un psychiatre,
- un psychologue,
- un psychomotricien,
- un orthophoniste,
- un ergothérapeute,
- un assistant social.

Le traitement du TDA/H commence par des mesures non médicamenteuses, apportant une aide à l'enfant ainsi qu'aux parents. Les médicaments ne sont pas recommandés qu'en cas d'insuffisance ou d'échec de la thérapie, des mesures éducatives et sociales chez l'enfant de plus de 6 ans. (Ameli.fr. Article : L'ASSURANCE MALADIE. 2021).

13.1. La prise en charge non médicamenteuse (thérapeutique) :

- **La thérapie comportementale et cognitive :**

Il s'agit d'un travail sur le comportement et les pensées, opinions et croyances, que l'on appelle les cognitions. Cette thérapie ne cherche pas l'origine des problèmes mais vise à traiter les manifestations visibles

Les techniques de gestion du comportement sont utiles aux parents et aux enseignants, c'est-à-dire à la maison et à l'école. Pour qu'une thérapie comportementale porte fruit, il faut que les parents, enseignants et thérapeutes travaillent ensemble à favoriser une certaine uniformité ou continuité entre l'école, le foyer et la collectivité. Cela peut représenter tout un défi. L'obtention de résultats favorables est possible si toutes les personnes qui interagissent avec l'enfant atteint du TDAH (parents, enseignants, professionnels de la santé, etc.) participent activement à la gestion du comportement de l'enfant ou y apportent leur concours.

La thérapie comportementale joue un rôle important dans la prise en charge globale du TDAH. Voici des exemples de techniques comportementales :

- Demander à l'enseignant de placer l'enfant plus près du devant de la classe

- Dresser des listes de vérification quotidiennes
- Mettre l'accent sur le succès
- Renforcer l'estime de soi et les comportements louables de l'enfant. (**Janssen, O. 2005, P, 4**).

La psychothérapie est individuelle ou en groupe. Elle utilise généralement différentes techniques et en particulier la thérapie comportementale et cognitive, agissant sur le comportement, les pensées, les émotions. Durant les séances, l'enfant apprend à s'auto-observer et à modifier ses comportements, par le biais de nouveaux apprentissages. Ensuite, il les met en pratique dans son quotidien, avec la collaboration de son entourage familial et scolaire.

D'autres techniques, dites "de résolution de problème", favorisent chez lui la recherche de stratégies réfléchies, non impulsives et non violentes face à une difficulté, notamment relationnelle.

Encouragements et récompenses incitent l'enfant présentant un TDAH à poursuivre ces nouveaux comportements adaptés. Les efforts mis en œuvre améliorent également l'estime de soi et les relations interpersonnelles (**Ameli.fr. Article : L'ASSURANCE MALADIE. 2021**).

- **La thérapie familiale**

La thérapie familiale a pour objectif de renforcer les compétences familiales pour aider les parents à mieux gérer les comportements de leur enfant, à faire face aux situations difficiles et à leur apprendre les stratégies utiles et adaptées aux troubles de leur enfant.

Des consultations entre parents, enfant et psychiatre (ou psychologue) aide l'enfant dans son travail psychique en se focalisant sur la dynamique familiale.

13.2. La prise en charge médicamenteuse :

D'après les études effectuées, les enfants qui reçoivent un traitement adéquat pour le TDAH ont moins de problèmes à l'école et dans les relations interpersonnelles, sont moins portés à la toxicomanie et manifestent un meilleur fonctionnement global que les enfants ne recevant aucun traitement. Lors d'une étude importante menée par le "National Institute for Mental Health", la pharmacothérapie, seule ou associée à une thérapie comportementale, a significativement amélioré le comportement de l'enfant, ses résultats scolaires et ses relations avec ses camarades et les membres de sa famille (**Jensen, P. Arnold, L. et al.1999, P, 1073-1086**).

Il y a plusieurs types de médicaments d'ordonnance sur le marché pour traiter les symptômes du TDAH. Votre médecin pourra vous aider à déterminer lequel convient le mieux à votre enfant.

Les médicaments prescrits en cas de TDAH sont des psychostimulants, qui ont pour rôle de stimuler le système nerveux central (cerveau). Un seul de ces produits est disponible en France : le méthylphénidate (**Ameli.fr. Article : L'ASSURANCE MALADIE. 2021**).

Les stimulants sont les médicaments les plus prescrits pour traiter le TDAH et ils agissent en faisant augmenter la concentration de certaines substances chimiques dans le cerveau. Les résultats d'études indiquent que les stimulants exercent des effets bénéfiques chez 70 à 90 % des personnes atteintes du TDAH en aidant à maîtriser les principaux symptômes, soit

l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité (**American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2002, P, 26S-49S**).

Des études cliniques récentes ont démontré que certaines régions du cerveau permettant de se concentrer, de songer aux conséquences de ses actes ou de se comporter avec retenue et prévoyance ne sont pas suffisamment activées chez les personnes atteintes du TDAH. Selon une théorie, les stimulants activeraient ces zones cérébrales, aidant la personne à mieux se concentrer tout en atténuant son impulsivité et son hyperactivité (**Zametkin, A.J. Nordahl, TE, Gross, M. et al.1990, P, 1361-1366**).

Dans ses énoncés de principes, la Société canadienne de pédiatrie (SCP) recommande comme premier principe de prise en charge médicale du TDAH de choisir un stimulant, d'ordinaire du méthylphénidate. Les médicaments approuvés pour le traitement du TDAH sont les suivants :

- Méthylphénidate (p. ex. CONCERTA*, RITALIN®)
- Dextroamphétamine (p. ex. DEXEDRINE®)

(Société Canadienne de pédiatrie. 2002; 7(10):P : 693-696).

Au Canada, le méthylphénidate est prescrit plus souvent que les amphétamines (**IMS Health Canada. Données Compuscript et CDTI, 2001-2002**).

Les médicaments stimulants sont divisés en trois catégories générales selon leur durée d'action après la prise :

- À courte durée d'action.
- À durée d'action intermédiaire.
- À durée d'action prolongée.

Sa prise nécessite une surveillance médicale étroite. En effet, cette substance, dérivée des amphétamines, peut avoir divers effets secondaires : insomnie, ralentissement du développement staturo-pondéral, palpitations cardiaques, diminution de l'appétit, céphalées, diarrhée et douleurs abdominales, troubles de l'humeur... (**Janssen, O. 2005, P, 8-9**).

Les conditions de prescription de ce médicament sont ainsi très strictes :

- Le méthylphénidate est réservé aux enfants de plus de 6 ans.
- sa prescription initiale se déroule en milieu hospitalier (service spécialisé en psychiatrie, neurologie ou pédiatrie).
- le renouvellement annuel est réservé aux spécialistes (pédopsychiatre, neurologue, pédiatre...) des services hospitaliers spécialisés et les autres renouvellements peuvent être faits par le médecin habituel de l'enfant.
- la prescription est faite pour une durée maximale de 28 jours sur une ordonnance sécurisée ; elle détaille très précisément les quantités prescrites pour une période définie par des dates. Pendant la durée couverte par cette ordonnance, aucune prescription similaire émanant d'un autre médecin n'est autorisée.
- le médicament est délivré dans une pharmacie choisie par les parents mentionnée sur l'ordonnance. L'ordonnance initiale, valable un an, doit être présentée au pharmacien

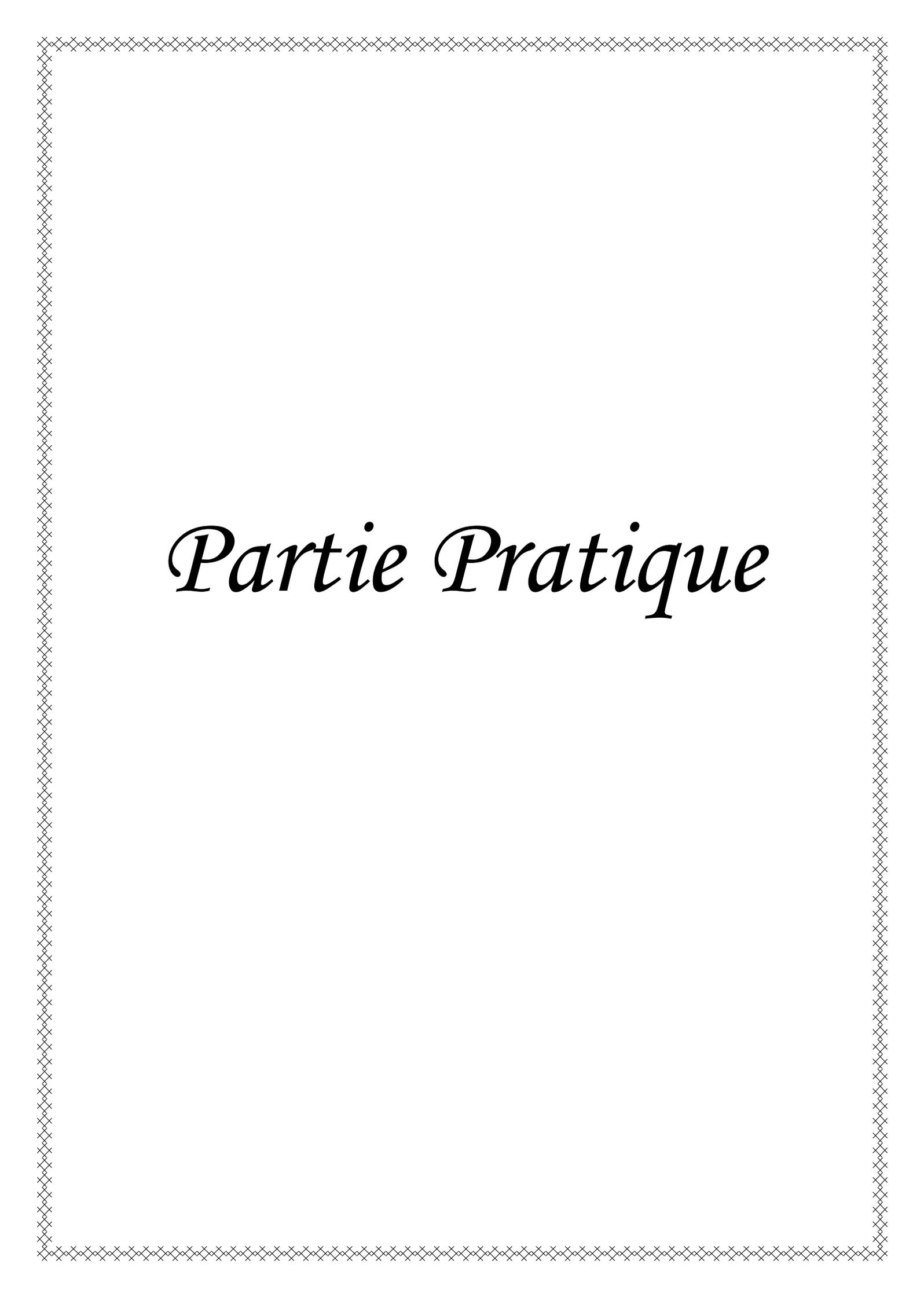
avec chacune des ordonnances de renouvellement (tous les 28 jours) rédigée par un médecin de ville.

Ce médicament (méthylphénidate), existe sous plusieurs formes et dénominations (Ritaline®, Concerta®, Quasym®, Medikinet®), et est administré selon des doses progressives. Le médecin prescripteur surveille en particulier le poids et la taille de l'enfant, le produit pouvant aussi engendrer un retard de croissance. Dans la plupart des cas, les effets secondaires s'estompent progressivement.

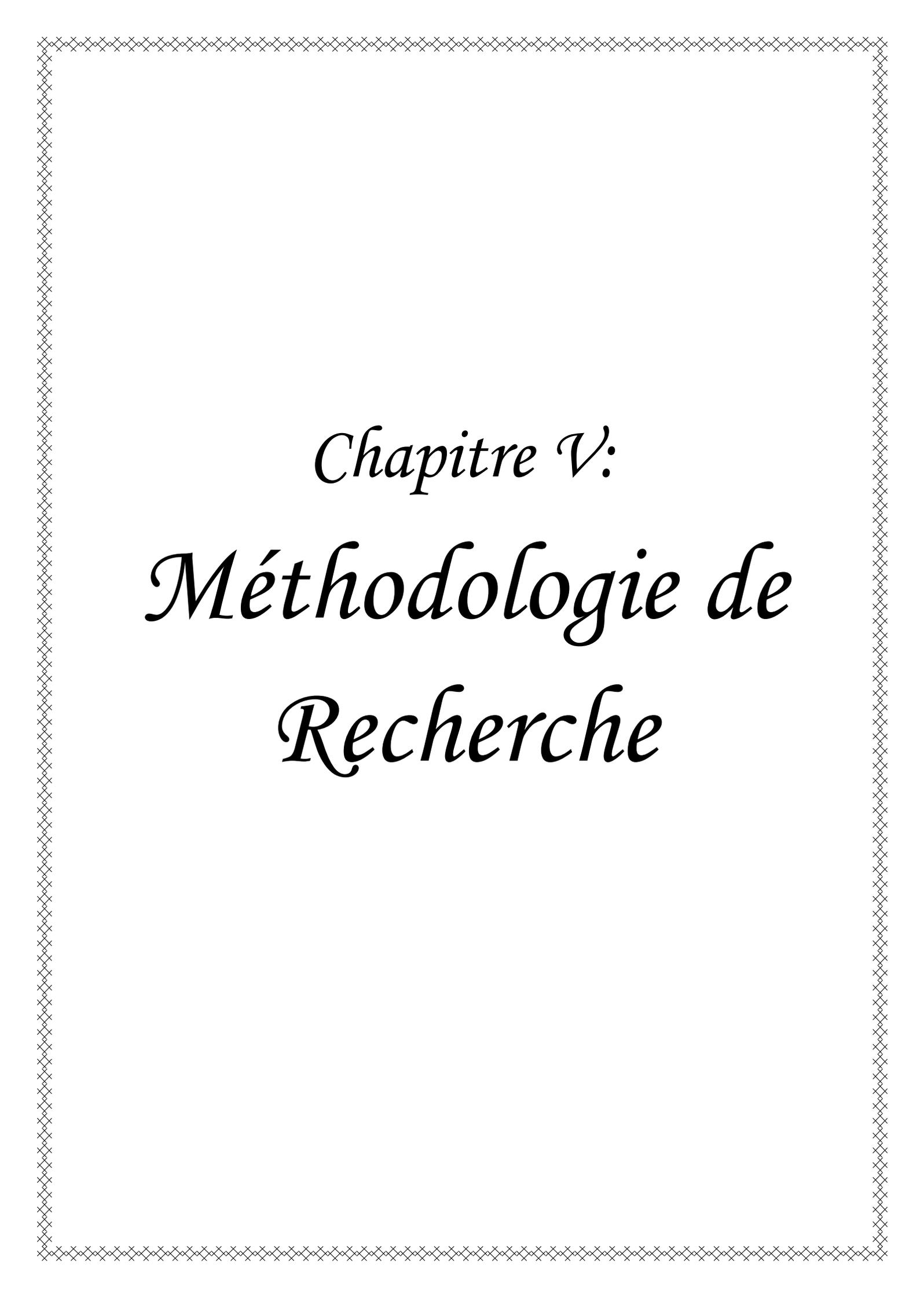
Par ailleurs, si l'enfant présente une carence en fer, une supplémentation en fer peut être prescrite (**Ameli.fr. Article : L'ASSURANCE MALADIE. 2021**).

Synthèse :

Chaque enfant atteint du TDA/H est unique, y compris dans la nature de ses besoins. Il ne faut donc pas s'attendre à ce que la même solution convienne à tout le monde. C'est pourquoi il est si important que les parents, les enfants et les professionnels de la santé aient accès à une vaste gamme de médicaments et d'options thérapeutiques pour la prise en charge du TDA/H. Discutez avec votre médecin pour savoir quelles options conviennent le mieux à votre enfant.



Partie Pratique



Chapitre V:
Méthodologie de
Recherche

Préambule

Chaque expérience expérimentale qu'elle que soit sont essence, doit poursuivre une méthodologie bien précise planifier sous forme d'un schéma hiérarchique, bien composer et fiable, afin d'atteindre l'objectif rechercher.

Dans ce troisième chapitre destiné pour l'assimilation des étapes de notre démarche, ont a engagé de commencé par la démonstration brève de notre démarche de la recherche, puis la description de la méthode, et de la population et de lieu de la recherche, en fin, ont passe a la présentation des outils d'investigation.

1. La démarche de la recherche :

1.1. La pré-enquête :

La pré-enquête est une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider a constituer une problématique plus précise est sur tout a construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées et justifier, de même, la pré-enquête permet de fixer, en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, si bien finaux que partiels que le chercheur aura a réaliser pour vérifier ses hypothèses (Aktouf, O. 1987, p, 102).

La pré-enquête est en effet l'une des étapes indispensable dans la recherche scientifique notamment dans le domaine des sciences humaines et sociales, car elle nous permet de recueillir des données concernant la population visée, perfectionner les outils de recherche et préciser la thématique de recherche.

Pour mieux saisir notre thème de recherche, il est obligé de commencer notre étude par une pré-enquête qui va nous permettre de recueillir des données préalables et de confirmé la faisabilité de notre recherche.

Au début ont s'est renseigné sur les différents centres et établissements psychopédagogiques qui consultent les parents des enfants TDA/H de la wilaya de Bejaïa, pour préciser avec munition le lieu ou va se dérouler notre étude ainsi prendre notre échantillon d'études.

Par la suite nous nous sommes dirigées vers l'établissement « Hospitalier spécialisé en psychiatrie » plus précisément en service de Pédopsychiatrie pour avoir l'accord du directeur du service afin de réaliser notre stage pratique.

Nous avons été accueillies par le directeur, à qui nous avons soumis notre demande et notre souhait qu'il a accepté avec bienveillance. Après avoir eu l'autorisation d'accès au terrain, ont s'est présenté comme étant deux étudiants en psychologie clinique en master 2 à l'université Abderrahmane Mira Bejaïa en vue de l'obtention d'un mémoire de fin de cycle. Notre pré-enquête a duré 15 jours.

Le premier jour de notre pré-enquête, le directeur nous a présenté le lieu, le personnel qui se constitue de 4 psychologues et 6 orthophonistes et une pédopsychiatre. La psychologue nous a bien accueillie, a la qu'elle nous avons d'ailleurs expliqué notre thématique de recherche. Elle a paru intéresser et nous a donné sont approbation pour entamer notre pré-enquête. Elle nous a aussi expliqué la méthode avec laquelle ils travaillent. Après cela il est important de préciser que la psychologue nous aider à nous familiariser avec les lieu et aussi nous à donner l'opportunité d'observer les mamans des enfants TDA/H et de connaître leurs

situations et comment ils font face à leurs anxiétés. Comme elle nous a expliqué le cas de ces mamans ainsi que les difficultés qu'elles rencontrent au quotidien avec leurs enfants. Nous avons aussi pu observer les comportements et la relation des enfants TDA/H avec la psychologue et avec les orthophonistes, ainsi qu'avec leurs mamans.

Durant la pré-enquête que nous avons effectuée un entretien et l'échelle d'anxiété d'Hamilton et le questionnaire de qualité de vie WHQOL-BREF après avoir eu le consentement des mamans. Tout cela nous a permis de modifier et de réajuster notre guide d'entretien qui avait été préparé avant d'avoir accès au terrain et également de recueillir des informations sur notre thème de recherche.

1.2. La méthode clinique :

La méthode clinique place la signification, l'implication et la totalité au centre de ses préoccupations et ne souhaite pas dé-subjectiver la situation. La méthode clinique vise donc à établir une situation de faible contrainte, pour recueillir des informations de la manière la plus large et la moins artificielle en laissant à la personne des possibilités d'expression. Elle refuse d'isoler ces informations et tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle.

Dans notre recherche nous nous sommes basés sur la méthode clinique qui permet d'observer, d'analyser et d'étudier notre population de recherche, pour répondre à nos objectifs. Cette méthode se définit : « comme une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui vise à déterminer à la fois ce qu'il y'a de typique et ce qu'il y'a d'individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec une situation déterminée (Sillamy, N. 2003)

Afin de réaliser notre étude nous avons optés pour la méthode descriptive, qui est la méthode la plus convenable elle peut tracer

La méthode descriptive a pour objectif « identifier les composantes d'une situation donnée et parfois de décrire la relation qui existe entre les composantes » (Chahraoui. Kh. Benony, H. 2003, p, 125).

1.2.1 La méthode descriptive :

La méthode descriptive basée sur l'étude de cas consiste une observation approfondie d'un cas elle sert à accroître les connaissances concernant un individu donné, elle permet de récolter un grand nombre de données issues de différents outils (entretien, tests, questionnaires, échelles...etc.). À fin de mieux cerner le sujet de manière générale en référence à lui-même à son contexte de vie et à son histoire (Chahraoui. Kh. Benony. H, 2003, p, 125).

La méthode clinique basée sur l'étude de cas est la méthode la plus convenable pour l'élaboration de notre travail de recherche.

2. Présentation de lieu de recherche et du personnel :

Notre recherche a été effectuée au sein de L'établissement hospitalier Spécialisé en Psychiatrie (L'EHS) qui se situe à Oued Ghir, il a été créé sous l'agrément N°59 le 02 Aout 2019 établissant des départements et des unités formés au niveau de l'institution hospitalière spécialisée dans la médecine mentale.

Sa structure est composée de 3 départements que en vas résumer sous forme de tableau :

Tableau02 :

La structure de notre lieu de recherche :

Les départements	Nombres du personnel	Unités
1. Psychiatrie d'adulte	100	1. Unité d'hospitalisation « fermé ». 2. Hospitalisation d'hommes « ouverts ». 3. Hospitalisation des femmes « ouvertes ». 4. Lutte contre l'addiction. 5. Urgence mentale et examen.
2. Pédopsychiatrie	20	1. Hôpital de jour 2. Urgence et examen
3. Pharmacie	/	1. Gestion des produits pharmaceutiques 2. Gestion des dispositifs médicaux

Nous avons réalisé notre étude précisément au sein du service de Pédopsychiatrie qui contient un bureau de réception (accueil), un bureau d'archive, un bureau de pédopsychiatre, trois bureaux de psychologues cliniciens, deux bureaux d'orthophonistes, un bureau de diététicienne nutritionniste, un bureau de coordinateur, deux salles d'attentes (homme et femme), une salle de réunion, une cuisine, 3 salles de stimulations, une salle de PEP-3(Profil psycho-éducatif), une salle pour le travail en groupe et une piscine. Ainsi qu'un air de jeux pour enfants.

Dont en trouve : 3 secrétaires, 5 psychologues cliniciens, 4 orthophonistes, 1 pédopsychiatre et 1 diététicienne nutritionniste.

2.1. Présentation de la population d'étude :

Notre population d'étude comprend 5 mamans ayant un enfant TDA/H.

En suivant les règles de déontologie et l'éthique de la recherche dans notre domaine d'étude, on a demandé le consentement oral de ces mamans pour participer dans la réalisation de notre travail de recherche, en leurs expliquant la nature de l'objectif de notre recherche et que toute informations fournis par elles resteras en anonyme et en tout confidentialité, ainsi que le déroulement qui inclura la passation des entretiens cliniques avec prise de note, et la passation d'un questionnaire sur la qualité de vie (WHOQOL-Bref), et une l'échelle d'anxiété (Hamilton).

2.2. Tableau représente les caractéristiques de la population d'étude :

Tableau 03 : Les caractéristiques de la population d'étude :

Les cas	L'âge de la maman	Niveau d'instruction de la maman	Profession de la mère	Prénom et l'âge de l'enfant	Le Sexe
Mme "N"	39 ans	6eme année primaire	Femme au foyer	Walid 6 ans	masculin
Mme "Z"	49 ans	elle n'a jamais été à l'école	Femme au foyer	Amel 5 ans	Féminin
Mme "H"	45 ans	4 éme année CEM	Femme au foyer	Yasser 7ans	Masculin
Mme "S"	32 ans	Licence universitaire	Secrétaire	Younes 6ans	Masculin
Mme "B"	38 ans	3eme année lycée	AVS	Mouloud 9ans	Masculin

D'après ce tableau on constate que l'âge de nos cinq cas balance entre 32ans et 39ns, avec différent niveau d'instruction, et parmi ses cinq cas en trouve 3 femmes au foyer et deux qui travaille. Quand a l'âge de leurs enfants balance entre 5ans et 9ans dont 4 masculin et 1 féminin.

3. Les outils de la recherche :

Dans toute recherche scientifique, notamment dans le domaine des sciences humaines et sociales, il est essentiel d'utilisé des outils de mesure efficace qui nous permet d'atteindre notre objectif. Dans notre travail de recherche nous avons opté pour la combinaison d 3 outils :

1. L'entretien semi directif avec un guide d'entretien.

2. Le questionnaire de qualité de vie WHOQOL-BREF.
3. L'échelle d'anxiété d'Hamilton.

3.1. L'entretien Clinique :

Nous avons donc opté pour l'entretien clinique de recherche car c'est une méthode de production de données de recherche dans le domaine de psychologie clinique.

C'est l'outil le plus adéquat pour accéder aux informations subjectives de l'individu.

Il existe 3 types d'entretien clinique de recherche : l'entretien clinique directif, l'entretien clinique non directif et l'entretien clinique semi-directif, notre choix s'est porté sur ce dernier type où le chercheur dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées d'avance, mais non formulé d'avance. L'aspect spontané est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit. (Chahraoui. Kh et Benony. H, 2003, p, 143).

3.1.1. Le Guide d'entretien et son application :

L'entretien Clinique de recherche est souvent associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré qui nous permet d'inviter le sujet à produire un discours aussi riche que possible à propos de notre thème de recherche évoquer.

Pour que notre objectif de recherche soit atteint nous avons élaboré un guide d'entretien qui comporte cinq (05) axes chaque un regroupe un certain nombre de questions 25 questions en tout (voir l'annexe 01).

- **Axe N° 01** : Concerne les Informations personnelles sur la maman (6 Questions).
- **Axe N°02** : Regroupe des questions sur L'histoire de l'enfant (8 Questions).
- **Axe N°03** : Des questions sur La vie psychique de la maman (6 Questions).
- **Axe N°04** : Renseignement sur Les relations familiales et sociales (3 Questions).
- **Axe N°05** : Le regard sur l'avenir (2 Questions).

L'entretien s'est déroulé dans de bonnes conditions, dans une atmosphère calme au bureau avec les mamans bien sûr après leurs avoir expliqué la situation, nous avons posé nos questions d'une manière semi-directive qui permet aux mamans de répondre d'une manière aisée à nos questions en prenant note au même temps, dans la plupart du temps elles étaient spontanées et elles répondaient sans ambiguïté. La durée moyenne d'une entrevue est de 40 à 45 minutes.

3.2. Le WHOQOL-BREF :

- **Histoire du questionnaire :**

Le groupe Qualité de vie de l'Organisation mondiale de la santé (WHOQOL) a été créé en 1991 pour élaborer un questionnaire de santé indépendant de la maladie et universellement

applicable. L'initiative de l'OMS de développer une évaluation de la qualité de vie a été prise pour un certain nombre de raisons.

Récemment, l'attention portée à la mesure de la santé s'est élargie au-delà des indicateurs de santé traditionnels, tels que la mortalité et la morbidité, pour inclure des mesures de l'impact de la maladie et de la déficience sur les activités quotidiennes et le comportement, des mesures de la santé perçue et des mesures de l'incapacité/de l'état fonctionnel. Le résultat de leur travail en coopération avec 15 centres internationaux a été le questionnaire WHOQOL-100 et, en 1998, sa forme abrégée, le WHOQOL-BREF (<https://heartbeat-med.com/resources/whoqol-bref/>).

Définition du questionnaire :

Le WHOQOL-BREF est un instrument de mesure des résultats rapportés par les patients (PRO) qui permet d'évaluer l'état de santé global des patients, indépendamment de la maladie, dans 4 domaines de santé et 24 aspects différents. Globalement, il comprend les 26 questions les plus importantes des 100 questions de son prédécesseur, ce qui représente une réduction considérable et nécessaire. La période de rappel du patient couvre les deux dernières semaines. Le WHOQOL-BREF est l'un des instruments les plus connus qui a été développé pour les comparaisons interculturelles de la qualité de vie et il est disponible dans plus de 40 langues (<https://heartbeat-med.com/resources/whoqol-bref/>).

- **Notation du questionnaire :**

Tout d'abord, les réponses du patient se voient attribuer les scores prédéfinis correspondants. Ceux-ci vont de 1 à 5 points pour toutes les questions. Pour presque toutes les questions, le pire état de santé possible correspond à 1 point, tandis que le meilleur état de santé possible correspond à 5 points. Les exceptions sont les questions 3, 4 et 26, pour lesquelles vous devez inverser les valeurs des points : $6-x$ ($x=n$ 'importe quel score Q3, Q4 ou Q26)

Calculez ensuite un score pour chacun des domaines de la santé en calculant la moyenne des points de réponse pour chaque domaine (somme des points de réponse divisée par le nombre de questions) et en multipliant le résultat par le chiffre 4.

- Santé physique = $4x ((6 - Q3) + (6 - Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18)/7$
- Santé psychologique = $4x (Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6 - Q26))/6$
- Relations sociales = $4x (Q20 + Q21 + Q22)/3$
- Environnement = $4x (Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25)/8$

Enfin, les scores des 4 domaines sont convertis en une échelle de 0 à 100. Pour ce faire, le chiffre 4 est soustrait de chacun des scores de domaine, et la différence est multipliée par 100/16, soit le chiffre 6,25. 0 point représente le pire état de santé possible, tandis que 100 points représentent le meilleur état de santé possible dans le domaine concerné. L'état de santé

physique, psychologique, social et environnemental du patient est donc évalué séparément (<https://heartbeat-med.com/resources/whoqol-bref/>).

$$\text{Score converti} = (\text{score du domaine}-4) \times (100/16)$$

Si plus de 20 % des questions sont manquantes, le WHOQOL-BREF ne peut pas être évalué. Un maximum de 2 questions par domaine peut être manquant. Dans ce cas, la moyenne des scores des questions restantes du domaine est déterminée et les questions manquantes sont remplacées par le score moyen dans chaque cas afin qu'une évaluation puisse être effectuée comme ci-dessus. Une exception est le domaine "Relations sociales", dans lequel un maximum d'une question peut être manquant (<https://heartbeat-med.com/resources/whoqol-bref/>).

Pour assurer la validité de l'échelle, l'échelle a été appliquée aux membres de l'échantillon de l'étude et au calcul du coefficient d'honnêteté et de stabilité De plusieurs façons et a été traité avec le programme (SPSS)

- **Authenticité de l'échelle :**

Validité discriminatoire (comparaison finale) : Le calcul de la validité de l'échelle a été fondé sur la véracité discriminatoire, où : L'ordre des notes de la plus basse à la plus élevée de sorte que 33 % de la distribution la plus élevée et 33 des notes les plus basses de la distribution ont été prises Le nombre d'individus est de (66) individus, puis (T) a été calculé pour déterminer les différences entre les deux groupes, et le tableau suivant montre :

Tableau04 :

Le tableau représente les résultats de la validité du barème par la méthode de l'honnêteté discriminatoire :

Taille variable	Groupe de comparaison	N	\bar{X}	S ²	T	Df	Sig
Qualité de vie	Groupe supérieur	66	93.30	5.961	25.26	130	0.000 D Statistiquement
	Groupe inférieur	66	63.94	7.323			

Nous pouvons voir sur le tableau obtenu que la valeur de (t) était de 25,26 au degré de liberté 130 Au niveau de la signification statistique de 0,000, c'est-à-dire qu'il existe des différences statistiquement significatives dans l'échelle entre les deux groupes, et que Le bon groupe supérieur, c'est-à-dire l'échelle, a une capacité de discrimination, où la moyenne du

groupe supérieur est de 93,30 tandis que la moyenne de Le groupe inférieur était de 63,94 et cela confirme que l'échelle est vraie (**Hamza, F. revue des sciences social, Vol, 107, p, 151**).

- Honnêteté de la cohérence interne Pour vérifier la sincérité de la cohérence interne, nous avons calculé La dimension est en corrélation avec le score total de l'échelle et le tableau suivant montre :

Tableau 05 : Le Tableau Représente les résultats de la validité de la cohérence interne des dimensions et du score global de l'échelle de qualité de vie :

Les Dimensions	\bar{X}	S	R	Sig
Dimension 1	25.35	4.822	0.84	0.01
Dimension 2	21.07	4.246	0.80	0.01
Dimension 3	10.33	2.688	0.71	0.01
Dimension 4	22.00	4.586	0.83	0.01
Grade Total	78.74	13.237	1	//////

À travers le tableau, il est clair qu'il existe une corrélation entre les dimensions et le degré total de l'échelle, car la dimension de 1 est vraie à Le niveau de signification était de (0,01), car la valeur moyenne arithmétique était de (25,35) et la valeur de l'écart-type était de (4,82) et La valeur du coefficient de corrélation est (0,84), tandis qu'après 2 honnête au niveau de signification (0,01), comme valeur de la moyenne arithmétique (21,07) et la valeur de l'écart-type était (4,24), et la valeur du coefficient de corrélation était (0,80), tandis qu'après 3 honnêtes à Le niveau de signification était de (0,01), car la valeur moyenne arithmétique était de (10,33) et la valeur de l'écart-type était de (2,68) et La valeur du coefficient de corrélation est (0,71), tandis qu'après 4 honnête au niveau de signification (0,01), comme valeur moyenne arithmétique (22,00) et la valeur de l'écart-type était (4,58), et la valeur du coefficient de corrélation était (0,83), y compris l'échelle est honnête (**Hamza, F. revue des sciences social, Vol, 107, p ,151**).

- **Stabilité d'échelle Cronbach Alpha :**

Les données ont été traitées par la méthode alpha : L'échelle de Cronbach et le tableau suivant montrent les résultats du test alpha de Cronbach.

Tableau 06 : Le Tableau Représente les résultats du coefficient de stabilité alpha de Cronbach pour l'échelle de qualité de vie :

L'échelle	Nombre d'items	N	\bar{X}	S	Coefficient de stabilité alpha de Cronbach
Qualité de vie	26	200	88.50	15.14	0.885

Nous notons à travers les résultats du tableau obtenu que le coefficient de stabilité a atteint la valeur (0,885) pour l'échelle, ce qui indique Stabilité Étant donné que ces valeurs sont proches de un, il s'agit d'une valeur élevée et indique la grande stabilité de l'échelle et donc elle est constante (**Hamza, F. revue des sciences social, Vol, 107, p, 152**).

3.3. L'échelle d'anxiété de Hamilton :

- **Historique et présentation :**

L'HAM-A a été l'une des premières échelles de notation développée pour mesurer la gravité des symptômes d'anxiété. Elle a été présentée par HAMILTON en 1959, comme instrument permettant l'évaluation quantitative de l'anxiété névrotique. En 1976, elle a été incluse par NIMH dans le « ECDEU Assessment Manual ». Elle a été traduite en français par PICHOT P (**Bouvard, M. et Cottraux, J. 1996, p, 88**).

- **Le mode de construction :**

L'échelle de HAMILTON (1959) pour l'anxiété en 14 items donne un score global et deux sous scores (anxiété psychique et anxiété somatique). Les items couvrent la totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique, musculaire et viscérale, les troubles cognitifs et du sommeil et enfin l'humeur dépressive. Il est demandé au cliniciens de choisir, en fonction de son expérience, l'intensité qui lui paraît le mieux correspondre à l'état du patient. (**Sarron, C. et Vera, L. 2004, p, 33**).

- **Le mode de passation :**

Le test d'anxiété d'Hamilton se déroule nécessairement par étape. L'évaluation commence une semaine avant qu'un entretien ait lieu, celui-ci peut être conduit par un psychologue, un médecin, un neurologue, un neuropsychologue, ou encore par un neuropsychiatre.

Il comporte 14 items correspondant à différentes manifestations de l'anxiété.

Les items, sont évalués à l'aide de cinq degrés de gravité, de l'absence jusqu'à l'intensité invalidante. La note globale va de 0 à 60. Il existe une note d'anxiété psychique (items 1 à 6 et 14) et une note d'anxiété somatique (item 7 à 13). La note d'inclusion pour un essai thérapeutique est généralement au minimum 20.

- **La cotation :**

Au cours du test, le praticien évalue chaque item et attribue chaque fois une note comprise entre 0 et 4.

- La note « 0 » est donné lorsque le symptôme est absent.
- La note « 1 » correspond à une présence très légère.
- La note « 2 » est attribuer lorsque l'intensité de la manifestation est moyenne.
- La note « 3 » correspond a une forte présence du symptôme.

- La note « 4 » correspond a une intensité maximale (invalidante).

- **L'étude de validation :**

Les travaux de validation concernant la HAMA ne sont pas très nombreux. Toute fois, la sensibilité au changement validée a travers les nombreux essais au cours desquels elle a été utilisée. Son aptitude à distinguer différents degrés de gravité lors d'une évaluation globale est satisfaisante, avec peut-être une légère insuffisance pour les degrés : léger – absent.

- **L'application :**

La HAMA a été et est toujours très utilisée essentiellement au cours d'essais thérapeutiques d'anxiolytiques et d'antidépresseurs. Elle a constitué l'échelle de référence pour de nombreux travaux de validité concourante et de psychopathologique quantitative.

Les intérêts et les limites de l'échelle :

- **Les intérêts :**

La HAMA est très largement connue et utilisée. Elle permet de comparer des travaux. Elle fait partie du manuel ECDEU. Il s'agit d'un instrument sensible au changement. Du point de vue de sa structure factorielle, celle-ci s'est avérée stable. L'accent mis sur les symptômes somatiques limite son intérêt pour les échantillons de patients dont l'expressivité anxieuse est surtout somatique, du fait de facteurs ethniques. Par exemple.

- **Les limites :**

Il en existe plusieurs. Il est regrettable que l'échelle n'ait pas donné lieu a de véritables études de fidélité interrogatrice au cours des séances d'entraînement. Par ailleurs, dans certains cas, la multiplicité des rubriques proposées pour chaque item malgré la Co-variation de beaucoup d'entre eux, peut compliquer la tache des investigateurs. C'est d'ailleurs les cas de toutes les échelles ou les items n'ont pas une définition précise et univoque. La présence d'un item dépressif nous paraît nuire a la pureté de l'instrument. L'accent porté sur les symptômes somatiques est trop important. Enfin, il s'agit d'une échelle relativement longue ce qui contribue à alourdir certains protocoles.

4. Les difficultés rencontrées :

- Accédé au terrain été difficile.
- L'indisponibilité des cas.
- Les rendez-vous non respectés.
- La Courte durée du stage.

Synthèse :

En conclusion, il est important de noter que la méthodologie est la base de chaque travail scientifique dans différents domaines, car elle permet une meilleure application des techniques d'investigation choisies.

Ce chapitre nous a permis de mieux organiser notre recherche à l'aide de l'utilisation de différentes techniques d'investigation (l'entretien clinique semi-directif, le WHOQOL-BREF et l'échelle d'anxiété d'Hamilton), afin d'arriver à répondre à notre objectif de recherche ainsi de vérifier nos hypothèses élaborées au début.

Chapitre IIV:
Présentation,
Analyse et
Discussion des
Hypothèses

Présentation du premier cas :

1. Présentation générale de Madame "N" :

Madame "N", âgé de 39 ans, femme au foyer marier depuis 2016 mais sa relations avec son mari est conflictuelle actuellement, mère de deux enfants l'ainé à 6 ans est atteint de TDA/H associé a l'autisme il n'est pas scolarisé, elle a un niveau d'instruction de 6eme année primaire, elle est atteinte d'arthrose depuis ses 36ans.

2. Présentation et analyse de l'entretien Clinique de Madame "N" :

Durent l'entretien de madame "N" elle à répondu a toutes nos questions qu'en a traduit en Kabyle avec un air triste et elle a été un peu perturbé et stresser. En remarque qu'elle est très affecté par le trouble de son enfant Walid.

Walid est né après 2 ans de mariage « *farhay mliḥ ass-mi 3elmay enceinte illiy* » disait la maman, quelque mois après la naissance de Walid il a eu une sévère fièvre qu'il a resté hospitalisé pendant 3jours. Madame "N" nous a affirmé que plus son fils grandissait elle remarqué plusieurs signes qui sont alarmant sur Walid et qui perturber son esprit telle que le regard périphérique et fugitif, la marche sur les pointes des pieds sa par rapport a l'autisme et une hyperactivité motrice, il est impulsif et écoute pas la consigne, il a un manque de concentration, plus une absence de langage, chose qui a pousser ses parents pour consulté un pédopsychiatre qui a posé le diagnostique d'autisme associer au TDA/H. le pédopsychiatre lui a prescrit un traitement et il lui a recommander un psychologue pour ses comportements et un orthophoniste pour le retard de langage.

Madame "N" nous a affirmé que Walid n'as jamais été a l'école encore a cause de son autisme sévère, il se comporter d'une manière très agressive avec elle et avec les enfants de son âge « *ilkathiyyi ixebciyyi, ittkariciyyi,* » quand il est dehors elle nous a dit que « *iḡelib partout,* », « *iteyir lmakla-s y lqa3a , ittnay waḥi d gma-s* » « *3yiiiyy 3yiiiyy wallah... silence* », *ilaq chaque maranfay adetfay afous-is ttagaday asesarhay attewthit tonovil, ourisinara ak le danger* » dit la maman, elle ajoute que son mari l'aide jamais dans l'éducation de Walid d'ailleurs elle vit plus avec lui il ya presque 8mois qu'elle est chez ses parents, c'est rarement qu'il vient pour voir ses enfants.

Avec un air très triste : « *dounit –iw theqel da cauchemar s lhlak ayi n Walid* », « *lḥaḡa ak iyikemlen d argaz-iw la3mer ouyiserbiḥ iregmiiyi ikathiyyi presque chaques jours* » c'est pour ça qu'elle a décidé de vivre chez elle, elle en a marre de lui.

« *Marattwaliyy emmi di lḥala ayi uli-w igezem iqarḥiyyi lḥal, ttruyay kan, qevlay attruḥ dunith-iw akken kan ad récupériyy emmi* ». En plus le regard des gens dehors et même dans la famille la blesse trop une fois une femme de la famille de son mari lui a dit qu'il faut qu'elle attache Walid comme un chien, et que dans 10ans il va finir par la tué c'est un petit monstre, « *itty itiyi l3emr-iw marasely i lahdur amiiyi Wallah* » « *heureusement llan imawlan-iw yidi mtilaq wis amek arayithetru* ».

« Ayen ak ittmeniy adwaliy walid-iw istahla, atheyrey a l'école comme tout les enfants n l'âge ines , de3u y rebi kan adis3u l'avenir l3ali Inchallah », en essayant de retenir ses larmes.

D'après les paroles de Madame "N" lors de l'entretien on a remarqué que le trouble de Walid et le regard des autres est la raison principale de son état actuelle.

3. Analyse des résultats du questionnaire de la qualité de vie de Madame "N" :

Le tableau 07 : Représente les résultats obtenu après la passation du questionnaire pour madame "N" :

Dimensions	Santé physique	Santé psychologique	Relations sociales	Environnement
Score	18	17	9	25
Interprétation	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne
Pourcentage (%)	38%	44%	50%	56%

Après avoir évalué les 4 dimensions du questionnaire, et analyser les résultats obtenus nous constatons que la qualité de vie de Madame "N" est moyenne sur tout les dimensions avec un score de 18 pour la santé physique, 17 en santé psychologique, 9 en relations sociales et 25 en environnement.

4. Analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton de Madame "N":

Le tableau 08:

Représente les résultats obtenu après la passation de l'échelle pour madame "N" :

Le cas	Le score	L'interprétation
Madame "N"	36	Anxiété grave a sévère

Après la passations de tous les items de l'Echelle d'évaluation d'anxiété d'Hamilton qui a pour but de mesurer le taux d'anxiété chez un individu au cour des sept derniers jours, pour Madame "N" après avoir calculer on a obtenus le Score de 36 ce qui présente un degré d'anxiété grave à sévère, chose qu'en a confirmer par ses réponses au items de l'échelle.

5. Résumé du Cas :

D'après les données de l'entretien clinique et ceux du questionnaire de qualité de vie et l'échelle d'évaluation d'anxiété d'Hamilton, on a constaté que Madame "N" malgré les difficultés présente dans sa vie soit par rapporte a son marie ou par rapporte a Walid son fils elle a obtenus un score moyen en qualité de vie dans tout les dimensions, par contre son Anxiété et très élevé avec un score de 36 ce qui s'avère quelle souffre d'une anxiété grave.

Présentation du deuxième cas :

1. Présentation générale de Madame "Z" :

Madame "Z" âgé de 49 ans, femme au foyer, mère de 4 enfants, Amel la petite 5 ans elle est diagnostiquer de TDA/H, elle est en préscolaire, quant a la maman elle n'a jamais été a l'école.

2. Présentation et Analyse de l'entretien Clinique de Madame "Z" :

Durant L'entretient madame "Z" a répondu a toute nos questions qu'on a traduit en kabyle, sans exceptions. Elle était très calme et compréhensive, chose qui explique qu'elle a accepté le trouble de sa fille.

Selon madame "Z" sa grossesse s'est bien déroulé sans complications, et qu'il ne y'avait pas d'événement traumatisant, sauf qu'elle avait trop de charge a la maison car elle vivait toujours avec la famille de son mari, dit-elle. Elle nous a aussi informé que son accouchement s'est bien déroulé et qu'il n'y avait pas de complication contrairement a c'est enfants précédant.

Après la naissance de Amel « *ufiy-d iman-iw ur-zmira-y ikra tusay-id ttarbiya tu3ar surtout yakan Amel mazal-it bébé waħi d cyel n wexxam, wlac ikel menhu iyitt3awanen... sufriy waħdi* »

A l'âge de 4ans la maman a inscrit Amel dans une crèche qui est tout pré de chez elle, un mois après la maman a remarquer que sa fille perd toujours ses affaire, « *kul ma ruħay ad seqsiy f Amel g la crèche tcekthayiyi-d la nourisse ines, tqariyi-d ur-thttay ara awal, tu3er, tetmay waħi d lwacul* ».

Une année après Amel est au préscolaire ses comportements n'ont pas cessé de se dégrader, elle est violent, pleure souvent et sans raison, alors ils ont décidé (les parents) de consulter un pédopsychiatre, chose qu'ils ont fait dans les bref délais, après quelques consultations le docteur a posé le diagnostique de TDA/H et les a orienté vers un psychologue pour une correction de comportement ».

« *Marazaray Amel tbugi bezaf ttefqa3ay tsufuyiyi il3aql-iw, kathaytt, ama3na akken cwiya kan adendemay mittewthayaprès ttuyay qary-as d neki idiri, uttfahmyara* ».

« *Amel-iw tehrec mlih lah yaleb kan tetbugi bezaf* » la maman nous a dit qu'a chaque fois qu'il ya un évènement dans la famille elle évite d'y aller a cause de Amel car elle ne reste pas tranquille elle est obligé de la surveiller et la suivre partout.

Vers la fin de l'entretien Madame "Z" avait les larmes aux yeux. « *ttmeniykan yelli attkalmi asinqes lahlak ayi ines watt3ic normal am lwacul akith* ».

Après avoir analysé le discoure et le comportement de Madame "Z" lord de l'entretien on constate que le trouble de Amel affecte beaucoup son état psychique et psychique et ça rend sa vie plus compliqué.

3. Analyse des résultats du questionnaire de qualité de vie de Madame

"Z" :

Le tableau 09 : Représente les résultats obtenu après la passation du questionnaire pour madame "Z" :

Dimensions	Santé physique	Santé psychologique	Relations sociales	Environnement
Score	21	19	08	24
Interprétation	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne
Pourcentage (%)	50%	56%	44%	50%

Après l'évaluation des 4 dimensions du questionnaire de qualité de vie Madame "Z" a une qualité de vie moyenne ce qu'en peut constater d'après les scores obtenus.

4. Analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton de Madame "Z" :

Le tableau 10 : Représente les résultats obtenu après la passation de l'échelle pour madame "Z" :

Le cas	Le score	L'interprétation
Madame "Z"	21	Anxiété modéré

Après la passations de tous les items de l'Echelle d'évaluation d'anxiété d'Hamilton qui a pour but de mesurer le taux d'anxiété chez un individu au cour des sept derniers jours, pour Madame "Z" après avoir calculer on a obtenus le Score de **21** ce qui présente un degré d'anxiété Modéré, chose qu'en a confirmer par ses réponses au items de l'échelle.

5. Résumé du cas :

D'après les donnés obtenus lors de l'entretien, et les score obtenus dans le questionnaire de qualité de vie et dans l'échelle de l'anxiété, Madame "Z" à une qualité de vie moyenne et une anxiété modéré malgré les difficultés qu'elle rencontre avec les taches quotidiennes du foyer, et l'éducation de ses enfants et le trouble de sa fille Amel qui rend sa vie plus compliqué mais c'est une maman optimiste qui est prête a faire tout pour le bien être de sa fille.

Présentation du troisième cas :

1. Présentation Générale de Madame "H" :

Madame "H", est âgé de 45 ans femme au foyer avec un niveau d'étude de 4^{ème} année CEM, maman de 4 enfants, son fils Yasser âgé de 7ans scolariser atteint de TDA/H il est le benjamin d'une fratrie de 4. Sur le plan médical Madame "H" souffre d'une Tension Artériel.

2. Présentation et Analyse de l'entretien Clinique de Madame "H" :

Lors de l'entretien Clinique Madame "H" s'est montrer très attentif et compréhensif avec nous, elle a dit qu'elle avait l'habitude avec les stagiaires. En a commencer à poser nos questions l'une après l'autre d'une manière semi-directif.

Concernant les questions sur les informations de son enfant et son trouble, la maman nous a informés que Yasser souffrait d'une méningite à sa naissance et il a subi une opération sur le cœur quand il a été petit chose qui a fait d'elle une maman très protectrice et très proche de son petit enfant.

Le développement psychoaffectif de Yasser été très normal il parlait et marchait dans les temps, et il été très intelligent.

« *Ass-mi yes3a Yaser 5 ans j'ai remarqué ittnay bezaf d wayetma-s af les jouer* » il n'aime pas partager, « *ittqeliqiten maraqaren ur yittay ara awal amnek am baba-s man3eyet fella-s* ». Il n'écoute pas la consigne venant de ses parents.

A 6ans ils ont intégré Yasser a L'école, « *ittgama adiqim g l'école armi s dnwi l'AVS akken attqim yides wathadrit* ».

« *Amdiniy sah kan wallah ar tsa3yayi tterbiya n Yasser par rapport ar wayethma-s, ur yettagadara ikel 3 fois iyirwel gexxam arma wiythid kan g poste de police, ...muthidettafyara akken zdathi qaryas adihves wul-iw ilxel3a ttagaday aythakren nay attewthit tonovil, Arwiw Imahna zyes* ».

« *lwaqth-iw ak fkiyast immi ... wallah mattfakay ceyl-iw taba3ayth kan zdefir* ».

Tout d'un coup Madame "H" commence a pleuré en disant que « *parfois qarya-s imagine ademthay un jour d menhu ar ayhadren Yaser-iw amek arasetru?* », avec un air triste.

« *Mais amdiniy hemdulah umnay akken adyas wass anda yeser adihlu wa di3ich dunith-is normal am lwacul* » je reste optimiste et je crois en dieu que mon fils vas se stabilisé et puisse faire sa vie le plus normalement possible, quand je vois que ya des cas encore pire que lui je me dis Hemdoulilah.

Ce qu'on a observé chez Madame "H" lors de l'entretien c'est qu'elle est toujours optimiste et elle garde un grand espoir que son Fils mènera une vie normal et stable.

3. Analyse des résultats du questionnaire de Qualité de vie de Madame "H" :

Le tableau 11 : Représente les résultats obtenu après la passation du test pour madame "H" :

Dimensions	Santé physique	Santé psychologique	Relations sociales	Environnement
Score	19	19	11	30
Interprétation	Moyenne	Moyenne	Elevé	Elevé
Pourcentage (%)	44%	56%	69%	69%

Nous nous constatons que la qualité de vie chez Madame "H" est moyenne dans les 2 dimensions : Santé physique avec un score de 19 et un pourcentage de 44%, et santé psychologique avec un score de 19 aussi et un pourcentage de 56%, quand au deux autre dimensions : Relations sociales en trouve un score de 11 et un pourcentage de 69% et l'environnement avec un score de 30 et un pourcentage de 69% aussi ce que s'avère que sa qualité d vie est assez élevé dans ces deux dimensions.

4. Analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton de Madame "H" :

Le tableau 12 :

Représente les résultats obtenu après la passation de l'échelle pour madame "H" :

Le cas	Le score	L'interprétation
Madame "H"	29	Anxiété grave a sévère

Après la passations de tous les items de l'Echelle d'évaluation d'anxiété d'Hamilton qui a pour but de mesurer le taux d'anxiété chez un individu au cour des sept derniers jours, pour Madame "H" après avoir calculer on a obtenus le Score de 29 ce qui présente un degré d'anxiété grave à sévère, chose qu'en a confirmer par ses réponses au items de l'échelle.

5. Résumé du cas :

D'après les données obtenus au moment de l'entretien et les résultats obtenus dans le questionnaire de qualité de vie et l'échelle de l'anxiété, en remarque que madame "H" est optimiste avec une bonne qualité de vie quand a son taux d'anxiété elle a atteint le score de 29 ce qui montre qu'elle souffre d'une anxiété sévère.

Présentation du quatrième cas :

1. Présentation générale de Madame "S" :

Agé de 32 ans marié depuis 7 ans, elle a une licence en droit elle travaillait comme une secrétaire mais elle a quitté son travail il ya 2 ans, maman de 3 enfants 2 filles et un garçon Younes âgé de 7 ans il est diagnostiqué avec un TDA/H.

2. Présentation et Analyse de l'entretien Clinique de Madame "S" :

Au début de l'entretien Madame "S", avait l'air un peu stressé et mal à l'aise à préférer de travailler avec une femme alors en a respecté son choix en c'est installé toute les deux dans un bureau et on a commencé l'entretien.

Concernant Younes elle nous a signalé qu'elle a été trop contente quand elle a su que c'est un garçon parce qu'elle avait déjà deux filles « *son père et moi on a été très heureux quand en a su que c'est un garçon d'ailleurs toute la famille été heureuse de cette nouvelle* ». dit la maman.

Le développement de Younes été très normal il n'a pas eu de complications lors de sa naissance, « *Assmi yes3a Yunes 4ans bnd les problèmes personne n'as accepté de le garder tout le monde icekthayiyi-d que uyettyama tranquille, euuuuh ...'il bouge trop, ittnay wahi les cousins ines, les réclamations ayi ikel ak d la pression ayi j'ai décidé ad hebsay lxedma akken ad qimay yid Yunes* » je ne pouvais plus supporter alors j'ai dû quitter mon travail pour rester avec mon fils

Madame "S" nous a signalé qu'elle ne trouve pas de l'aide vu qu'elle vit plus avec sa belle famille, et que son mari travaille loin.

« *ur skidiby ara mais Yunes isefqa3iyi, itqeliqiyi il me stresse s comportements ines, Après wallah ar thekathay...lah yaleb, mi dilhaq la3ca wass ad mekthiy mithewthay akken adendemay adettruy* ». Je le frappe presque chaque jour, mais quand viens le soir je regrette de l'avoir frappé et je pleure »

La maman nous a informé que quand ils vont chez la famille ou chez les amis elle a toujours un sentiment de honte par rapporte à son fils elle n'aime pas quand ils le regardent de côté et qu'ils se font des idées qu'il est mal éduqué, qu'il ne respecte pas ou qu'elle n'est pas une bonne maman

Younes a fait ses 6 ans mais toujours pas de changement, alors ils ont décidé de consulter un médecin. « *Le traitement il le prend pour rien* », dit Madame "S"

Après plusieurs consultations chez le pédopsychiatre il lui a prescrit un traitement. « *Younes est rentré à l'école mais les réclamations de la part de son enseignante n'ont pas cessé et ses comportements sont toujours les mêmes* ».

Après avoir lui poser la question sur ce qu'elle souhait d'ici au future elle nous a dit : « *j'ai aucun espoir dayen dégutiy, jiy lxedma-w akke ad qimay yides yerna kifkif wlac ak le changement* » je ne pense pas qu'il viendrait un jour ou l'état de Younes puisse s'améliore, je ne pense pas

3. Analyse des résultats du questionnaire de Qualité de vie de Madame "S":

Le tableau 13 : Représente les résultats obtenus après la passation du test pour madame "S" :

Dimensions	Santé physique	Santé psychologique	Relations sociales	Environnement
Score	18	13	6	25
Interprétation	Moyenne	Bas	Bas	Moyenne
Pourcentage (%)	38 %	31%	25%	56%

Ont observe que la qualité de vie de Madame "S" est moyenne voir base, avec un score moyen de 18 et un pourcentage de 38% en santé physique, pareille pour l'environnement avec un score de 25 et un pourcentage de 56%. Quand à la santé psychologique le score est de 13 avec un pourcentage de 31% ainsi la relation sociale en trouve un score de 6 et un pourcentage de 25%, ce qui fait que la qualité de vie de cette Damme est altérer.

4. Analyse de l'échelle d'anxiété d'Hamilton de Madame "S":

Le tableau 14: Représente les résultats obtenus après la passation de l'échelle pour madame "S" :

Le cas	Le score	L'interprétation
Madame "S"	41	Anxiété grave a sévère

Après la passations de tous les items de l'Echelle d'évaluation d'anxiété d'Hamilton qui a pour but de mesurer le taux d'anxiété chez un individu au cour des sept derniers jours, pour Madame "S" après avoir calculer on a obtenus le Score de **41** ce qui présente un degré d'anxiété grave à sévère, chose qu'en a confirmer par ses réponses au items de l'échelle.

5. Résumé du cas :

D'après les paroles et les comportements de madame "S" lors de l'entretien et les résultats du questionnaire de la qualité de vie et l'échelle de l'anxiété de Hamilton ont constate que la qualité de vie de madame "S" est dégradé a cause de son fils Younes et elle n'arrive pas accepter son trouble d'ailleurs comme elle a dit « *j'ai aucun espoir* » et c'est une maman qui tien beaucoup a son travail

Présentation du cinquième cas :

1. Présentation Générale de Madame "B" :

Madame "B", Agé de 38ans marié depuis 14ans, maman de 2 enfants une fille et un garçon Mouloud le benjamin âgé de 9ans qui souffre d'autisme associé au TDA/H il est en deuxième année primaire Madame "S" est l'AVS de son fils à l'école.

2. Présentation et Analyse de l'entretien Clinique de Madame "B" :

Madame "B" a l'air d'une personne qui ne parle pas trop elle est très distant et discrète, mais quand même elle a répondu poliment à nos questions.

Ont a inciter Madame "B" de nous parler sur son fils Mouloud : « *Mulud yas aka damehluq hemlayth am thit-iw da3ziz-iw*, en mettant les mains sur la poitrine », elle nous a déclaré que l'annonce du diagnostic d'autisme associé au TDA/H été un choc pour elle et son mari « *heureusement yella wargaz-iw yidi ixedmiyi-d la3qel, tura qaryas hemdulah mi 3elmay acu guyen mulud aka meqar anexdem ayen inezmer akken athendawi* » sachent que mouloud avait aucun complication lors de sa naissance

Concernant les résultats de Mouloud a l'école elles ne sont pas suffisante dit la maman, et a propos de l'influence des trouble de Mouloud sur la vie quotidienne de la maman, elle nous a dit que « *mayela mulud ça va igela nki dayen hemdulah, mayela walayth ça va pas nki dayen uttiliyara bxir* ».

Mouloud maintenant est sous traitement il va mieux par rapport aux années précédentes il est plus stable et plus calme.

« *Biyad illiy d neki i d L'AVS n mmi parce que ur zmiray adamney, hed a part argaz-iw* ». Je fais confiance a personne d'autre que a son papa bien sur.

« *lwaqth-iw ak 3emday athefkay ithwacult-iw mais beaucoup plusi Mulud, nek d baba-s newjed anexdem aka ayen nezmer, que dieu me protège ma petite famille ncalah* »

Madame "B" est très optimiste elle nous a informé que Mouloud fait de remarquable progrès maintenant « *il s'habille tout seul, il fait moins de crise, son hyperactivité est diminuer et je sais comment gérer quand il ne va pas bien* ».

« *J'ai espoir malgré que je sais sa vas prendre du temps mais je suis la pour sa moi pour mon fils, je fais de mon mieux pour qu'il apprend à vivre comme tout le monde, quand au regard des autres je ne donne pas d'importance* ».

3. Analyse du questionnaire de qualité de vie de Madame "B" :

Le tableau 15 : Représente les résultats obtenu après la passation du test pour madame "B" :

Dimensions	Santé physique	Santé psychologique	Relations sociales	Environnement
Score	27	21	15	19
Interprétation	Elevé	Moyenne	Elevé	Moyenne
Pourcentage (%)	69%	63%	100%	38%

D'après les données de se tableau on remarque que Madame "B" a une assez bonne qualité de vie avec un score et un pourcentage élevé en santé physique et en relation sociale, et un score moyen en santé psychologique et en environnement.

4. Analyse de l'échelle de l'anxiété d'Hamilton de Madame "B" :

Le tableau 16 : Représente les résultats obtenu après la passation de l'échelle pour madame "B" :

Le cas	Le score	L'interprétation
Madame "B"	16	Anxiété légère

A partir du score retenus 16 Madame "B" a une anxiété légère, et c'est la seule maman qui à obtenus ce score parmi tout les cas Analysé auparavant.

5. Résumé du cas :

Madame "B" est une maman très optimiste et confiante qui a beaucoup d'espoir pour son fils chose confirmé par ses résultats obtenus dans la qualité de vie et ceux de l'anxiété, et cela renvoi au soutien de son mari qui a toujours été là pour elle et la grande motivation qu'elle à de travailler avec son fils.

6. Discussion des hypothèses :

Dans cette partie nous allons discuter nos hypothèses, afin de répondre aux questions de notre problématique.

- Quelle est l'influence de l'anxiété sur la qualité de vie chez les mamans ayant un enfant TDA/H ?
- Quels sont les facteurs qui déterminent la nature de l'influence de l'anxiété sur la qualité de vie chez les mamans ayant un enfant TDA/H ?

Pour vérifier nos hypothèses nous nous sommes appuyés sur les résultats obtenus dans notre partie pratique, par l'application de l'entretien clinique semi-directif et le questionnaire de la qualité de vie WHOQOL-BREF et l'échelle d'anxiété d'Hamilton, on est arrivé à la discussion des hypothèses afin de les confirmer ou les infirmer et c'est ce qu'en va voir en dessous.

Nos hypothèses :

- L'anxiété peut influencer considérablement la qualité de vie des mamans qui ont un enfant atteint de TDA/H.
- L'influence de l'anxiété sur la qualité de vie des mamans ayant un enfant TDA/H peut être déterminée par plusieurs facteurs qui peuvent être classés comme suit, interne et externe.

Selon Les études de Nathalie Nader sur le fonctionnement familial de l'enfant hyperactif montrent qu'en présence d'un enfant TDA/H au sein d'une famille, le fonctionnement familial soit problématique (**Nathalie Nader-Grosbois, 2009**).

A partir des résultats que nous avons obtenus et les outils de recherche, et d'après l'analyse des cinq (05) cas, nous avons pu constater qu'avoir un enfant TDA/H, peut engendrer des changements au sein d'une famille notamment sur la qualité de vie des mamans qui peuvent être touchés par différents troubles tels que l'anxiété.

Le Tableau 17 : Représente les résultats obtenus par le questionnaire de qualité de vie pour les 5 cas :

Dimensions Cas	Santé Physique	Santé Psychologique	Relations Sociales	Environnement
1	18	17	9	25
	38%	44%	50%	56%
	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne
2	21	19	08	24
	50%	56%	44%	50%
	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne
3	19	19	11	30
	44%	56%	69%	69%
	Moyenne	Moyenne	Elevé	Elevé

4	18	13	06	21
	38%	31%	25%	56%
	Moyenne	Bas	Bas	Moyenne
5	27	21	15	19
	69%	63%	100%	38%
	Elevé	Moyenne	Elevé	Moyenne

Le Tableau 18 : Représente les résultats de l'anxiété obtenus après la passation de l'échelle d'anxiété d'Hamilton au prêt de nos 5 cas :

Cas	Score	Interprétation
1	36	Anxiété sévère
2	21	Anxiété modéré
3	29	Anxiété sévère
4	41	Anxiété sévère
5	16	Anxiété légère

Dans les cinq (05) cas que nous avons analysé, nous sommes parvenu a confirmé nos hypothèses, nous avons constaté que les mamans ayant un enfant TDA/H, souffrent vraiment d'anxiété modérer a sévère ce qu'en a confirmé d'après l'analyse des résultats de l'échelle d'Hamilton tous les mamans présentent certains symptômes telle que (La peur, le stress, la fatigue, l'inquiétude, trouble de sommeil ...etc.)

Même leurs qualité de vie est bouleversée avec une soustraction dans leurs relations et dans leurs activités ce qui est confirmé par les paroles des mamans, on peut citer l'exemple de Madame "N" quand elle nous a dit « *sa me fatigue trop...* », « *Ma vie est devenu un cauchemar avec le trouble de mon enfant* ».

Et Madame "H" « *L'éducation de Yasser est très difficile par rapport a ses frères il me fatigue trop* »

Madame "S" : « *... toutes ces réclamations et toute cette pression je ne pouvais plus supporter alors j'ai due quitter mon travail pour rester avec mon fils* ».

Par ailleurs en peut dire que les niveaux d'anxiété élevés peuvent être causés par l'incertitude quant à la gestion des défis liés au trouble de l'enfant, les inquiétudes concernant son bien-être et son avenir, ainsi que le stress lié aux exigences supplémentaires. Cela peut influencer la santé mentale, les liens familiaux et sociaux aussi la capacité à prendre soin de soi.

L'influence de l'anxiété sur la qualité de vie des mamans des enfants TDA/H peut être déterminée par plusieurs facteurs qui peuvent être classé comme facteurs interne et externe :

Facteurs internes :

- Les ressources personnelles de la maman pour faire face à l'anxiété.
- Le niveau de résilience chez ces mamans.
- La Capacité de gestion du stress.
- Les mécanismes de coping, et les ressources émotionnelles et cognitive.

Facteurs externes :

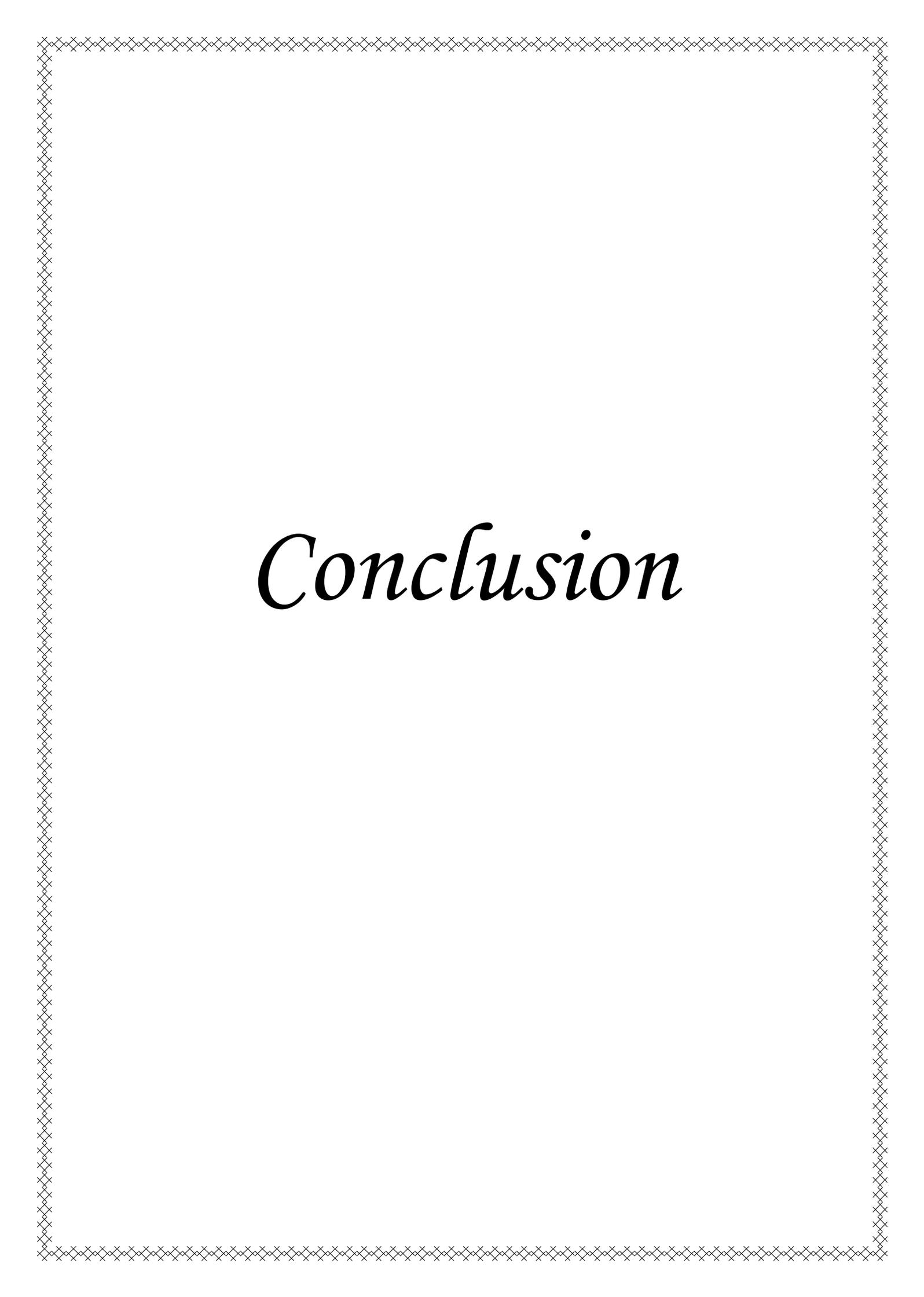
- Le stress quotidien.
- La gravité des symptômes du trouble de l'enfant.
- Le niveau du soutien conjugal, familial et social disponible.
- Les regards et les jugements de la société

Tous ces éléments interagissent pour façonner la manière dont l'anxiété affect la qualité de vie de cette catégorie de mamans de manière globale. Il nous paraît important de prendre en compte ces différents aspects pour mieux comprendre et soutenir ces mamans dans leurs parcours.

Pour finir tous ces résultats, ces analyses, ces révélations de la part des mamans indiquent clairement que nos hypothèses sont confirmées.

Synthèse :

Il faut noter que les résultats obtenus par notre étude sur les cinq(05) cas sur la qualité de vie et l'anxiété chez les mamans ayant un enfant TDA/H ne peuvent pas être généralisé sur toutes les mamans des enfants TDA/H car en psychologie chaque cas est un cas unique.



Conclusion

Conclusion :

La présente étude porte sur « La qualité de vie et l'anxiété chez les mamans ayant un enfant TDA/H », sa nous a permis de répondre à certains questions concernant l'influence de l'anxiété sur la qualité de vie chez cette catégorie de mamans et les facteurs qui déterminent la nature de cette l'influence.

Pour réaliser cette étude nous nous somme basé sur une recherche bibliographique, des outils d'investigation : un guide d'entretien semi-directif, un questionnaire sur la qualité de vie Le WHOQOL-BREF et une échelle D'Hamilton d'anxiété, notre étude est faite au sein de L'établissement hospitalier Spécialisé en Psychiatrie (L'EHS) qui se situe en Provence de Oued Ghir sur cinq (05) cas (Des mamans des enfants TDA/H).

Le TDA/H est un trouble qui se caractérise souvent par des symptômes tels que l'impulsivité, l'hyperactivité et des difficultés de concertation. Ces comportements peuvent rendre la vie quotidienne plus stressante et exigeante pour la maman, car elle doit constamment gérer les besoins spécifiques de son enfant.

L'anxiété est un aspect essentiel à considérer dans ce contexte. Les mamans peuvent ressentir de l'anxiété face à divers aspects de la vie de leur enfant TDA/H, tels que les interactions sociales, les performances scolaires et la pression de répondre aux attentes de la société. Cette anxiété peut être constant et épuisante, affecte non seulement la santé mentale mais aussi la qualité de vie globale de la maman.

Cette étude nous a permis de démontrer que la qualité de vie les mamans ayant un enfant TDA/H peut être influencée par l'anxiété la gestion de la situation peut impacter leur bien-être global, ainsi que les besoins spécifiques de leurs enfants peuvent être stressante.

L'anxiété vécu par la majorité de nos cas est considérée comme modéré a grave (sévère) 3 cas sur 5 ont une anxiété grave qui influence considérablement sur leurs qualité de vie, en remarque que ceux dont le score de l'anxiété est plus élevé par rapport a la norme sont ceux dont le soutien conjugale, familiale et sociale est absent, et la gravité des symptômes lié au trouble de leur enfant ainsi que les capacité de gestion du stress de la part de ces mamans.

On note qu'en absence du soutien familial et social, les mères des enfants TDA/H se trouvent dans l'obligation de s'investir totalement, ce qui augmente leurs besoins d'aide en santé mental.

Dans notre étude nous avons remarqué que les mamans des enfants TDA/H peuvent avoir besoin d'un suivie psychologique pour les aider à gérer le stress et l'anxiété par défirent stratégies, et a renforcer leurs bien-être émotionnels. Cela peut également les aider à mieux comprendre le TDA/H et à développer des compétences pour soutenir leur enfant de manière optimal.

Cette recherche reste limité et ouvre des passages pour de nouvelles perspectives plus approfondie en modifiants les variable comme par exemple :

Conclusion

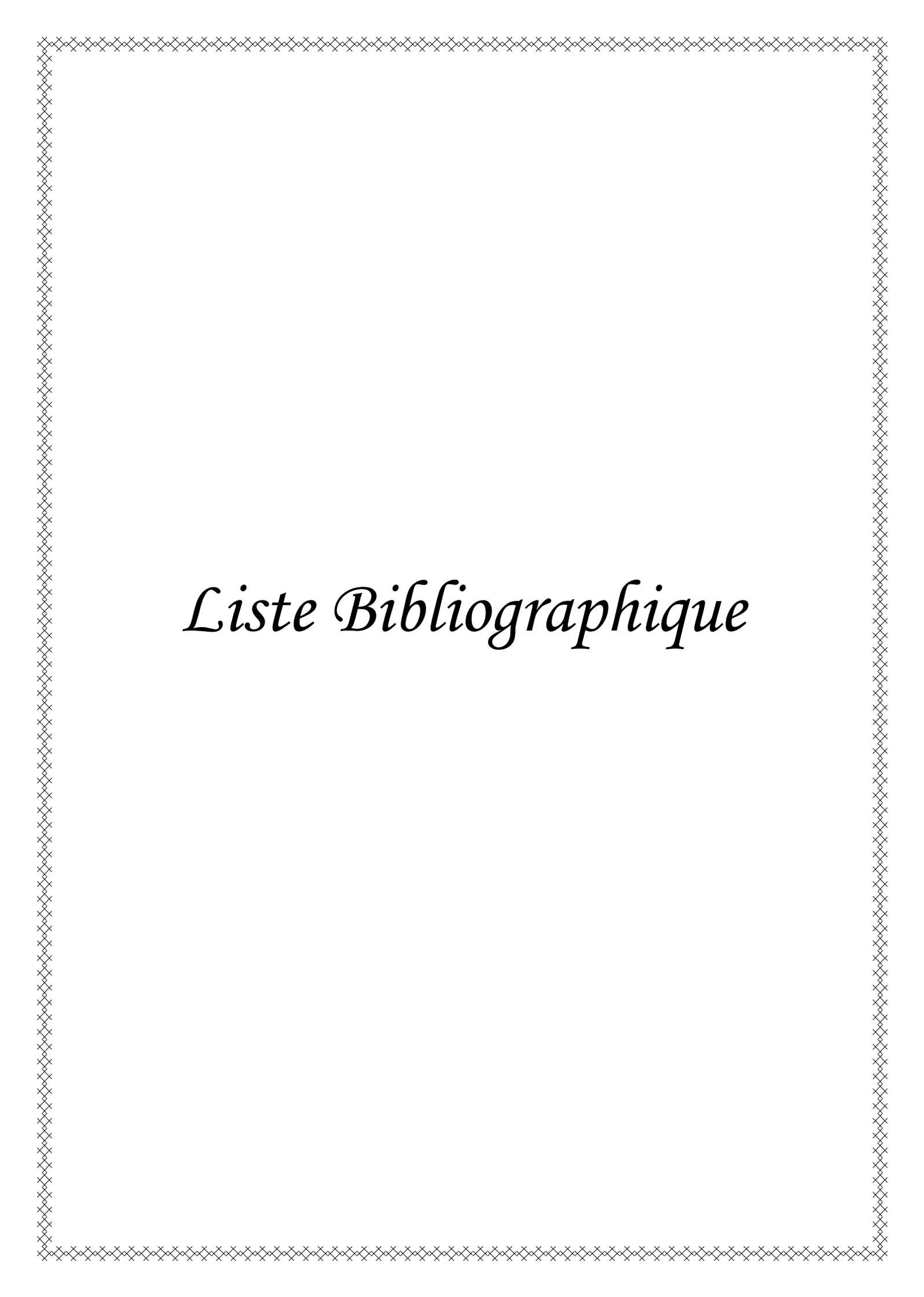
« La qualité de vie et l'anxiété chez les papa ayant un enfant TDA/H »

« Le degré d'anxiété chez les parents ayant un enfant TDA/H ».

Il faut noter qu'avoir un enfant TDA/H n'est en aucun cas une honte et que chaque enfant est unique, il est également important de reconnaître que chaque maman à sa propre manière de faire face aux défis et de trouver l'équilibre dans sa vie quotidienne. Il est essentiel de respecter le parcours unique de chaque maman et de lui offrir le soutien nécessaire pour qu'elle puisse s'épanouir dans son rôle parental.

Enfin, cette étude reste une magnifique épreuve à travers laquelle on a appris beaucoup de choses sur la souffrance des mamans ayant un enfant TDA/H et sur les difficultés qu'elle rencontre avec l'éducation de leurs enfants.

De plus, on espère que cette étude apportera des éclairages précieux sur les besoins et les défis des mamans élevant des enfants atteints de TDA/H, et qu'elle contribuera à améliorer le soutien et les ressources disponibles pour ces mamans dans la société.



Liste Bibliographique

Liste bibliographique

1. AKTOUF, O. (1987). « *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations, une introduction à la démarche classique et une critique* », Les Presses de l'Université du Québec : Montréal.
2. AMEL, B. (27/02/2011). « *Trouble de l'attention et de l'hyperactivité : le dépistage scolaire s'impose* », Algérie (<https://www.santemaghreb.com/actus.asp?id=12184>)
3. American Psychiatric Association (DSM IV-TR). (1995) *Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux*, (4eme édition, version internationale Washington) traduction Française par GUELFIJ.D. et al, (2004). Paris, Masson,
4. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5eme edition).
5. American Psychiatrie Association. (2003). « *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* » (4 éd). Paris : Masson.
6. ANTOINE GAUDY. (2009). « *Le trouble déficitaire de l'attention/ hyperactivité chez l'enfant* », présentation de la maladie, étude des différents modes de prise en charge, rôle et Conseils du pharmacien face a une telle pathologie. Université de Limoges Faculté de Pharmacie.
7. BANERJEE, T.D. MIDDLETON, F. FARAONE, S.V. (2007). "Environmental risk factors for attention- deficit hyperactivity disorder". ActaPaediatr.
8. Barkley, R.A (1998). "Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnostic and treatment" (2 éd). New York: Guilford press.
9. BEATRICE BEAUFILS, G (1997). « *la qualité de vie* », Université de Paris, RDR « Santé, Vieillesse, Société ».
10. BENAMARA, A, DR. HADBI, M. « *le vécu psychologique de la mère de l'enfant hyperactif* » Université d'Oran (<file:///C:/Users/Synapse/Downloads/le-vecu-psychologique-de-la-mere-de-l%E2%80%99enfant-hyperactif.pdf>)
11. BERENICE, D. SOPHIE, G et All. (2018). « *guide de la qualité de vie au travail outils et méthodes pour conduire une démarche QVT* ». (édition mars 2019). (<https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-qvt-2019.pdf>)
12. BLOCH, H. et al, « *Grand dictionnaire de la psychologie* ». Québec, 1 Créditions, 1991.
13. BOUVARD M.et COTTRAUX, J. (1996). « *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie en psychologie* » (3eme édition), Paris, Masson.
14. BOUVARD M.et COTTRAUX,J. (1996). « *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* », (4eme édition), Paris, Masson.
15. BRAUN, J.M. KAHN, R.S. FROELICH, T. AVINGER, P. LANPHEAR B.P. (2006). "Exposures to environmental toxicants and attention deficit hyperactivity disorder in U.S. Children". Environ. Health prospect.
16. CHAHRAOUI K. et BENONY H, (2003) « *Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique* », Paris, Dunod.
17. CHAHRAOUI, K., & BENONY, H. (2003). « *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique* ». Paris, France: Dunod.

Liste Bibliographique

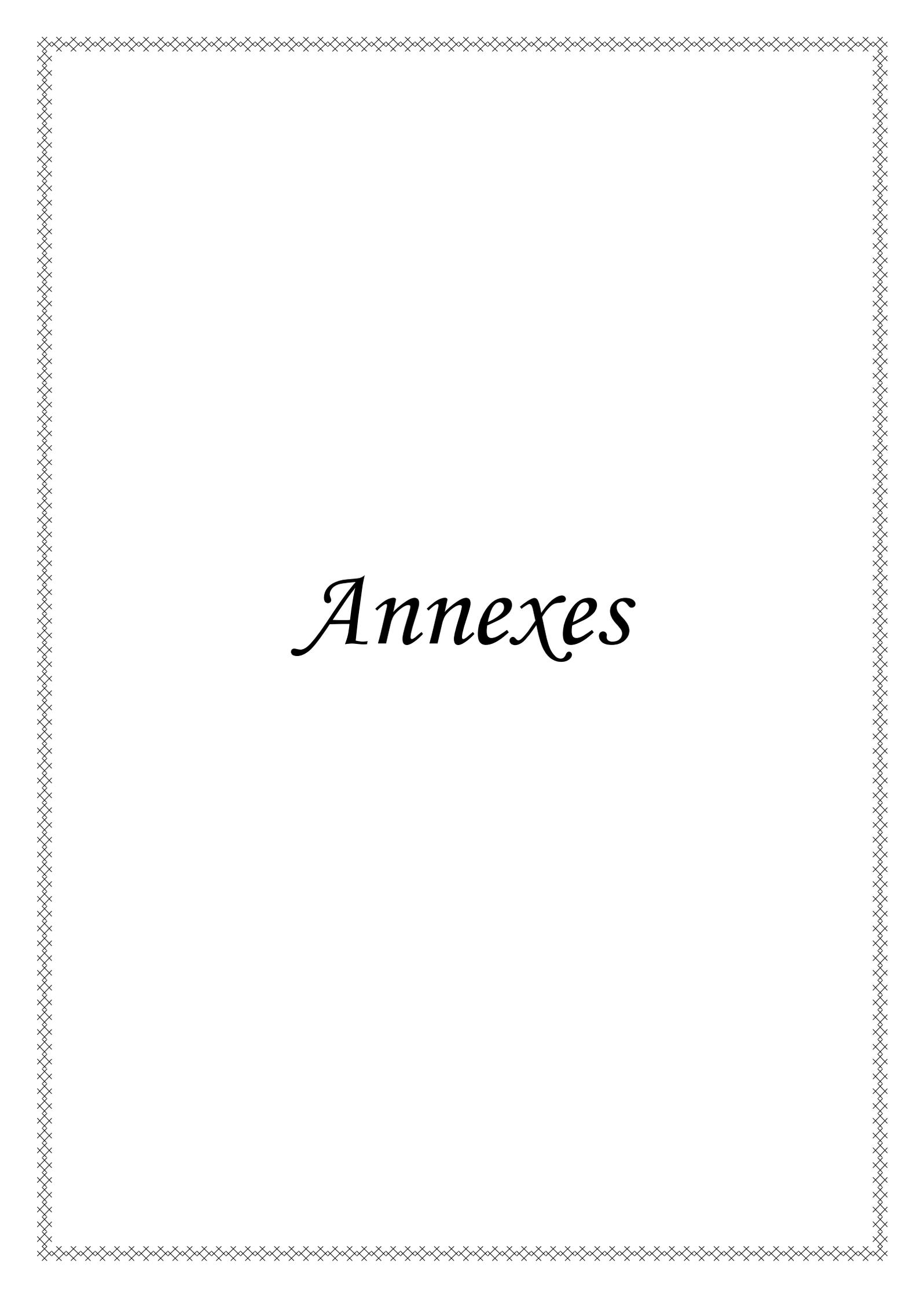
18. *Children with ADHD: A qualitative study* ».International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 14(1), 1690091.
19. DEAULT, L. C. (2010). « *A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)* ». Child Psychiatry & Human Development
20. Dictionnaire Larousse.fr
(<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/TDAH/10910819>).
21. DOPHEIDE, JA, PLISZKA SR. (2009). « *Attention-deficit-hyperactivity disorder: an update pharmacotherapy* » .Jun; 29(6): P, 656-97. Doi: 10.1592/Phco.29.6.656. PMID:19476419.
22. DOUGLAS, V.I. (1983). “*Attentional and cognitive problems*”. In M. Rutter (Ed), *Developpement neuropsychiatrie*. New York: Guilford Press.
23. EVELYNE SIMON. (2011) « *Le trouble déficit de l’attention/ hyperactivité (TDAH) : Agitation des psychiatres autour d’un diagnostic. Comment comprendre les résistances et les réticences* ». Université Henri Poincaré, Nancy 1. Faculté de médecine de Nancy. Num 3808.
24. FABIEN, B. (2014). « *La qualité de vie, Approche psychologique* », Presses universitaires de Rennes, Rennes
25. *Fiche n° 28 Qualité de vie*
https://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1459/fichier_28_fiche_qualite_de_vie_vfed275.pdf) Consulté le 28/03/2024 à 15:54h.
26. FOURNERET, P. (2004). « *l’hyperactivité : bilan et actualité d’un symptôme*. In : *Menechal J. L’hyperactivité infantile : débat et enjeux* » Paris : Dunod
27. FURMAN, L.M. (2008). “*Attention-Deficit hyperactivity Disorder (ADHD): Does New Research Support old Concepts?*” Journal of Child Neurology.
28. GOTTESMAN, I.I., GOULD T.D. (2003). “*The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions*”. Am. J. psychiatry.
29. GRAZIANI, P. (2003). « *Anxiété et troubles anxieux* », Paris, Nathan.
30. GUEHL C.M., (2003). « *L’enfant anxieux dépistage et soins* », Paris, Masson.
31. GUY, B. (2005). « *Manuel de psychopathologie* », (2eme édition) Paris, Dunod.
32. JANSSEN-ORTHO. 2005. « *Traitement du TDAH* »
33. JENSEN, P. ARNOLD, L. RICHTERS, J. ET AL. (1999). (MTA Cooperative Group) “*A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity disorder*”. Arch Gen Psychiatry.
34. JENSEN, P. ET AL. (2001). « *Finding from the NIMH multi-modal Treatment study (MTA): implication and applications for primary care provides* » .J .Dev. Behav. Pediatr.
35. KONOFAL, E. LE CENDREUX, M. MOURNE-SIMEON M.C. (2002). « *Mise au point des études cliniques sur le rapport « veille-sommeil » dans le trouble déficit de l’attention/ hyperactivité de l’enfant* ». Ann Med Psycho ; 160
36. LEITCH, S., SCIBERRAS, E., POST, B., GERNER, B., RINEHART, N., NICHOLSON, J. M., & EVANS, S. (2019). «*Experience of stress in parents of* REVOL, O. BRUN, V. (2010). « *Trouble déficit de l’attention avec ou sans hyperactivité* ». édition Masson.

Liste Bibliographique

37. MAHMOUD OULD-TALEB. (10-2015). « *Manuel de la pédopsychiatrie* ». (2ème édition).
38. MARCEL, L. (2007/1). « *La qualité de vie liée à la santé et l'ajustement psychosocial dans le domaine des maladies chroniques de l'intestin* », N°88.
39. MARIE LAMBERT-CHAN. (2021). « *La prévention du TDAH doit se faire dès la petite enfance ...et même avant!* ». Journal Forum. Lundi 13 Février 2021 11.00h. (https://www.gripinfo.ca/grip/public/www/doc/medias/2012-02-13_UdeMNouvelles.pdf).
40. MARILOU-BRUCHON, SCHWEITZER. (2002) « *psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes* », paris, Dunod.
41. MARILOU-BRUCHON, SCHWEITZER. (2002). « *Psychologie de la santé* », Paris, Dunod.
42. MARILOU-BRUCHON, SCHWEITZER. (2014) « *psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes* », Paris, Dunod.
43. MELANIE LEVASSEUR, erg. M.Sc. (2007). « *Qualité de vie, participation sociale et environnement des personnes âgées vivant dans la communauté* » (Thèse présentée à la Faculté de Médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du grade de philosophie doctor (Ph.D.) en sciences cliniques (mention réadaptation). Université de Sherbrooke
44. MERCIER, M. SCHRAUB, S. (Novembre 2005). « *Qualité de vie : quels outils de mesure ?* », édition HAL, France.
45. MICHEL, J. STEPHANE, G. (2003) « *Psychologie de la santé, technique, pratique et modèle* », Paris, Dunod.
46. MICHEL, L. (2011). « *TDAH, classification actuelle, problèmes et enjeux* ». Dans L'information Psychiatrique. (Volume 87).
47. Mises R. (2002). « *La pédopsychiatrie. Annales médico- psychologiques* » ; 160 (10)
48. NATHALIE NADER-GROSBOIS, (2009). « *Résilience, régulation et qualité de vie* », Presses Universitaires de Louvain.
49. PALAZZOLO, J. (2007). « *Dépression et anxiété, mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge* », Paris, Masson.
50. PERLEMUTER, L. PERLEMUTER. G. (2009). « *Dictionnaire médical de l'infirmière* ». Paris: Masson
51. *Qualité de vie*
https://energyeducation.ca/Encyclopedie_Energie/index.php/Qualit%C3%A9_de_vie#
Consulté le 03/04/2024 à 21h
52. REVOL, O.BRUN, V. (2010). « *Trouble Déficit de l'attention avec ou sans Hyperactivité* ». Ed Masson.
53. RUSSELL, A. E., FORD, T., WILLIAMS, R., & RUSSELL, G. (2016). « *The Association between Socioeconomic Disadvantage and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)* »: A Systematic Review. Child Psychiatry and Human Development, 47(3), 440-58. (<https://doi.org/10.1007/s10578-015-0578-3>)
54. SAINT GERMAIN, I. BOULLOCHE, J. LE LUYER, B. (2004). « *Le diagnostic du trouble déficitaire de l'attention/ hyperactivité doit-il se limiter aux critères de la classification du DSM-IV ?* » Archives de pédiatrie.

Liste Bibliographique

55. SERGE, S. ISABELLE. V. (2012). « *Psychologie de la santé* », (1ère édition), France
56. SERVANT, D. (2007) « *Gestion de stress et d'anxiété* », (2eme édition), El Sevier Paris, Masson.
57. SILLAMY, N. (2003). « *Dictionnaire de la psychologie* ». 58. Paris : Larousse.
58. SILLAMY, N. (2006). « *Dictionnaire de psychologie* ». Paris: Larousse Quevauvilliers, J.
59. SPENCER, T.J., FARAONE S.V., BIEDERMAN J .ET AL.(2006). « *Does prolonged therapy with a long-acting stimulant suppress growth in children with ADHD*”
60. STROUD, A, H. (1997). « *Vaincre l'anxiété et le stress* », El NEKHLA
61. TAYLOR, E. RUTTER, M. (2008). « *Les classifications sont des outils de pensée et de communication* ». (http://www.tdah-ressources.org/-/Qu_est-ce_que_le_TDA/Classifications_inte)
62. THOMAS, J. WILLEMS, G. (2001) « *Trouble de l'attention, impulsivité et hyperactivité chez l'enfant* » : Approche neurocognitive. Paris : Masson.
63. VINCENT, B. AGNES, B. (2007). Sous la direction de Jean-Louis, P. Armand Colin.
64. WILLCUTT, E.G., DOYLE, A.E., NIGG, J.T., FARAONE, S.V., PENNINGTON, B.F. (2005). “*Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder*” a meta-analytic review. Biol Psychiatry.
65. ZAMETKIN, AJ. NORDAHL, TE. GROSS, M. ET AL. (1990) . “*Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset*”. New England Journal of Medicine.
66. (2021). *Anxiété*. <https://www.neuraxpharm.com/fr/troubles/anxiete#> Consulté le 24/03/2024 à 12h.
67. <https://maaz.ihmc.us/rid=1QYV4H07P-299Y08Q51H/R%C3%A9sum%C3%A9%20sur%C2%A0la%20qualit%C3%A9%20de%20vie.pdf> Consulté le 28/03/2024 à 22 :15h.
68. (14-04-2023). *Qualité de vie liée a la santé*. <https://europeanlung.org/fr/information-hub/living-with-a-lung-condition/qualite-de-vie-liee-a-la-sante/> Consulté le 26/03/2024 à 21 :57h.
69. (25 Juliette2021). *WHQOOL-BREF*. <https://heartbeat-med.com/resources/whoqol-bref/> Consulté le 03/04/2024 a 23h.
70. حمزة • د فاطيمة، أ حسين • بوداود تقنين مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية، على (عينات من البيئة الجزائرية، مجلة العلوم الإجتماعية، جامعة الأغواط، المجلد 07، عدد 31 جويلية 2018 35 . <http://rss.lagh-univ.dz/download/>)



Annexes

Annexe N°01 :

Guide d'entretien

Axe 1 : Information Personnel :

1. Quel est votre prénom ?
2. Quel est votre âge ?
3. Que faites-vous dans la vie ?
4. Occupez-vous un poste de travail ?
5. Quel est votre date de mariage ?
6. Combien d'enfants avez-vous ?

Axe 2 : L'histoire de cas :

1. Quel est l'âge et le sexe de votre enfant ?
2. Quel est niveau de scolarisation de votre enfant ?
3. De quoi souffre-il ?
4. Quel est sa position dans la fratrie ?
5. Est-il un enfant désiré ?
6. A-t-il des complications lors de sa naissance ?
7. Comment sont ses comportements à l'école ?
8. Quel sont ses résultats a l'école ?

Axe 3 : La vie Psychique :

1. Avez-vous besoin de demander de l'aide pour accomplir vos taches quotidiennes ?
2. Avez-vous des problèmes conjugales a cause de votre? Parlez-nous de la vie conjugale avant et après les enfants
3. Est-ce que votre enfant influence sur votre bien être ?
4. Comment est sa relation avec ses frères ?
5. Avez-vous parfois l'impression que vous n'avez pas assez de temps pour vous-même ? ou pour ses frères ?
6. Comment décrire votre vie quotidienne et les difficultés et comment faire face ?

Axe 4 : Les relations familiales et sociales :

1. Comment allez vous après l'enfant, sur le plan de la santé et psychologiquement ?
2. Qu'est ce que disent les gens a propos de votre enfant (famille, amis..) ? comment le regardent-ils ?
3. Avez-vous accepté le trouble de votre enfant ?

Axe 5 : le regard sur l'avenir :

1. Qu'espérez-vous pour votre enfant dans l'avenir ?
2. Avez-vous l'espoir que votre enfant va s'améliorer ?

Annexes N°02 :

Le Questionnaire de Qualité de Vie WHOQOL-BREF :

WHOQOL-BREF

Date : Nom : Prénom :

CONSIGNE

Les questions suivantes expriment des sentiments sur ce que vous éprouvez actuellement. Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle.

	Très faible	faible	ni faible ni bonne	bonne	très bonne
1 Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	très insatisfait(e)	insatisfait(e)	ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	satisfait(e)	très satisfait(e)
2 Etes-vous satisfait(e) de votre santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pas du tout	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement
3 La douleur physique vous empêche t'elle de faire ce dont vous avez envie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Aimez-vous votre vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Estimez-vous que votre vie a du sens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Etes-vous capable de vous concentrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Vivez-vous dans un environnement sain ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Acceptez-vous votre apparence physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15	Comment arrivez-vous à vous déplacer ?	très difficilement <input type="checkbox"/>	difficilement <input type="checkbox"/>	assez facilement <input type="checkbox"/>	facilement <input type="checkbox"/>	très facilement <input type="checkbox"/>
16	Etes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?	très insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	ni satisfait(e) ni insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	satisfait(e) <input type="checkbox"/>	très satisfait(e) <input type="checkbox"/>
17	Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Etes-vous satisfait(e) de vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Etes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Etes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Etes-vous satisfait(e) de votre accès aux services de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Etes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?	jamais <input type="checkbox"/>	parfois <input type="checkbox"/>	assez souvent <input type="checkbox"/>	très souvent <input type="checkbox"/>	tout le temps <input type="checkbox"/>

Vérifiez s'il vous plaît que vous avez répondu à toutes les questions

Merci de votre participation

Annexe N°03 :

L'échelle d'Anxiété d'Hamilton :



ÉCHELLE D'HAMILTON D'ÉVALUATION DE L'ANXIÉTÉ

E Évaluation de A l'Anxiété E Échelle de H Hamilton	Dans quelle mesure chacune des catégories de symptômes est-elle présente dans le tableau suivant ? Consigne : Encerclez la cote qui correspond le mieux à l'état d'anxiété au cours des sept derniers jours.					
Catégories	Exemples	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Énormément
Humeur anxieuse	Inquiétude, pessimisme, appréhension, irritabilité	0	1	2	3	4
Tension	Sensation de tension, fatigabilité, réactions de sursaut, tremblement, impatience (besoin de bouger), incapacité de se détendre	0	1	2	3	4
Crainites	De l'obscurité, des étrangers, d'être laissé seul, des animaux, des foules	0	1	2	3	4
Insomnie	Difficulté de l'endormissement, fragilité du sommeil, réveils fréquents, sommeil non réparateur, fatigue au réveil, cauchemars	0	1	2	3	4
Dysfonction intellectuelle	Difficulté de concentration, « mauvaise mémoire »	0	1	2	3	4
Humeur dépressive	Manque d'intérêt, tristesse, réveil, précoce, fluctuations diurnes de l'humeur	0	1	2	3	4
Symptômes musculaires	Douleurs musculaires, courbatures, crispation, tension musculaire, grincements de dents, voix mal assurée	0	1	2	3	4
Symptômes sensoriels	Bourdonnement d'oreille, vision embrouillée, sensation de chaleur et de froid, sensation de faiblesse, sensation de picotement, démangeaisons de la peau	0	1	2	3	4
Symptômes cardio-respiratoires	Accélération du rythme cardiaque, palpitations, douleurs thoraciques, battements des vaisseaux	0	1	2	3	4
Symptômes respiratoires	Sensation d'oppression, longs soupirs, sensation d'étouffement	0	1	2	3	4
Symptômes gastro-intestinaux	Difficulté à avaler, boule œsophagienne, douleur abdominale, gargouillements, mauvaise digestion, brûlures d'estomac, nausées, constipation	0	1	2	3	4
Symptômes génito-urinaires	Aménorrhée (absence de menstruations), menstruations abondantes, début de frigidité, impuissance, miction impérieuse, mictions très fréquentes et peu abondantes, éjaculation précoce, perte de libido	0	1	2	3	4
Symptômes neuro-végétatifs	Sécheresse de la bouche, bouffées de chaleur, pâleur, sudation fréquente, étourdissements, céphalée tensionnelle	0	1	2	3	4
Comportement au cours de l'entrevue	Agitation, tremblement des mains, visage crispé, soupirs, respiration rapide, mouvements subits et rapides, yeux agrandis	0	1	2	3	4
Score : ≤ 12, anxiété dite « normale » ; entre 12 et 20, anxiété légère ; entre 20 et 25, anxiété modérée ; > 25, anxiété grave à sévère.						

D'après : Hamilton MC. [1959], Hamilton Anxiety rating scale.

© Ce document est un outil complémentaire au livre *La Consultation infirmière*, ouvrage collectif publié aux éditions Lamarre. IS, 2014. Isbn : 978-2-7573-0735-9 (DR). Chapitre 13, « Consultation d'accompagnement du deuil » de Isabelle Sanselme.



Pour télécharger ce mémoire en intégralité sous forme de PDF sur votre Smartphone, veuillez scanner ce code QR.

Résumé :

Cette étude porte sur « La Qualité de vie et l'anxiété chez les mamans ayant un enfant TDA/H », notre objectif est de démontrer l'influence de l'anxiété chez les mamans ayant un enfant TDA/H et qu'elles sont les facteurs qui déterminent la nature de cette influence. Ont à effectuer notre recherche au sein de l'établissement spécialisé en psychiatrie situé en Provence de Oued- Ghir qui porte sur cinq (5) mamans des enfants TDA/H. Afin de mieux réaliser ce travail, nous avons adopté la méthode clinique basé sur l'étude de cas et pour outils nous avons utilisé l'entretien clinique semi directif avec un guide d'entretien qu'en élaborer en fonction de notre objectif de recherche, un questionnaire sur la qualité de vie WHOQOL-BREF et une échelle d'anxiété d'Hamilton. Les résultats obtenus montre que les mamans sont effectivement affecté par le trouble de leurs enfants ce qui provoque en elles des états de stress, de la peur, de l'inquiétude, des malaise psychique voir même a développer de l'anxiété a différent niveau qui bouleverse leurs qualité de vie globale avec une soustraction dans leurs relations et leurs activités.

Mots clés : TDA/H, Anxiété, Qualité de vie.

Summary :

This study concerns "Quality of life and anxiety in mothers with an ADHD child". Our aim is to demonstrate the influence of anxiety in mothers with an ADHD child, and what factors determine the nature of this influence. Our research was carried out in a specialized psychiatric establishment in the Provence of Oued-Ghir, and involved five (5) mothers of ADHD children. In order to better carry out this work, we adopted the clinical method based on the case study and for tools we used the semi-directive clinical interview with an interview guide that we developed according to our research objective. We also used a WHOQOL-BREF quality of life questionnaire and a Hamilton anxiety scale. The results obtained show that the mothers are indeed affected by their children's disorder, which causes them to experience stress, fear, worry, psychological discomfort and even to develop anxiety at different levels, disrupting their overall quality of life and subtracting from their relationships and activities.

Key words: ADHD, Anxiety, Quality of life.