

**Institut Limousin de FOrmation
aux MÉtiers de la Réadaptation
Ergothérapie**

**Approches ergothérapeutiques visant à soutenir les parents
d'enfants atteints de TDAH face à l'épuisement parental**

Analyse de la pratique professionnelle des ergothérapeutes

Mémoire présenté et soutenu par

Clémence LASCoux

En juin 2025



Mémoire dirigé par

Valentin BEAUGE-BORIE

Enseignant Spécialisé

Membres du jury

M. TOFFIN, Ergothérapeute

M. ATTOH-MENSA, Docteur en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportive

M. BEAUGE-BORIE, Enseignant Spécialisé

Remerciements

À l'issue de la rédaction de ce mémoire de fin d'études en ergothérapie, il me tient à cœur d'exprimer toute ma gratitude envers les nombreuses personnes qui m'ont soutenue et encouragée tout au long de ce parcours.

Tout d'abord, je tiens à remercier **Monsieur MANDIGOUT**, notre référent universitaire, pour sa patience face à mes nombreuses interrogations et la richesse de ses enseignements dans le domaine de la recherche. Son soutien a été essentiel dans l'élaboration de ce mémoire.

Mes remerciements s'adressent ensuite à l'ensemble de l'équipe pédagogique, en particulier **Monsieur SOMBARDIER**, **Monsieur TOFFIN** et **Madame BICHON**, pour les enseignements reçus tout au long de ces trois années, qui ont contribué à façonner mes compétences et ma réflexion professionnelle.

Je remercie également mon directeur de mémoire, **Monsieur BEAUGE-BORIE**, pour son accompagnement bienveillant ainsi que son écoute.

Je remercie sincèrement l'ensemble des ergothérapeutes que j'ai eu la chance de rencontrer lors de mes stages : **Ludivine CHANUT**, **Benoît RUDA**, **Guylaine KERLOCH**, **Sandrine TOURNIER** et **Virginie LAFABRIE-ARNAUD**. Merci pour votre encadrement, la transmission de vos savoirs et pour m'avoir aidée à construire mon identité professionnelle en tant que futur ergothérapeute.

Je souhaite également exprimer ma gratitude à mes camarades de promotion, en particulier **Lorine**, **Morgane** et **Clémence** pour leur motivation, leur esprit de groupe et leur soutien dans le travail quotidien.

Enfin, je tiens à porter une attention particulière à ma famille, en particulier ma **maman**, qui m'a soutenue avec une constance et une affection infaillibles tout au long de ces études. Un immense merci également à **Antoine**, qui a su m'aider à gérer mon stress avec patience et compréhension.

À toutes ces personnes, je vous adresse mes plus sincères remerciements pour avoir fait partie de ce parcours.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je, soussignée Clémence LASCOUX,

**atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS NA
– site de Limoges et de m'y être conformée.**

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Limoges, Le 28/05/2025

Suivi de la signature.



Article 2 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source ».

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Vérification de l'anonymat

Mémoire DE Ergothérapeute

Session de juin 2025

Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée Clémence LASCOUX

Etudiante de 3ème année

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à : Limoges

Le : 28/05/2025

Signature de l'étudiante



Glossaire

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico Psycho Pédagogique

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ILFOMER : Institut Limousin de Formation aux Métiers de la Réadaptation

IME : Institut Médico-Educatif

MCA : Modèle Canadien de l'occupation

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MOH : Modèle des Occupations Humaines

OBQ : Occupational Balance Questionnaire

PBA : Parental Burn-out Assessment

PEO : Personne - Environnement – Occupation

PSI : Parenting Stress Index

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TDHA : Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TOP : Trouble de l'Opposition avec Provocation

TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme

ZBI : Zarit Burden Interview

Table des matières

Introduction.....	1
Comprendre le TDAH et ses répercussions familiales	2
1. Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).....	2
1.1. Définition	2
1.2. Epidémiologie	2
1.3. Etiologie	2
1.4. Symptômes	3
1.5. Diagnostic	4
1.6. Comorbidités	5
1.7. Traitements	6
2. Parentalité et TDAH : quand l'accompagnement devient un défi quotidien	6
2.1. La parentalité	6
2.2. L'épuisement parental	7
2.2.1. Les répercussions de l'épuisement parental	7
2.2.2. L'implication différenciée des mères et des pères	8
2.2.3. Les enfants atteints de TDAH : un facteur aggravant	8
2.2.4. Un impact familial majeur.....	9
2.2.5. Un rôle actif des parents dans les prises en charge pluridisciplinaires	9
2.2.6. Les besoins d'écoute et de soutien émotionnel	9
2.3. Les interventions auprès des parents	10
3. L'implication de l'ergothérapeute dans le soutien à la parentalité face au TDAH.....	11
3.1. Les missions de l'ergothérapeute.....	11
3.2. Le modèle systémique	12
4. L'équilibre occupationnel des parents : une clé dans la prévention de l'épuisement parental.....	13
Question de recherche	15
1. Les hypothèses	15
2. Objectifs de l'étude	16
Méthodologie de recherche	17
1. Population étudiée	17
2. Mode de diffusion et de sélection.....	17
3. Outil méthodologique.....	18
4. Présentation des grandes parties du questionnaire	19
4.1. Informations générales	19
4.2. Pratiques professionnelles et interventions.....	19
4.3. Évaluation de l'épuisement parental et impacts des interventions	19
4.4. Équilibre occupationnel des parents	19
4.5. L'utilisation des modèles conceptuels et systémiques.....	19
4.6. Perceptions et besoins des ergothérapeutes	20
5. Procédure d'analyse des résultats	20
Résultats de l'enquête.....	21
1. Population étudiée	21
2. Pratiques professionnelles et interventions	23
3. Evaluation de l'épuisement parental et impacts des interventions	24
4. Équilibre occupationnel des parents :	25

5. L'utilisation des modèles conceptuels et systémiques	26
6. Perceptions et besoins des ergothérapeutes	27
Discussion	30
1. Les objectifs de l'étude	30
2. Réponse à la problématique	30
2.1 Analyse des hypothèses	31
3. Les limites de l'étude	33
4. Perspectives	34
Conclusion	35
Références bibliographiques	36
Annexes.....	48

Table des illustrations

Figure 1 : Organigramme de l'étude	21
Figure 2 : Ancienneté professionnelle des répondants	22
Figure 3 : Lieux d'exercice des ergothérapeutes participants	22
Figure 4 : Part des enfants avec TDAH dans la clientèle des répondants	23
Figure 5 : Objectifs principaux des interventions ergothérapiques auprès des parents	24
Figure 6 : Signes d'épuisement parental les plus fréquemment observés	25
Figure 7 : Perception de l'impact de l'intervention ergothérapique sur l'épuisement parental	25
Figure 8 : Perception du déséquilibre occupationnel chez les parents.....	25
Figure 9 : Utilisation de stratégies spécifiques par les ergothérapeutes	26
Figure 10 : Modèles conceptuels connus par les répondants	27
Figure 11 : Connaissance et utilisation du modèle systémique	27
Figure 12 : Sentiment de formation suffisante pour accompagner les parents	28
Figure 13 : Importance de la relation de confiance avec les parents	28
Figure 14 : Principaux défis rencontrés dans l'accompagnement parental	29
Figure 15 : Besoins exprimés en termes de ressources ou de formation.....	29

Introduction

Aujourd'hui en France, 5,9% des moins de 18 ans et 2,8% des adultes sont atteints d'un **Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité** (TDAH). Il s'agit d'un trouble du neurodéveloppement qui peut engendrer un déficit attentionnel, une hyperactivité motrice ainsi qu'une impulsivité (Assurance Maladie, 2025a)

Les enfants atteints du TDAH peuvent impacter les aidants et les parents et ainsi bouleverser l'équilibre familial. Tout d'abord, l'annonce du handicap aux parents peut représenter un événement traumatique ainsi qu'une sidération (Boissel, 2008). Par la suite, la surcharge émotionnelle des parents est souvent non-identifiée. Il peut être difficile de s'autoriser à ressentir cet épuisement et encore plus de l'exprimer (Malaterre et al., 2022). Environ 6% des parents sont touchés par un **burn out parental**, qu'ils aient un ou plusieurs enfants.

Ce burn out parental se caractérise par :

- un épuisement
- la distanciation affective avec ses enfants
- la saturation
- la perte de plaisir

Les professionnels de santé ont un rôle à jouer pour impacter positivement **l'accompagnement des parents épuisés** (Guillier, 2022).

Durant les trois premiers stages de ma formation en ergothérapie, la famille n'était que très peu sollicitée. Peu importe la structure et l'âge des patients, il est souvent nécessaire de communiquer avec l'entourage pour à la fois mieux comprendre le patient et donc optimiser la prise en charge mais aussi d'aider la famille à surmonter cette épreuve. L'accompagnement de la famille des patients fait partie du rôle des professionnels de santé. J'ai donc orienté mes recherches sur les enfants atteints de TDAH. En effet, j'ai effectué mon stage du semestre 5 en libéral, où cette problématique est assez présente. Cela m'a permis de recueillir des informations sur la pathologie ainsi que mettre en place ma méthode de recherche.

En effet, **l'épuisement parental** a déjà été observé pour d'autres pathologies telles que les troubles du spectre de l'autisme ou encore les déficiences intellectuelles. Cet épuisement peut aussi être existant chez les parents ayant un enfant au développement typique. L'objectif de ce mémoire est d'identifier les approches et stratégies les plus adaptées pour les ergothérapeutes afin de réduire l'épuisement des parents d'enfants atteints de TDAH.

Comprendre le TDAH et ses répercussions familiales

1. Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)

1.1. Définition

Le TDAH est un trouble neurodéveloppemental qui affecte le champ de l'attention et de la concentration, et peut s'accompagner d'impulsivité et d'hyperactivité. Il touche aussi bien les enfants que les adultes, et ses symptômes peuvent évoluer avec l'âge. Le TDAH se manifeste généralement sous trois formes principales : la forme **inattentive**, où la difficulté à maintenir l'attention est prédominante ; la forme **hyperactive-impulsive**, caractérisée par une activité physique excessive et une impulsivité ; et la forme **mixte**, qui combine les deux précédentes (Assurance Maladie, 2025c).

Les personnes atteintes de TDAH peuvent avoir du mal à accomplir certaines tâches quotidiennes comme rester concentrées en classe, au travail, ou même dans des conversations. Le TDAH peut également impacter les relations sociales et entraîner une faible estime de soi. Cependant, avec un diagnostic précoce et des stratégies adaptées, il est possible de gérer efficacement le TDAH et de minimiser ses répercussions sur la vie quotidienne (CAMH, 2025).

1.2. Épidémiologie

Le TDAH est l'une des maladies mentales les plus courantes chez les enfants et les adolescents (Banaschewski et al., 2017). Selon le DSM-V, des études suggèrent que le TDAH est présent dans la plupart des cultures, chez environ **5% des enfants**, soit environ un à deux enfants par classe et **2,5% des adultes** (Crocq & Guelfi, 2015).

La répartition selon le sexe est de **75% de garçons**. Bien que le TDAH soit plus fréquemment diagnostiqué chez les garçons, cela n'implique pas essentiellement que les filles en soient moins affectées. En réalité, la manifestation de ce trouble diffère souvent chez les filles, ce qui peut expliquer la disparité enregistrée dans les diagnostics (Caci, 2023).

Selon la HAS, chez les garçons, le TDAH se traduit généralement par des comportements impulsifs et hyperactifs, accompagnés d'un besoin incessant de mouvement et de difficultés à maintenir leur attention. Leur attitude, souvent bruyante et ostensible, attire davantage l'attention. À l'inverse, les filles ont tendance à présenter des symptômes moins visibles et moins perturbateurs, comme l'inattention sans hyperactivité, ce qui les rend moins susceptibles d'attirer l'attention des enseignants et des parents. De plus, les stéréotypes de genre et les attentes sociales peuvent conduire les filles à masquer ou à compenser leurs symptômes. Cette tendance contribue fréquemment à l'absence ou au retard de diagnostic (HAS, 2025).

1.3. Étiologie

L'étiologie du TDAH est complexe et reste principalement inconnue. Elle implique une interaction de facteurs génétiques, environnementaux et neurobiologiques. Le TDAH possède une forte composante héréditaire. Environ 70 à 80% des variations du risque de TDAH sont attribuées à des facteurs génétiques (Faraone et al., 2005). En effet, les enfants issus de

familles présentant des TDAH ont une probabilité accrue de recevoir ce diagnostic par rapport à ceux qui n'en n'ont pas (CAMH, 2025).

Les **facteurs environnementaux** jouent un rôle significatif dans le développement du TDAH. Durant la période prénatale, l'exposition à la nicotine est fortement associée à un risque de TDAH chez l'enfant. La nicotine peut perturber le développement neurologique du fœtus, affectant la maturation des circuits cérébraux impliqués dans l'attention et le contrôle des impulsions (Inserm, 2022).

La **consommation d'alcool** et de **drogues** pendant la grossesse peut également augmenter le risque de TDAH. Ces substances peuvent interférer avec le développement normal du cerveau, entraînant des anomalies neurobiologiques qui prédisposent à des troubles de l'attention (Karen Markussen, 2003).

A la naissance, un **poids léger** du nourrisson (moins de 2 500 grammes) accroîtrait le risque de TDAH ainsi que les **toxines** environnementales telles que le plomb, les pesticides et les polluants industriels (Bélanger et al., 2018).

1.4. Symptômes

Le TDAH se manifeste généralement dès l'enfance et peut persister à l'âge adulte. Les trois principaux symptômes sont **l'hyperactivité, l'inattention et l'impulsivité**. En effet, l'importance de ces symptômes n'est pas la même pour tous les enfants. Parfois, un symptôme prédomine, ou bien est absent (Assurance Maladie, 2025b)

Les personnes **hyperactives** ont du mal à rester immobiles. Elles peuvent se lever fréquemment, se déplacer de manière excessive ou même parler sans arrêt. Elles ont une énergie débordante, souvent inappropriée au contexte, ce qui peut les amener à paraître constamment agitées (Vigo & Franc, 2012).

Les personnes qui souffrent **d'inattention** ont du mal à se concentrer sur des tâches, à suivre des instructions ou à terminer ce qu'elles ont commencé. Elles peuvent aussi éviter ou repousser les activités qui demandent de la concentration, comme les devoirs ou certaines tâches au travail. De plus, elles sont souvent distraites et commettent des erreurs d'inattention (Banaschewski et al., 2017).

Enfin, **l'impulsivité** se traduit par des difficultés à gérer la patience, des interruptions fréquentes dans les conversations ou des décisions prises sans réflexion. Cette impulsivité peut également provoquer des réactions émotionnelles fortes et soudaines, comme des excès de colère incontrôlables (Nigg, 2016).

Ces manifestations ont un impact significatif sur la vie quotidienne des personnes atteintes, affectant leur capacité à se concentrer, à contrôler leurs mouvements et à gérer leurs actions impulsives. L'intervention d'un ergothérapeute peut être particulièrement bénéfique pour ces individus.

1.5. Diagnostic

Le diagnostic du TDAH est basé sur l'observation de symptômes significatifs. Ce dernier peut être complexe à diagnostiquer car l'inattention, l'hyperactivité ainsi que l'impulsivité peuvent se retrouver chez un certain nombre d'enfants (Banaschewski et al., 2017).

D'après le DSM-V, les symptômes doivent être présents avant l'âge de 12 ans. Ils doivent persister depuis au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires ou professionnelles. Aussi, ils ne doivent pas seulement être la manifestation d'un comportement opposant, provocateur ou hostile, ni d'un manque de compréhension d'une tâche ou d'une consigne. Au moins cinq symptômes sont requis (Crocq & Guelfi, 2015).

Il existe 5 grands critères diagnostiques pour dépister le TDAH.

A) Un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement.

Dans le cas de l'inattention :

- Il est fréquent que l'enfant ne prête pas attention aux détails ou commette des erreurs d'étourderie que ce soit dans les devoirs scolaires ou dans ses activités personnelles.
- L'individu présente des difficultés à soutenir son attention au travail ou dans les jeux.
- Il semble ne pas prêter attention lorsqu'on s'adresse directement à lui.
- Il se laisse facilement distraire et a du mal à se conformer aux règles.
- Il a souvent du mal à organiser ses activités.
- Il évite ou fait malgré lui des tâches qui nécessitent un effort mental.
- Il perd régulièrement des objets nécessaires à son travail ou à ses activités.
- Il se laisse facilement distraire par des distractions externes.
- Il a des oublis fréquents dans la vie quotidienne.

Dans le cadre de l'hyperactivité et de l'impulsivité :

- Il bouge fréquemment les mains ou les pieds, ou se tortille.
- Il se lève souvent de sa chaise en classe ou dans d'autres situations.
- Il court ou grimpe souvent partout, même dans des situations où cela n'est pas approprié.
- Il a souvent du mal à rester calme pendant les jeux ou les activités de loisir.
- Il agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts »
- Il parle souvent trop
- Il répond souvent à la question qui n'est pas encore entièrement posée.
- Il a fréquemment du mal à attendre son tour.
- Il impose souvent sa présence ou interrompt les autres.

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

- C) **Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité sont présents dans au moins deux contextes différents (tels qu'à la maison, à l'école, avec les amis, avec les parents, ...)**
- D) **Les symptômes réduisent la qualité du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.**
- E) **Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.**

Il existe 3 types de TDAH. Le TDAH de type **inattention prédominante** se manifeste si le critère d'inattention est rempli mais pas le critère d'hyperactivité - impulsivité, pour les 6 derniers mois. Le TDAH de type **hyperactivité - impulsivité** est prédominant si pour les 6 derniers mois le critère d'hyperactivité et d'impulsivité est rempli mais pas le critère d'inattention. Enfin, le TDAH **combiné** est présent si à la fois le critère d'inattention et le critère d'hyperactivité et d'impulsivité sont remplis pour les 6 derniers mois.

De plus, la sévérité du TDAH est variée. S'il n'y a que peu de symptômes requis pour poser le diagnostic ainsi que des altérations mineures sur le plan social ou professionnel, nous parlons de **TDAH léger**. Le **TDAH moyen** est une forme intermédiaire où l'altération fonctionnelle se situe entre le TDAH « léger » et « grave ». Enfin, si plusieurs symptômes sont particulièrement graves, au-delà de ceux requis pour poser le diagnostic ou qui entraînent une forte altération du fonctionnement social ou professionnel, nous parlons de **TDAH grave** (Crocq & Guelfi, 2015).

1.6. Comorbidités

Les personnes atteintes de TDAH présentent souvent des comorbidités, ce qui signifie qu'elles souffrent fréquemment de troubles associés en plus du TDAH, que ce soit chez les enfants, adolescents, ou adultes. Les comorbidités les plus courantes incluent :

- **Les troubles anxieux** qui augmentent les niveaux de stress et les difficultés de concentration.
- **Les troubles dépressifs** qui sont souvent chroniques et fréquents chez les adultes TDAH, ce qui impact leur qualité de vie (Larson et al., 2011).
- **Le trouble de l'opposition avec provocation (TOP)** qui est plus fréquent chez les enfants et les adolescents avec TDAH et qui se manifeste par des comportements de défiance et d'opposition persistants.
- **Les troubles de l'humeur** tels que les troubles bipolaires.
- **Le trouble de l'apprentissage** tels que les difficultés d'apprentissage, notamment la dyslexie et la dyscalculie (Da Fonseca, 2015).

- **Le trouble du spectre de l'autisme (TSA)** qui est bien distinct du TDAH. Ils coexistent parfois, créant des défis supplémentaires en matière de diagnostic et de traitement (*Troubles associés*, 2021).

Ces comorbidités nécessitent une approche de traitement intégrée pour mieux gérer les divers symptômes et améliorer le bien-être global des personnes atteintes de TDAH.

1.7. Traitements

Il existe différents types de traitements pour diminuer les symptômes du TDAH. Une prise en charge multimodale se compose de traitements **non-médicamenteux** et **médicamenteux**.

En première intention, des traitements non médicamenteux sont recommandés. Ces traitements peuvent être associés, en second lieu, à un traitement pharmacologique indiqué chez l'adulte et l'enfant de plus de 6 ans (Parigny et al., 2024).

Il existe de nombreux **traitements non-médicamenteux** tels que :

- Les interventions comportementales (Fabiano et al., 2009a)
- La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (Safren et al., 2005)
- L'entraînement cognitif (Klingberg & Forssberg, 2002)
- L'exercice physique (Den Heijer et al., 2017)

En effet, plusieurs types de thérapeutes peuvent intervenir dans le traitement du TDAH, chacun apportant une expertise spécifique. En fonction des besoins spécifiques de la personne atteinte de TDAH, une équipe pluridisciplinaire peut être nécessaire pour une prise en charge holistique.

Des **traitements médicamenteux** peuvent aussi être prescrit en respectant une approche individualisée pour optimiser les résultats thérapeutiques.

2. Parentalité et TDAH : quand l'accompagnement devient un défi quotidien

2.1. La parentalité

La parentalité est définie comme un ensemble de pratiques, de comportements, et de processus par lesquels les adultes, généralement les parents, répondent aux besoins développementaux, émotionnels, sociaux, et cognitifs de l'enfant, en favorisant son adaptation et son insertion dans le contexte culturel et social environnant (Ainsworth et al., 2015). Cette fonction est multidimensionnelle, englobant à la fois des aspects de socialisation et d'attachement, influencée par des facteurs individuels, familiaux et culturels (Baumrind, 1966).

Sur le plan psychologique, la parentalité intègre des dynamiques de régulation émotionnelle et des réponses adaptées aux besoins de l'enfant, reposant sur des modèles d'attachement sécurisés (Tereno et al., 2007).

La parentalité ne se limite donc pas à l'application de règles et de normes ; elle est fondamentalement interrelationnelle, impliquant des processus d'ajustement et d'adaptation entre les parents et l'enfant. Elle repose sur des structures cognitives et affectives complexes qui façonnent les styles parentaux, ces derniers ayant un impact direct sur les trajectoires de développement de l'enfant (Darling & Steinberg, 1993). Ce processus est également soutenu par des attentes et des valeurs sociales qui dictent ce qui est perçu comme une parentalité « adéquate » ou « appropriée » dans un contexte donné (Bjorklund et al., 2002).

2.2. L'épuisement parental

Selon la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), le burn-out parental est défini comme un syndrome résultant d'un stress chronique. Il se caractérise par trois dimensions principales (CIM-10, s. d.) :

- Une **sensation d'épuisement émotionnel**, reflétant une perte énergétique constante dans le rôle parental.
- Une **distanciation émotionnelle** envers l'enfant, marquée par un éloignement affectif et une réduction des interactions positives.
- Une **perte d'accomplissement parental**, traduisant une perception de ne plus être efficace ou utile dans le rôle de parent.

Ce syndrome va au-delà du stress parental classique, affectant gravement la qualité des relations familiales et la santé mentale des parents.

2.2.1. Les répercussions de l'épuisement parental

L'épuisement parental est un syndrome spécifique se distinguant du burnout professionnel par sa manifestation dans le rôle de parent.

Sur le plan psychologique, cet état se traduit souvent par une **fatigue émotionnelle intense**, une irritabilité chronique et une **diminution du plaisir** éprouvé lors des interactions avec l'enfant. De nombreux parents rapportent également des **symptômes anxieux et dépressifs** (ruminations, tristesse, perte de motivation) (Newport Academy, 2025)

Pour tenter de fuir ce mal-être, certains adoptent des **stratégies d'évitement** :

- **Consommation excessive d'alcool ou de substances psychoactives**, comme mécanisme d'automédication pour soulager l'anxiété et la tension nerveuse
- **Recherche de solitude prolongée** ou retrait social (isolement vis-à-vis des amis et de la famille) (Mikolajczak et al., 2018a).

Ces comportements, s'ils procurent un soulagement passager, renforcent le sentiment d'isolement, exacerbent la culpabilité et aggravent l'épuisement global.

Par ailleurs, l'épuisement parental est corrélé à des **pensées d'évasion**, allant parfois jusqu'à des **idées suicidaires**, chez près de 15 à 20% des parents concernés, un taux bien supérieur à celui observé dans le burnout professionnel (Le Vigouroux et al., 2023)

Enfin, ce syndrome a des répercussions indirectes majeures sur les enfants et l'équilibre familial :

- **Dégradation de la qualité des interactions** (disponibilité affective réduite, réponses moins adaptées aux besoins de l'enfant)

- **Augmentation du risque de comportements négligents ou violents**, y compris des punitions excessives (Le Vigouroux et al., 2023)
- **Troubles émotionnels** chez l'enfant (anxiété, dépression), **repli sur soi** et, dans les cas les plus sévères, **idées de fuite voire suicidaires**, conséquence d'un environnement où manquent les repères et les modèles d'émotions positives (Orlondon Health, 2025)

Ces différentes répercussions soulignent l'importance cruciale de repérer et de prendre en charge précocement l'épuisement parental, afin de préserver la santé mentale des parents et le développement socio-affectif des enfants.

2.2.2. L'implication différenciée des mères et des pères

Les mères sont souvent plus exposées à l'épuisement parental que les pères, principalement en raison de leur implication plus importante dans les soins quotidiens des enfants. Cette charge mentale accrue inclut la gestion des besoins spécifiques des enfants, les tâches domestiques et les rendez-vous médicaux ou éducatifs. Les pères sont moins susceptibles d'être directement impliqués dans ces aspects pratiques du soin, ce qui explique en partie cette disparité (Dabrowska & Pisula, 2010).

2.2.3. Les enfants atteints de TDAH : un facteur aggravant

De nombreuses études montrent que les **parents d'enfants atteints de TDAH** rapportent des niveaux de stress significativement plus élevés que ceux dont les enfants présentent d'autres troubles du développement ou du comportement. Ainsi, Gupta a comparé 120 familles d'enfants TDAH à 80 familles d'enfants porteurs d'un retard de langage et a observé que les premiers affichaient des scores de stress parental supérieurs de 25% en moyenne sur le Parenting Stress Index (Hoang, 2015). De même, Chronis et al. ont mis en évidence que l'hyperactivité et l'impulsivité, caractéristiques centrales du TDAH, sont étroitement corrélées à une augmentation de la charge mentale des parents, plus marquée encore que dans l'autisme ou la trisomie (Chronis et al., 2003).

Les **mécanismes** sous-jacents à cette aggravation du stress parental sont multiples :

- **Impulsivité et comportements perturbateurs** : les enfants TDAH interrompent fréquemment les routines familiales, requièrent une vigilance constante et génèrent des conflits plus intenses lors des repas ou des devoirs (Dupaul et al., 2001).
- **Difficultés attentionnelles** : le besoin de répéter sans cesse les consignes ou de structurer l'environnement multiplie le sentiment de surcharge cognitive chez les parents (Baker et al., 2002)
- **Variabilité émotionnelle de l'enfant** : l'irrégularité des réactions émotionnelles, passant de l'euphorie à la colère en quelques minutes, accentue l'épuisement émotionnel parental (Theule et al., 2011).

Sur le plan **physiologique**, cette tension chronique se traduit par une activation prolongée de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien chez les parents : plusieurs travaux ont révélé des taux de cortisol salivaire au réveil plus élevés chez les mères d'enfants TDAH que chez celles d'enfants « typiques » ou porteurs d'autres troubles (Van Ee et al., 2016). Cet hypercorticisme

matinal est associé à un sentiment d'irritabilité plus prononcé et à une moins bonne capacité de récupération émotionnelle en fin de journée.

Enfin, l'effet « **facteur aggravant** » du TDAH sur le stress parental ne se limite pas à l'intensité : il influence aussi la **persistance** du stress dans le temps. Alors que, pour d'autres pathologies, le stress tend à diminuer une fois le diagnostic posé et les stratégies adaptées mises en place, chez les familles d'enfants TDAH, le stress demeure élevé plusieurs années après la prise en charge initiale, en l'absence d'interventions parentales continues et ciblées (Le Vigouroux et al., 2023)

2.2.4. Un impact familial majeur

Le TDAH représente une source importante de stress parental. Les parents d'enfants atteints présentent des niveaux plus élevés d'anxiété, de dépression et de détresse psychologique que ceux d'enfants sans trouble (Theule et al., 2011). Ce stress est souvent lié aux difficultés comportementales de l'enfant, aux conflits familiaux accrus, et à la fatigue liée aux nombreuses sollicitations scolaires et médicales.

Dans ce contexte, la littérature souligne l'importance d'un **accompagnement parental structuré**, visant non seulement à soutenir les parents dans la compréhension du trouble, mais aussi à les impliquer activement dans les stratégies éducatives et thérapeutiques mises en place.

2.2.5. Un rôle actif des parents dans les prises en charge pluridisciplinaires

Dans les prises en charge **pluridisciplinaires** (ergothérapie, orthophonie, psychologie, neuropsychologie...), le rôle des parents ne se limite pas à un soutien passif. Ils sont sollicités pour observer, appliquer et parfois co-construire les objectifs d'intervention (Haine-Schlagel & Walsh, 2015). En ergothérapie par exemple, ils peuvent être impliqués dans la mise en place de stratégies d'adaptation à domicile, dans le suivi des routines et dans le choix des priorités fonctionnelles selon les contextes de vie (Gmmash et al., 2021).

La **collaboration** avec les parents améliore l'adhésion au traitement, la généralisation des acquis en dehors des séances et la durabilité des effets (Fabiano et al., 2009b). C'est pourquoi plusieurs auteurs plaident pour une approche centrée sur la famille (« family-centered care »), dans laquelle les parents sont considérés comme des partenaires à part entière (Rosenbaum et al., 2009).

2.2.6. Les besoins d'écoute et de soutien émotionnel

Au-delà de l'aspect éducatif, de nombreux parents expriment le besoin d'être **écoutés, soutenus et reconnus** dans leurs difficultés. Des espaces de parole ou des groupes de soutien parental peuvent répondre à cette demande. Ils permettent d'échanger avec d'autres familles, de sortir de l'isolement et de reprendre confiance dans leur rôle éducatif (Pallavi Abdi & Subodh Kumar, 2020).

Certaines prises en charge prévoient aussi un accompagnement psychologique des parents, notamment lorsque la santé mentale de ceux-ci est fragilisée par les enjeux du TDAH.

2.3. Les interventions auprès des parents

L'épuisement parental, lorsqu'il est ignoré, peut entraîner des répercussions graves sur la dynamique familiale et la santé mentale globale (Mikolajczak et al., 2018b). Il est crucial de mettre en place des mesures pour soutenir ces familles, telles que :

- Des interventions précoces visant à réduire le stress parental.
- L'amélioration de l'accès à des ressources spécialisées.
- La création de réseaux de soutien social pour aider les parents à mieux gérer leurs responsabilités.

L'épuisement parental n'est pas un simple phénomène de stress temporaire, mais un véritable problème de **santé publique** qui mérite une attention accrue (Alrahili, 2023).

Pour soutenir efficacement les parents, les professionnels recourent à quelques outils à la fois structurés et souples, capables d'évaluer à la fois l'ampleur de l'épuisement et ses déterminants. **Les questionnaires**, par leurs items ciblés sur les difficultés quotidiennes et la perception du comportement de l'enfant, offrent une mesure standardisée de l'épuisement parental et permettent de repérer les besoins prioritaires tout en suivant leur évolution pour adapter les interventions (Beaulieu et al., 2014). **Les entretiens semi-directifs** enrichissent cette approche en donnant aux parents un espace d'expression libre, indispensable pour comprendre les mécanismes sous-jacents à leur épuisement et co-construire avec eux des stratégies personnalisées, renforçant ainsi l'alliance thérapeutique (Hachani & Mohammed-Seid, 2023). Ensemble, ces méthodes garantissent une vision complète des ressources et perceptions parentales, condition nécessaire pour proposer un accompagnement réellement centré sur leurs besoins (Gourbail, 2024)

Au regard des répercussions délétères de l'épuisement parental sur la dynamique familiale et la santé mentale, il convient de l'évaluer afin de pouvoir définir un accompagnement véritablement adapté. Nous pouvons donner l'exemple de différents questionnaires qui peuvent être utilisés dans le cadre de l'épuisement parental. Le **Zarit Burden Interview** (ZBI) est un outil couramment utilisé pour mesurer le fardeau ressenti par les aidants, en particulier dans les contextes de soins prolongés ou de maladies chroniques comme la démence. Cependant, son application peut également être étendue aux populations de parents d'enfants atteints de troubles neurodéveloppementaux, tels que le TDAH (Bédard et al., 2001). Le ZBI, par sa capacité à mesurer le stress lié au rôle d'aidant, permet de quantifier et de qualifier cette charge parentale. Par exemple, des questions portant sur le sentiment de manque de temps pour soi (point 2), le stress provoqué par les responsabilités multiples (point 3) ou l'incertitude face aux décisions concernant l'enfant (point 19) font ressortir les problématiques rencontrées par ces parents. (*Annexe I*)

Le **Parental Burn-out Assessment** (PBA) est un autre outil spécifique permettant d'évaluer l'épuisement parental, une problématique particulièrement prévalente chez les parents confrontés aux défis éducatifs liés à des troubles neurodéveloppementaux comme le TDAH (Castets, 2023). Développé par Isabelle Roskam et son équipe, le PBA repose sur une approche inductive basée sur des témoignages directs de parents épuisés. Le PBA est spécifiquement conçu pour explorer les dimensions de l'épuisement parental. (*Annexe II*)

Enfin, le **Parenting Stress Index (PSI)** est un outil standardisé conçu pour évaluer le niveau de stress parental en identifiant les sources potentielles de difficulté dans la relation parent-enfant. Cet outil est particulièrement pertinent dans le contexte du TDAH, où les parents sont confrontés à des défis éducatifs, émotionnels et comportementaux importants (*Indice de stress parental*, s. d.).

Pour que ces outils servent au mieux, une relation de confiance entre les parents et les professionnels de santé est essentielle pour aider les parents à gérer leur épuisement. Une collaboration étroite avec les ergothérapeutes permet aux parents de mieux comprendre les comportements de leur enfant et d'adopter des stratégies adaptées pour y faire face. Cette approche collaborative, centrée sur la famille, favorise un accompagnement optimal en tenant compte des besoins spécifiques de chaque membre (Hanna & Rodger, 2002a).

Selon Molénat, une communication ouverte et une confiance mutuelle entre parents et ergothérapeutes permettent d'établir un accompagnement adapté, de diminuer le risque d'épuisement parental et, par la qualité des liens ainsi créés, de favoriser le développement de l'enfant (Molénat, 2013a).

En somme, établir une relation de confiance solide entre les ergothérapeutes et les parents d'enfants atteints de TDAH est un levier essentiel pour aider ces derniers à gérer l'épuisement parental et à soutenir le développement de leur enfant.

3. L'implication de l'ergothérapeute dans le soutien à la parentalité face au TDAH

3.1. Les missions de l'ergothérapeute

L'ergothérapie est une discipline paramédicale centrée sur l'amélioration de l'autonomie et de la qualité de vie des individus, en facilitant leur participation aux activités de la vie quotidienne (AOTA, 2020). Pour les enfants atteints de TDAH, l'ergothérapie propose des interventions adaptées visant à réduire les difficultés liées à l'attention, l'impulsivité et l'hyperactivité (Brown, 2006).

Chez les enfants TDAH, les difficultés peuvent se manifester dans divers domaines, notamment la **régulation émotionnelle**, la **planification motrice**, et les **activités scolaires** (Barkley, 2015). L'ergothérapeute intervient pour aider ces enfants à développer des stratégies compensatoires et à renforcer leurs capacités fonctionnelles. Par exemple, l'utilisation de techniques basées sur l'intégration sensorielle peut être efficace pour aider les enfants à mieux réguler leurs réactions aux stimuli (Critz et al., 2015).

Une partie importante du travail de l'ergothérapeute consiste à créer des **environnements adaptés**. Cela peut inclure la modification de l'espace scolaire pour minimiser les distractions ou l'utilisation d'outils spécifiques comme des coussins dynamiques pour aider à maintenir l'attention en classe (Lane et al., 2010).

L'implication des parents est essentielle dans la prise en charge des enfants TDAH. Les ergothérapeutes jouent un rôle clé en **informant** les parents sur les besoins spécifiques de leur enfant et en leur enseignant des stratégies pour mieux gérer les comportements difficiles

à la maison. Ils peuvent, par exemple, conseiller sur la mise en place de routines structurées et l'utilisation de supports visuels pour aider l'enfant à se repérer dans le temps (Wilkes-Gillan et al., 2016).

Les ergothérapeutes veillent aussi à promouvoir l'équilibre occupationnel de l'enfant en guidant les familles dans l'organisation d'une journée équilibrée entre activités scolaires, loisirs, tâches domestiques et temps de détente. (Ung, 2019)

En somme, l'ergothérapie joue un rôle central dans **l'amélioration des capacités fonctionnelles** des enfants TDAH et dans le soutien aux parents. En combinant interventions pratiques et soutien psycho-éducatif, elle contribue à renforcer l'autonomie des enfants tout en réduisant les tensions au sein du foyer. Cette approche holistique, fondée sur des preuves scientifiques, met en lumière l'importance d'une collaboration étroite entre les professionnels, les enfants et leurs familles.

3.2. Le modèle systémique

En ergothérapie, nous appliquons des modèles conceptuels. En effet, le modèle systémique permet d'analyser les relations entre l'enfant atteint de TDAH, sa famille et les professionnels qui l'accompagnent. Ce modèle est une approche conceptuelle qui considère l'individu dans son ensemble, en tenant compte des interactions entre la personne, son environnement et les systèmes sociaux qui l'entourent (Morel-Bracq et al., 2017).

Le **modèle systémique** est une approche holistique du fonctionnement familial. Il repose sur l'idée que l'individu ne peut être compris indépendamment des systèmes dans lesquels il évolue (Bronfenbrenner, 2009). Dans le cadre du TDAH, l'enfant est influencé par plusieurs niveaux de systèmes, allant de la cellule familiale aux institutions scolaires et médicales. L'impact du TDAH ne se limite donc pas à l'enfant lui-même, mais s'étend à l'ensemble de son environnement, notamment à ses parents, qui doivent adapter en permanence leur organisation et leurs stratégies éducatives (Roskam, Raes, et al., 2018).

Les parents d'enfants TDAH sont particulièrement vulnérables à l'épuisement parental. Cette charge mentale peut être exacerbée par l'hyperactivité et l'impulsivité de l'enfant, qui nécessitent une vigilance constante (Muñoz-Silva et al., 2017a). L'application du modèle systémique en ergothérapie permet d'intervenir non seulement sur l'enfant, mais aussi sur les parents et l'ensemble du système familial. Cette approche est essentielle, car elle prend en compte les interactions et influence les différents membres de la famille et leur environnement (Morel-Bracq et al., 2017).

En travaillant avec les parents, l'ergothérapeute peut les aider à mieux comprendre le fonctionnement de leur enfant et à mettre en place des stratégies adaptées à domicile. Plusieurs études ont montré que l'implication parentale dans les interventions thérapeutiques améliore significativement la gestion des comportements problématiques et réduit le stress parental (Casper et al., 2016). Le modèle systémique encourage une collaboration entre les différents professionnels de santé, incluant les ergothérapeutes, psychologues et enseignants spécialisés. Cette interdisciplinarité permet d'harmoniser les interventions et d'assurer une continuité entre les soins réalisés en séance et les adaptations mises en place à la maison (Casper et al., 2016).

Par ailleurs, une étude menée par Muñoz-Silva et al. a montré que lorsque les parents bénéficient d'un accompagnement structuré, leur niveau de stress diminue et leur perception de compétence parentale augmente. Ce soutien renforce leur résilience et leur capacité à faire face aux défis quotidiens du TDAH (Muñoz-Silva et al., 2017a).

L'intégration du modèle systémique en ergothérapie permet une prise en charge plus complète des familles d'enfants TDAH. En impliquant les parents dans le processus thérapeutique, nous favorisons une meilleure gestion des comportements de l'enfant tout en réduisant le risque d'épuisement parental. Ce modèle souligne l'importance d'une approche globale et interdisciplinaire pour améliorer la qualité de vie de l'ensemble de la famille (Morel-Bracq et al., 2017).

4. L'équilibre occupationnel des parents : une clé dans la prévention de l'épuisement parental

L'équilibre occupationnel est un concept central en ergothérapie qui désigne la répartition harmonieuse des activités quotidiennes permettant le bien-être physique, mental et social d'un individu (Wagman et al., 2012). Chez les parents d'enfants atteints de TDAH, cet équilibre est souvent compromis en raison de l'intensité des soins et de l'attention constante requise, ce qui peut entraîner un épuisement (Roskam, Raes, et al., 2018).

Le déséquilibre occupationnel survient lorsque le temps consacré aux différentes occupations (travail, loisirs, soins personnels, responsabilités familiales) devient inégal, créant un stress et une surcharge mentale (Backman, 2004). Les parents d'enfants atteints de TDAH consacrent souvent une grande partie de leur temps à la gestion des comportements de leur enfant, au détriment de leurs propres besoins. Cette charge mentale peut mener à un état de fatigue chronique, d'anxiété et de détresse émotionnelle (Guillier, 2022).

Une étude de Mikolajczak et al. en 2019 a montré que les parents d'enfants avec des besoins spécifiques, comme ceux atteints de TDAH, ont un taux plus élevé de burn-out parental que la population générale (Mikolajczak et al., 2019a). Ce phénomène est directement lié au déséquilibre occupationnel, car ces parents manquent de temps pour eux-mêmes et pour des activités ressourçantes (Roskam, Raes, et al., 2018).

Maintenir un équilibre occupationnel est essentiel pour prévenir l'épuisement parental. Plusieurs stratégies permettent d'y parvenir, tel que **le partage des responsabilités**. L'implication de l'autre parent, des proches ou de professionnels dans la prise en charge de l'enfant permet aux parents de libérer du temps pour eux-mêmes et de limiter cette surcharge. De plus, **l'engagement dans des activités personnelles** favorise une meilleure gestion du stress ainsi qu'une recharge émotionnelle (Backman, 2004). Enfin, **l'accès aux groupes de soutien** permet d'échanger avec d'autres parents confrontés aux mêmes défis, ce qui contribue à rompre l'isolement et à trouver des stratégies adaptées (Muñoz-Silva et al., 2017a).

En ergothérapie, les interventions visant à rétablir un équilibre occupationnel sont essentielles. Les ergothérapeutes peuvent accompagner les parents dans l'identification de leurs besoins, la réorganisation de leur quotidien et la mise en place de stratégies favorisant un meilleur équilibre entre leurs rôles parentaux et personnels (Ianni et al., 2021). Une étude menée par

Den Heijer et al. en 2017 a démontré que l'instauration de routines structurées et d'activités partagées avec l'enfant contribue à améliorer l'équilibre occupationnel parental et à réduire le stress (Den Heijer et al., 2017).

Il existe un outil d'évaluation pour mesurer l'équilibre occupationnel. L'**Occupational Balance Questionnaire (OBQ)** (*Annexe III*) a été conçue pour quantifier cette perception à travers une série d'items évaluant différents aspects du quotidien (Wagman et al., 2012). Il permet ainsi d'identifier les éventuelles sources de déséquilibre et d'orienter des interventions visant à améliorer la qualité de vie et le bien-être global des individus (Yu et al., 2018).

L'équilibre occupationnel est un élément central dans la prévention de l'épuisement parental chez les parents d'enfants TDAH. Son maintien passe par une meilleure répartition des occupations, une prise en charge partagée et l'accès à des activités ressourçantes. L'ergothérapeute, en accompagnant ces parents dans l'organisation de leur quotidien et la mise en place de stratégies adaptées, joue un rôle essentiel pour prévenir le burn-out parental et améliorer leur qualité de vie (Roskam, Raes, et al., 2018).

Question de recherche

Le TDAH touche un nombre croissant d'enfants et entraîne des répercussions importantes sur leur entourage familial. Les parents d'enfants atteints de ce trouble font face à des défis quotidiens liés à l'impulsivité, à l'hyperactivité et aux difficultés attentionnelles de leur enfant. Cette charge mentale et émotionnelle constante peut engendrer un épuisement parental, caractérisé par une fatigue intense, une distanciation affective et une perte de plaisir dans le rôle parental.

Face à cette problématique, les professionnels de santé jouent un rôle clé dans l'accompagnement des familles. L'ergothérapeute, en particulier, intervient pour améliorer le quotidien de l'enfant tout en soutenant les parents dans l'adaptation de leurs stratégies éducatives et organisationnelles. Ils veillent également à préserver l'équilibre occupationnel des parents, en les guidant dans la répartition harmonieuse de leurs différentes occupations (travail, soins familiaux, loisirs, repos), afin de prévenir l'épuisement et de garantir une meilleure qualité de soutien pour l'enfant. Par le biais d'interventions spécifiques, il peut contribuer à alléger la charge parentale en facilitant la mise en place de routines et en développant des outils d'autorégulation pour l'enfant.

Cependant, les approches et stratégies mises en œuvre pour répondre aux besoins des parents restent encore peu étudiées. Il est donc essentiel d'explorer la manière dont l'intervention des ergothérapeutes peut réduire l'épuisement parental et favoriser une meilleure qualité de vie familiale.

Nous pouvons donc faire émerger la problématique suivante :

Comment l'intervention des ergothérapeutes auprès des parents d'enfants atteints de TDAH peut-elle aider à réduire l'épuisement parental ?

1. Les hypothèses

Hypothèse 1 :

Les ergothérapeutes jouent un rôle essentiel dans la réduction de l'épuisement parental.

Hypothèse 2 :

L'intervention des ergothérapeutes auprès des parents d'enfants atteints de TDAH réduit l'épuisement parental en favorisant un équilibre occupationnel, grâce à une meilleure gestion des routines familiales et une répartition claire des rôles.

2. Objectifs de l'étude

Cette étude a pour principal objectif d'explorer comment l'intervention des ergothérapeutes auprès des parents peut contribuer à diminuer leur épuisement.

Plus précisément, cette recherche vise à identifier les stratégies mises en place par les ergothérapeutes pour soutenir ces parents ainsi qu'à comprendre comment ces interventions favorisent un meilleur équilibre occupationnel au sein de la famille. Ce mémoire cherche également à explorer les besoins spécifiques des parents, les difficultés qu'ils rencontrent et la manière dont une approche ergothérapique adaptée peut améliorer leur bien-être et leur relation avec leur enfant.

Méthodologie de recherche

1. Population étudiée

L'échantillon de cette étude est composé d'ergothérapeutes travaillant avec des enfants présentant un TDAH. Afin de garantir la diversité des pratiques et de limiter les biais, aucun critère de distinction n'a été appliqué quant au type de structure dans laquelle les ergothérapeutes exercent. Ainsi, ont été inclus les professionnels intervenant en cabinet libéral, en structure institutionnelle ou à domicile, qu'ils travaillent exclusivement ou en grande partie auprès de cette population.

Les critères d'inclusion comprenaient les ergothérapeutes travaillant de manière régulière et significative avec des enfants présentant un TDAH, indépendamment du cadre d'exercice. En revanche, ont été exclus de l'échantillon les ergothérapeutes ne travaillant pas du tout avec cette population, ainsi que ceux dont la prise en charge d'enfants TDAH représente une part très minoritaire de leur activité.

2. Mode de diffusion et de sélection

Avant d'être diffusé, le questionnaire a fait l'objet d'une validation pédagogique. Cette étape a permis de garantir la pertinence des questions, la clarté des formulations et l'adéquation des thématiques abordées avec les objectifs de l'étude.

Le questionnaire a été diffusé sur une période d'un mois, allant du 24 février au 24 mars 2025. Cette durée a été jugée suffisante pour permettre aux ergothérapeutes sollicités de prendre connaissance de l'étude et d'y répondre. (*Annexe IV*)

Le questionnaire a été transmis uniquement par voie numérique. Deux modes d'accès étaient proposés : un lien hypertexte menant directement au questionnaire en ligne et un QR code à scanner pour accéder au formulaire sur téléphone. Le mail comprenait des explications précises sur les objectifs de l'étude ainsi qu'une description des profils recherchés. Cette démarche avait pour but d'éviter aux ergothérapeutes non concernés de perdre inutilement leur temps précieux.

La collecte des adresses emails des participants potentiels s'est effectuée à partir de plusieurs sources. La base de données de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) a été exploitée, regroupant un grand nombre d'ergothérapeutes exerçant en France avec les enfants. Les contacts partagés par Mme Sandrine Tournier, ergothérapeute ayant supervisé mon stage 4, ont permis de solliciter des professionnels susceptibles d'être intéressés par cette étude. Enfin, les adresses emails des intervenants ayant donné des cours à l'ILFOMER ont été incluses.

Une relance a été effectuée le 12 mars 2025, soit à mi-parcours de la période de diffusion. Cette relance avait pour but d'encourager les ergothérapeutes n'ayant pas encore répondu au questionnaire à y participer. Au total, 284 ergothérapeutes ont été contactés pour participer à cette étude.

Les ergothérapeutes ont été informés que leur participation était volontaire et que les données recueillies seraient anonymes et confidentielles. Une brève présentation en début de questionnaire rappelait le principe de l'étude. Le processus de diffusion et de sélection mis en place a ainsi permis d'assurer une distribution efficace du questionnaire et de solliciter un large panel de professionnels pertinents pour cette étude.

3. Outil méthodologique

Dans le cadre de mon mémoire, l'utilisation d'un questionnaire en ligne a été choisie afin de recueillir les données nécessaires à cette étude. Ce questionnaire a été conçu avec le logiciel Sphinx, un outil spécialisé dans la création et l'analyse de sondages et d'enquêtes en ligne.

Le questionnaire comporte un total de 38 questions (questions filtres comprises) et est estimé à une durée moyenne de 15 minutes pour les répondants. La majorité des questions (35 questions) sont de nature fermée, incluant des questions à choix unique ou à choix multiples avec la possibilité de répondre « Autre » et de spécifier en fonction de la question posée. Voici les questions fermées (questions 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 (si l'ergothérapeute répond « oui » la question 15)a) et 15)b) apparaissent), 16 (si l'ergothérapeute répond « oui » la question 16)a) apparaît), 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 (si l'ergothérapeute répond « oui » la question 24)a) apparaît), 25 (si l'ergothérapeute répond « oui » la question 25)a) apparaît), 26, 27 (si l'ergothérapeute répond « oui » la question 27)a) apparaît), 28 et 29.

Certaines questions ouvertes sont également incluses afin de permettre aux répondants d'apporter des précisions (questions 13)a), 18)a) et 23)a)). Le questionnaire est divisé en six items distincts, chaque partie visant à explorer différents aspects en lien avec les objectifs abordés dans ce mémoire. Toutes les réponses contiennent la mention « réponse obligatoire », ce qui permettra une meilleure analyse des résultats par la suite.

Ce questionnaire s'adresse spécifiquement aux ergothérapeutes, dont les réponses permettront de mieux comprendre les pratiques, les besoins et les perspectives de cette étude. Le questionnaire est entièrement anonyme. Aucune donnée permettant d'identifier les participants n'est collectée. Les réponses sont stockées et traitées sur le cloud de l'université grâce au logiciel Sphinx. Les données recueillies ne sont en aucun cas utilisées à d'autres fins que celles prévues dans le cadre de ce mémoire. Conformément aux règles de confidentialité, aucune donnée n'est conservée localement sur mon ordinateur personnel, ce qui garantit une meilleure sécurité et un respect strict des exigences éthiques en matière de protection des données.

Cette démarche vise à assurer la transparence, le respect des répondants et la fiabilité des données collectées tout au long de cette étude.

4. Présentation des grandes parties du questionnaire

Ce questionnaire vise à analyser les pratiques des ergothérapeutes intervenant auprès des parents d'enfants atteints de TDAH, en explorant leur rôle dans la réduction de l'épuisement parental. Il est structuré en six grandes sections, chacune ayant un objectif spécifique.

4.1. Informations générales

Cette première partie permet de dresser un profil des répondants en recueillant des données sociodémographiques et professionnelles. Elle comprend des questions sur l'expérience des ergothérapeutes, leur lieu d'exercice, ainsi que le cadre et la fréquence de leurs interventions auprès des enfants atteints de TDAH. Ces informations permettent de contextualiser les réponses et d'analyser les résultats en fonction des différents profils professionnels.

4.2. Pratiques professionnelles et interventions

Cette section explore la manière dont les ergothérapeutes interagissent avec les parents d'enfants TDAH, notamment la fréquence de leurs échanges et la reconnaissance des signes d'épuisement parental. Elle aborde également les stratégies utilisées pour soutenir ces parents, les objectifs des interventions ergothérapeutiques et les outils employés pour leur accompagnement. Cette partie a mis en lumière les pratiques actuelles et les éventuelles difficultés rencontrées dans le soutien aux familles.

4.3. Évaluation de l'épuisement parental et impacts des interventions

L'objectif de cette section est d'examiner comment les ergothérapeutes identifient et évaluent l'épuisement parental. Elle questionne l'utilisation d'outils d'évaluation validés et explore les perceptions des professionnels quant à l'impact de leurs interventions sur la diminution de cet épuisement. Cette partie permet ainsi d'évaluer le rôle potentiel de l'ergothérapie dans la prise en charge de cette problématique.

4.4. Équilibre occupationnel des parents

L'équilibre occupationnel est un concept clé en ergothérapie, particulièrement pertinent pour comprendre l'impact des responsabilités parentales sur le bien-être des parents. Cette section s'intéresse à la manière dont les ergothérapeutes abordent cette notion avec les familles, aux déséquilibres observés et aux stratégies mises en place pour aider les parents à retrouver un équilibre occupationnel.

4.5. L'utilisation des modèles conceptuels et systémiques

Cette partie interroge les connaissances et l'application des modèles théoriques en ergothérapie, tels que le modèle canadien de l'occupation (MCA), le modèle de la performance humaine (MOHO), ou encore le modèle systémique. L'objectif est de comprendre si ces modèles sont mobilisés dans l'accompagnement des parents et s'ils influencent les pratiques visant à réduire l'épuisement parental.

4.6. Perceptions et besoins des ergothérapeutes

Enfin, cette dernière section explore la perception qu'ont les ergothérapeutes de leur formation et de leur niveau de compétence pour accompagner les parents d'enfants TDAH. Elle met également en lumière les défis rencontrés dans leur pratique et identifie les besoins supplémentaires en ressources ou en formation. Cette partie permet de dégager des axes d'amélioration pour mieux soutenir les professionnels dans leur rôle auprès des familles.

5. Procédure d'analyse des résultats

L'analyse des résultats du questionnaire a été réalisée à l'aide du logiciel **Sphinx**, un outil couramment utilisé pour le traitement des enquêtes. Sphinx permet de visualiser les données recueillies via l'onglet « Données », où l'ensemble des réponses des participants est centralisé. Ce logiciel offre la possibilité de générer des tableaux synthétiques facilitant l'interprétation des réponses et permet également d'éditer des graphiques, ce qui favorise une représentation visuelle.

Afin d'optimiser l'analyse et de renforcer la clarté des résultats, certaines données ont ensuite été exportées vers **Excel**. Cette double approche permet de tirer parti des fonctionnalités spécifiques à chaque logiciel : Sphinx facilite la structuration et la mise en forme des résultats, tandis qu'Excel permet un travail plus approfondi sur le traitement des données, notamment grâce à ses capacités de tri, de filtrage et de mise en relation des variables.

L'utilisation combinée de ces deux outils permet une **approche plus globale et complète de l'analyse**, en compensant les limites de chacun. Grâce à ces outils, il a été possible d'examiner les résultats sous différents angles, d'obtenir des représentations graphiques claires et de structurer l'interprétation des réponses de manière rigoureuse.

Résultats de l'enquête

1. Population étudiée

Dans le cadre de cette étude, un total de 284 ergothérapeutes ont été sollicités pour répondre au questionnaire élaboré. L'objectif de cette démarche était d'obtenir des retours d'expérience de la part de professionnels en lien avec la thématique abordée.

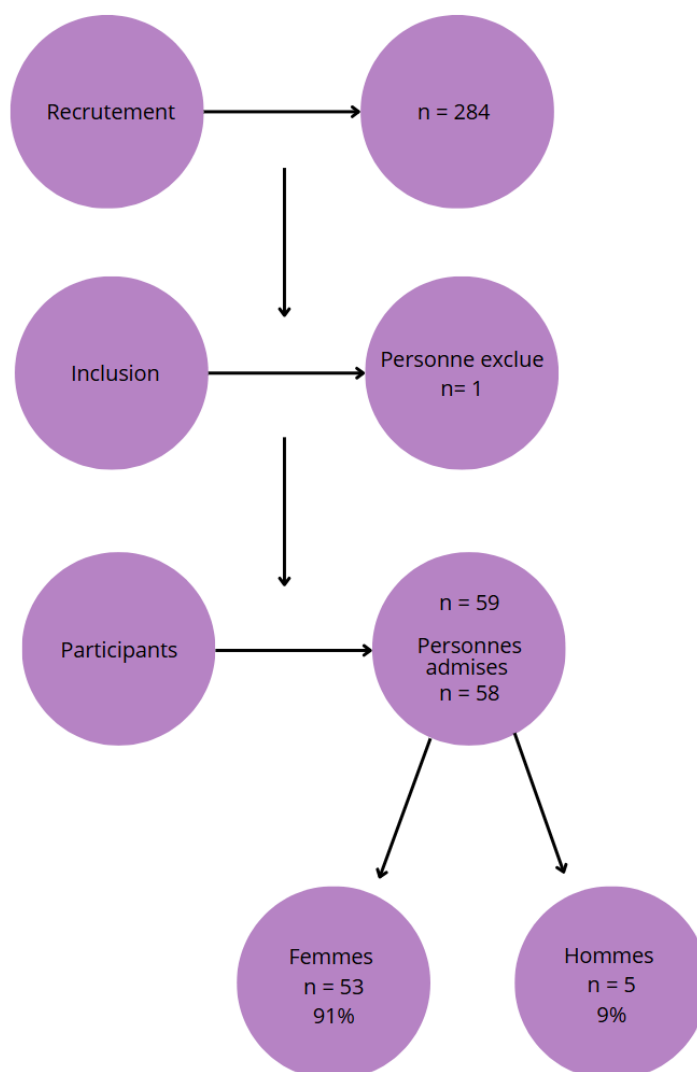


Figure 1 : Organigramme de l'étude

Sur cet ensemble, **59 personnes ont répondu au questionnaire**. Après application des critères d'inclusion et d'exclusion définis en amont, un seul participant a été écarté, ne remplissant pas les conditions nécessaires à l'analyse. Sa pratique auprès des enfants présentant un TDAH étant très minoritaire au sein de sa patientèle. Ainsi, les réponses de **58 personnes ont été retenues** pour l'exploitation des données.

Parmi les participants inclus, une large majorité était constituée de femmes, au nombre de 53, soit 91% de l'effectif total, contre 5 hommes, représentant 9% des participants.

La figure 2 illustre, en pourcentage, l'ancienneté professionnelle des ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire. Nous observons que la majorité des répondants (**66%**) exercent **depuis plus de 10 ans**. À l'inverse, seuls 2% des participants ont moins d'un an d'expérience en tant qu'ergothérapeute.

Par ailleurs, 14% des professionnels interrogés ont une ancienneté comprise entre 2 et 5 ans, tandis que 19% exercent depuis 6 à 10 ans. Ces données montrent donc un échantillon composé en grande partie d'ergothérapeutes expérimentés, avec une représentation plus faible des jeunes diplômés.

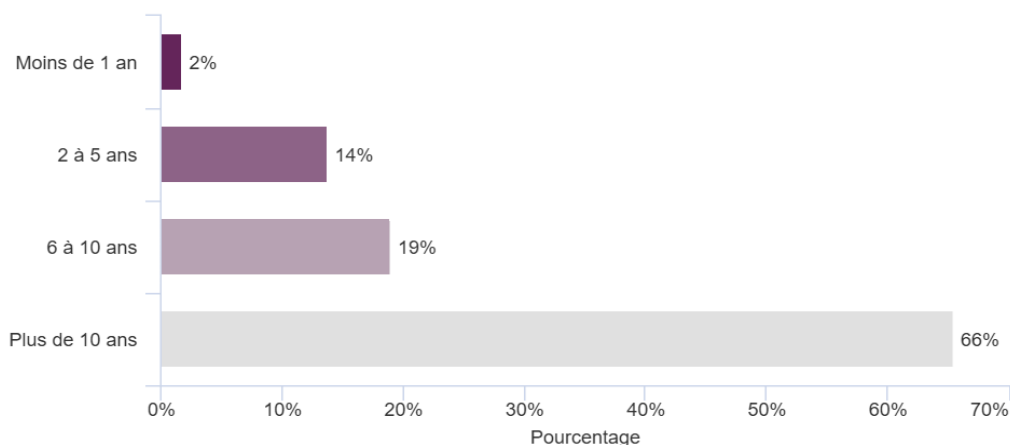


Figure 2 : Ancienneté professionnelle des répondants

La figure 3 représente les lieux d'exercice des ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire. Il est important de préciser que les participants pouvaient sélectionner plusieurs lieux d'exercice, certains exerçant en effet dans différents contextes professionnels.

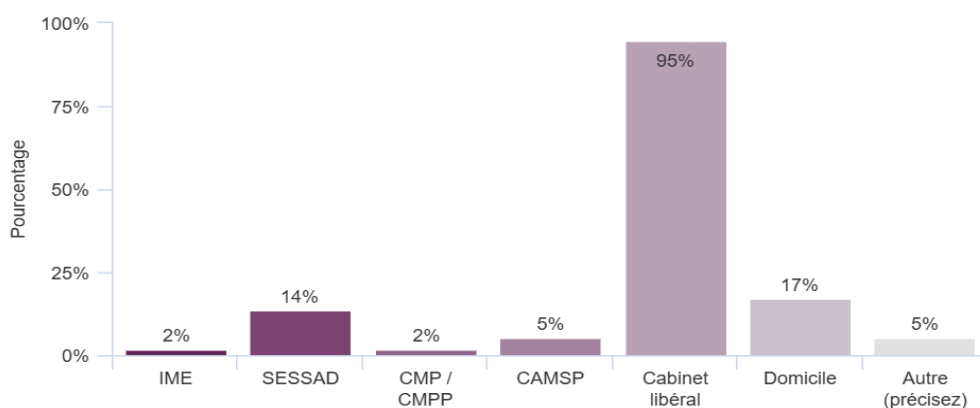


Figure 3 : Lieux d'exercice des ergothérapeutes participants

Il ressort de cette enquête que **95% des répondants exercent en libéral**. De plus, **17%** interviennent également **au domicile** des patients. Parmi les structures médico-sociales et sanitaires, 14% travaillent en SESSAD, 2% en IME et 2% en CMP ou CMPP.

Par ailleurs, 5% des ergothérapeutes ont indiqué exercer dans un autre type de structure que celles proposées dans le questionnaire, justifiant leur choix par la spécificité de leur lieu d'exercice, non répertorié dans les catégories proposées.

Les résultats de la figure 4 ci-contre montrent que pour **60% des répondants**, les enfants avec un TDAH représentent **une grande partie de leur patientèle**. Pour **33%**, ils en constituent **une part modérée**, et seulement 7% déclarent qu'ils représentent une minorité.

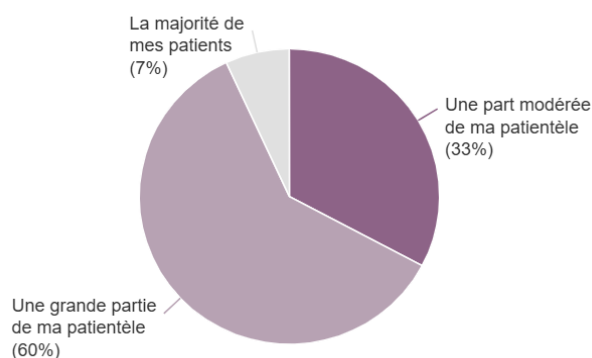


Figure 4 : Part des enfants avec TDAH dans la patientèle des répondants

2. Pratiques professionnelles et interventions

Dans la suite du questionnaire, nous avons interrogé les professionnels sur la fréquence à laquelle ils observaient des signes d'épuisement chez les parents d'enfants atteints de TDAH.

Il apparaît que **98%** des professionnels interrogés déclarent avoir été confrontés à des situations **de parents en état d'épuisement**, tandis que seuls **2%** affirment **ne jamais en avoir été témoins**. Ces résultats mettent en lumière la forte prévalence de l'épuisement chez les parents d'enfants TDAH.

Concernant les objectifs principaux des interventions menées auprès des parents d'enfants présentant un TDAH, les répondants ont largement mis en avant des objectifs centrés sur l'accompagnement au quotidien et la compréhension du trouble. Trois axes ressortent particulièrement, avec des taux élevés d'adhésion.

Les résultats de la figure 5 montrent que les interventions auprès des parents se concentrent principalement sur trois objectifs majeurs. **91% des répondants visent à fournir des stratégies pour le quotidien**, reflétant un fort besoin d'outils concrets pour faire face aux difficultés liées au TDAH. **79% cherchent à soutenir la compréhension du trouble** et **77% suivent les progressions de l'enfant**, montrant l'attention portée à son évolution.

Des objectifs plus secondaires apparaissent : **49% des professionnels travaillent sur la relation parent - enfant**, tandis que **seulement 18% abordent la gestion de l'épuisement parental**. Enfin, **5% ont cité d'autres objectifs**, notamment **l'orientation vers d'autres professionnels** (figure 5)

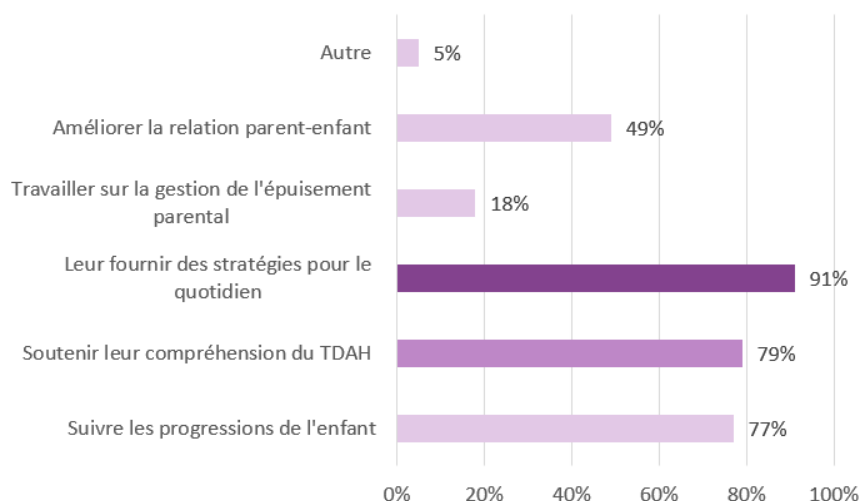


Figure 5 : Objectifs principaux des interventions ergothérapeutiques auprès des parents

Parmi les répondants, seuls six professionnels ont indiqué utiliser un outil pour évaluer l'épuisement parental. **Cinq d'entre eux mentionnent le questionnaire TOPSE (Tool to Measure Parenting Self-Efficacy)**, outil axé sur le sentiment d'efficacité parentale. Une seule personne a précisé utiliser **un outil construit de manière personnelle**. Ces données suggèrent une utilisation limitée et peu diversifiée des outils d'évaluation spécifiques à l'épuisement parental dans la pratique actuelle.

L'orientation des parents vers un professionnel de santé en lien avec leur épuisement parental est une pratique relativement courante. En effet, **68% des répondants déclarent l'avoir déjà fait**, traduisant une reconnaissance de l'impact que peut avoir le TDAH sur le bien-être parental. À l'inverse, **32% n'ont jamais réalisé cette démarche**.

3. Evaluation de l'épuisement parental et impacts des interventions

Interrogés sur les signes d'épuisement parental qu'ils observent le plus souvent (figure 6), les professionnels ont majoritairement mentionné le **sentiment de perte de contrôle**, cité par **47% des répondants**. Ce signe apparaît donc comme le plus évocateur de l'épuisement dans leur pratique. Viennent ensuite la **fatigue intense (23%)** et l'**irritabilité ou la frustration (19%)**, qui traduisent également une charge mentale importante. Le **détachement émotionnel vis-à-vis de l'enfant** et les réponses classées dans « **autre** » ne représentent chacun que **5% des réponses**, indiquant qu'ils sont moins fréquemment repérés.

Dans cette dernière catégorie, les professionnels ont notamment évoqué des manifestations telles que le **sentiment d'incompréhension de la part de l'entourage**, le **désinvestissement**, le **déni de la situation**, la **perte de confiance envers les professionnels**, ou encore l'**épuisement face aux démarches administratives**, révélant des aspects plus discrets mais néanmoins significatifs de l'épuisement parental (figure 6).

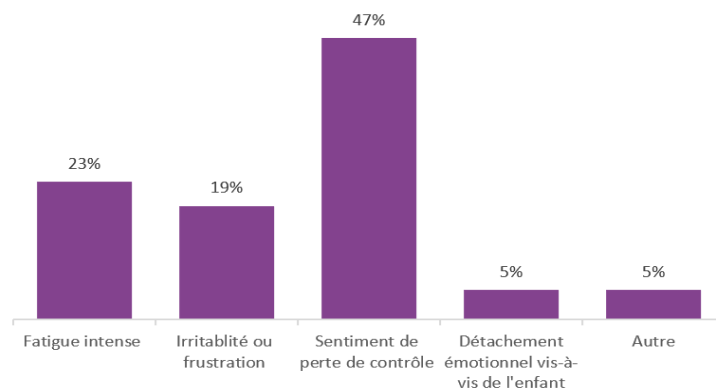


Figure 6 : Signes d'épuisement parental les plus fréquemment observés

À la question de savoir si l'intervention ergothérapique peut contribuer à réduire l'épuisement parental (figure 7), la grande majorité des répondants se montrent favorables. **67% estiment qu'elle peut y contribuer partiellement**, et **28% considèrent qu'elle peut avoir un impact significatif**. À l'inverse, **seuls 2% pensent que cela relève d'autres professionnels**, et **4% déclarent ne pas savoir**.

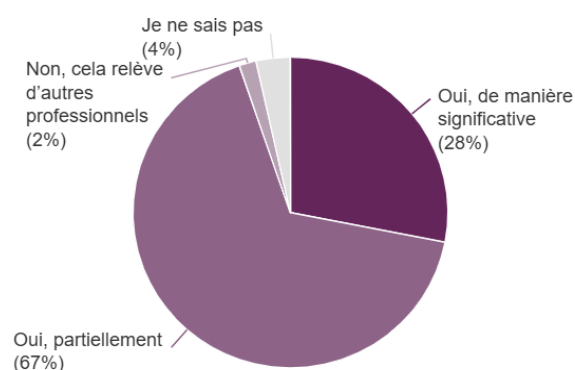


Figure 7 : Perception de l'impact de l'intervention ergothérapique sur l'épuisement parental

4. Équilibre occupationnel des parents

Plus de la moitié des professionnels interrogés (55 personnes) rapportent observer fréquemment un déséquilibre entre les responsabilités parentales et les besoins personnels des parents d'enfants atteints de TDAH. À l'inverse, seuls trois répondants indiquent ne remarquer ce déséquilibre que rarement, voire jamais (figure 8).

Oui, très souvent	44%	n = 55
Oui, parfois	51%	
Non, rarement	4%	n = 3
Non jamais	2%	
TOTAL	100%	n = 58

Figure 8 : Perception du déséquilibre occupationnel chez les parents

Près de la moitié des répondants (44%) déclarent avoir mis en place des stratégies spécifiques visant à aider les parents à retrouver un équilibre dans leur quotidien et à réduire l'épuisement parental. En revanche, 56% n'ont pas encore intégré ce type d'approche dans leur pratique.

Pour les professionnels ayant répondu « oui », une question ouverte leur a été proposée afin de préciser les stratégies utilisées (figure 9). Vingt-quatre réponses ont été recueillies. Deux types de stratégies ont été mentionnés à plusieurs reprises. Deux personnes ont évoqué le **programme Barkley** et cinq personnes ont cité la **méthode Cog-Fun**.

Répondants	Réponses
1	Via le programme Barkley
2	Prendre le temps de les écouter je me suis formée à l'OPC
3	Une autre répartition des tâches du quotidien (aide au conjoint, arrêt des devoirs par les parents, recours à des pro extérieurs), s'octroyer des temps de répit seul(e)
4	Trouver des solutions pour prendre du temps pour soi
5	Tableau des économies de jetons
6	Analyse d'activité permettant de prioriser les tâches et enlever ou limiter les tâches moins importantes, matrice d'eisenhower, planning pour se caler du temps personnel ...
7	C'est l'approche Cog-Fun qui m'apporte le plus dans l'accompagnement à l'amélioration de la qualité de vie de la famille
8	Planning avec récompense pour favoriser l'autonomie de l'enfant et réduire à moyen terme l'implication des parents dans le rappel de faire la tâche
9	Discussion, mise en place d'aménagements dans le quotidien, routines, ...
10	Structuration visuelle de l'environnement de l'enfant pour diminuer le nombre d'intervention du parent (consignes, rappel, ect ...)
11	L'approche Cog-Fun
12	Mise en place de temps de répit, mise en place d'aide à domicile (pour les devoirs), aide sur la gestion du quotidien
13	Routine, gestion du temps
14	Dans le cadre de l'intervention Cog-Fun
15	Mise en place de routines quotidienne, recherche d'activités à faire avec ou sans l'enfant
16	Routines, temps de répit, activités en groupe
17	Routines et gain en autonomie de l'enfant pour libérer du temps aux parents
18	Gestion des tâches quotidiennes pour les enfants TDAH par planning, to-do list, gestion de temps, aménagement de l'environnement
19	Proposition de prendre du temps pour soi pour recharger les batteries et pouvoir affronter les difficultés
20	Routines quotidienne (planning visuel), répartitions de tâches, tableau de récompenses
21	Utiliser l'écoute active et utiliser la MCRO avec les parents
22	Meilleure compréhension de leur enfant, orientation vers groupe Barkley
23	Méthode Cog-Fun
24	Cog-Fun

Figure 9 : Utilisation de stratégies spécifiques par les ergothérapeutes

5. L'utilisation des modèles conceptuels et systémiques

Afin d'évaluer le niveau de familiarité des répondants avec les fondements théoriques de la profession, une partie du questionnaire portait sur la connaissance des modèles conceptuels en ergothérapie.

89 % des répondants, soit 51 personnes, ont déclaré **connaître des modèles conceptuels** en ergothérapie, tandis que 11 %, soit 6 personnes, ont indiqué ne pas en avoir connaissance.

Afin d'apporter plus de précision à la question précédente concernant la connaissance des modèles conceptuels en ergothérapie, il est important de noter qu'une autre question portait spécifiquement sur les modèles connus des répondants (figure 10). Les trois modèles les plus fréquemment cités sont le **MOHO** (Modèle de l'Occupation Humaine), connu par 82% des répondants, le **PEO** (Personne-Environnement-Occupation), cité par 75%, et le **MCA** (Modèle Canadien de l'Occupation), mentionné par 59%. **Le modèle systémique** arrive en quatrième position avec 53%, ce qui signifie qu'environ une personne sur deux le connaît. Enfin, parmi les 8% de répondants ayant sélectionné la catégorie « autres », tous ont mentionné le modèle **MCRO** (Mesure canadienne du rendement occupationnel).

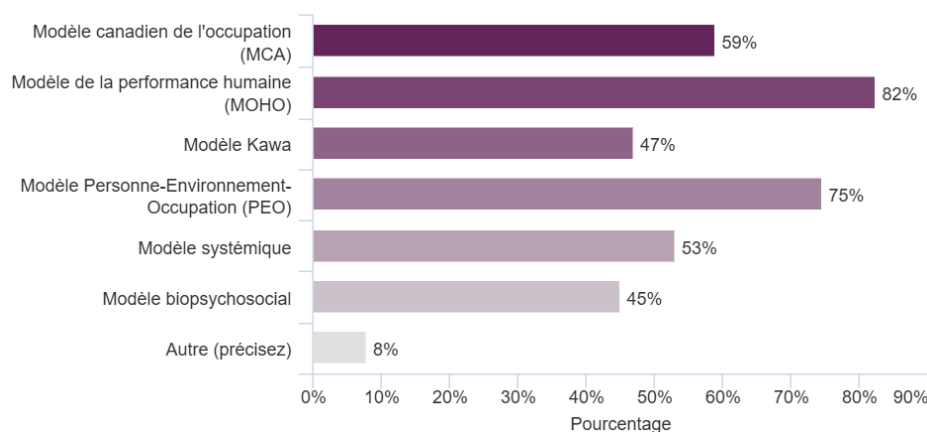


Figure 10 : Modèles conceptuels connus par les répondants

Les deux questions suivantes, portant respectivement sur la reconnaissance et l'utilisation du modèle systémique en ergothérapie pour réduire l'épuisement parental, ont été regroupées dans un même tableau afin d'en faciliter l'analyse.

77 % des participants ont indiqué **avoir déjà entendu parler du modèle systémique**, contre **23 %** qui **ne le connaissent pas**. Parmi eux, **34 %** (soit 15 personnes) déclarent l'avoir **déjà utilisé** pour diminuer l'épuisement parental, tandis que **66 %** (soit 29 personnes) ne l'ont **jamais mis en pratique** dans ce cadre.

	Avez vous déjà entendu parler du modèle systémique ?	Avez-vous déjà utilisé le modèle systémique pour diminuer l'épuisement parental ?
OUI	77%	34%
NON	23%	66%

Figure 11 : Connaissance et utilisation du modèle systémique

6. Perceptions et besoins des ergothérapeutes

Dans cette partie, nous aborderons les perceptions et les besoins exprimés par les ergothérapeutes concernant leur pratique auprès des parents d'enfants atteints de TDAH. Cette section explore leur ressenti sur la formation, les outils disponibles et les éventuels manques.

Lorsqu'il a été demandé aux répondants s'ils se sentaient suffisamment formés pour accompagner les parents d'enfants atteints de TDAH, les réponses se sont réparties de telle manière : **23% se sentent totalement préparés**, **47% estiment avoir les compétences nécessaires**, mais ressentent parfois un manque d'outils, et **30% jugent qu'une formation complémentaire serait bénéfique** (figure 12).

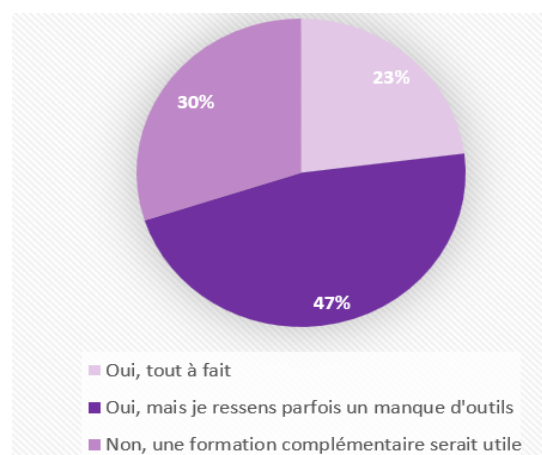


Figure 12 : Sentiment de formation suffisante pour accompagner les parents

Lorsqu'il a été question de l'importance de la relation de confiance avec les parents d'enfants atteints de TDAH dans le cadre de leur prise en charge, **88%** des répondants ont indiqué que c'était un **aspect fondamental** de leur accompagnement. 12% ont reconnu que la relation de confiance était importante, mais qu'ils ne l'abordaient pas toujours de manière systématique. Aucune des réponses n'a fait mention des propositions suivantes : « non, mais je pense que cela pourrait être bénéfique » et « non, je ne considère pas cela comme une priorité » (figure 13).

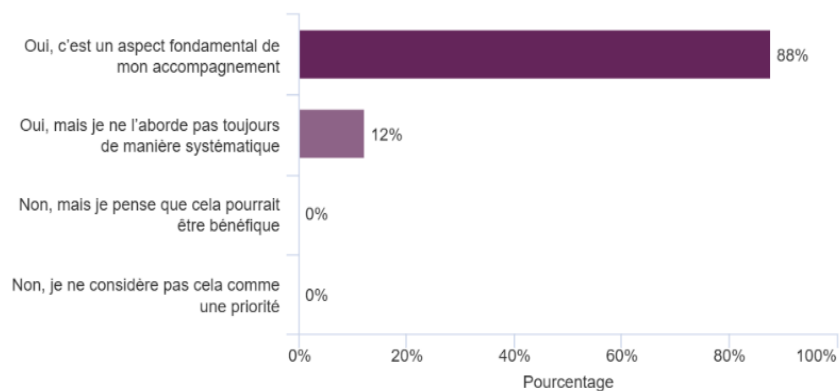


Figure 13 : Importance de la relation de confiance avec les parents

Lorsqu'il a été demandé aux répondants quels défis ils rencontraient dans l'accompagnement des parents (figure 14), la majorité (68%) a indiqué un **manque de temps** comme principal obstacle dans leur pratique. De plus, 30% ont répondu « autre », et parmi ces réponses, le **manque de temps des parents** est revenu presque systématiquement comme un facteur limitant.

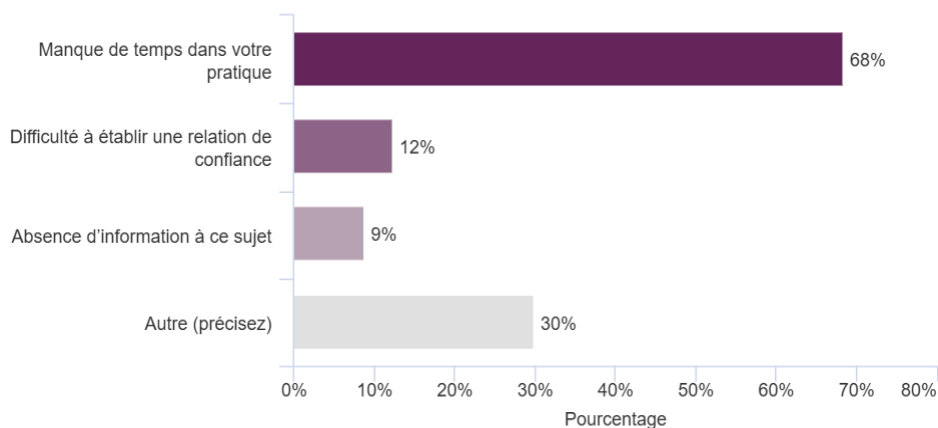


Figure 14 : Principaux défis rencontrés dans l'accompagnement parental

Dans la figure 15, les répondants ont été interrogés sur les types de ressources ou de formations qu'ils jugeraient utiles pour améliorer leur accompagnement des parents d'enfants atteints de TDAH. 63% ont exprimé un besoin de **formations spécifiques sur le soutien parental**, 23% souhaiteraient disposer **d'outils concrets pour l'accompagnement des familles**, 4% ont mentionné l'intérêt d'un **partage d'expériences entre professionnels**, et 7% estiment disposer **déjà de tous les outils nécessaires**.

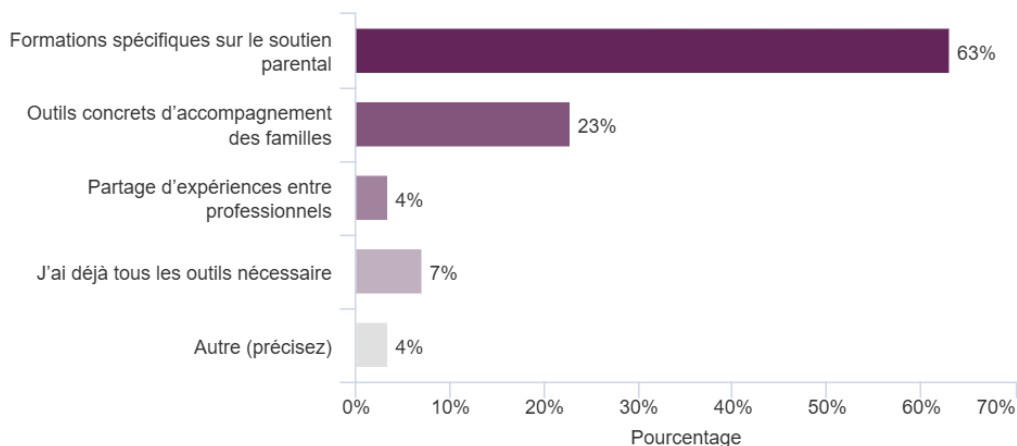


Figure 15 : Besoins exprimés en termes de ressources ou de formation

L'ensemble de ces résultats met en lumière les réalités du terrain, les ressources mobilisées ainsi que les limites rencontrées par les ergothérapeutes dans l'accompagnement des parents d'enfants atteints de TDAH. Ces éléments vont désormais être analysés et mis en perspective dans la partie suivante, consacrée à la discussion.

Discussion

À présent, il convient d'analyser et de mettre en perspective les résultats présentés précédemment. Cette discussion a pour objectif d'interpréter ces données à l'aide des connaissances issues de la littérature, d'en questionner la validité, les limites et les apports, ainsi que d'en envisager les retombées cliniques. Elle permettra également d'ouvrir des pistes de réflexion pour des recherches ou pratiques futures.

1. Les objectifs de l'étude

L'étude menée dans le cadre de ce mémoire avait pour objectifs :

- de montrer que l'intervention des ergothérapeutes auprès des parents contribue à diminuer leur épuisement.
- de mettre en évidence que les stratégies ergothérapiques mises en place permettent de favoriser un meilleur équilibre occupationnel, d'améliorer le bien-être des parents, ainsi que la qualité de leur relation avec leur enfant.

Ces objectifs ont été explorés au moyen du questionnaire diffusé auprès des ergothérapeutes. L'analyse des réponses recueillies permet d'éclairer les pratiques actuelles et d'apporter des éléments de réponse à la problématique posée. Les résultats obtenus seront analysés par la suite afin d'évaluer la validité des hypothèses avancées et d'apporter des éléments de réponse à la problématique de recherche.

2. Réponse à la problématique

L'épuisement parental, défini comme un état d'épuisement physique et émotionnel lié à l'exercice du rôle parental, touche particulièrement les parents d'enfants atteints de TDAH, en raison des comportements difficiles à gérer (Leitch et al., 2019). Pour rappel, ma problématique est : **Comment l'intervention des ergothérapeutes auprès des parents d'enfants atteints de TDAH peut-elle aider à réduire l'épuisement parental ?** Ce mémoire montre que l'intervention ergothérapique peut contribuer à atténuer cet épuisement grâce à une approche centrée sur les besoins du parent autant que de l'enfant.

Les ergothérapeutes, en structurant les routines quotidiennes, en aménageant l'environnement familial et en proposant des stratégies individualisées, soutiennent les parents dans la gestion du quotidien (*Individualisation*, 2021). Cela permet une meilleure organisation du temps, une anticipation des situations complexes, et une diminution de la charge mentale. 91% des répondants au questionnaire visent à fournir des stratégies pour le quotidien. L'intervention auprès des parents inclut également une dimension psychoéducative, en apportant des explications sur les symptômes du TDAH et des conseils pour ajuster les attentes parentales, ce qui permet une lecture plus sereine des comportements de l'enfant (Bai et al., 2015). En effet, 79% des répondants au questionnaire soutiennent les parents concernant leur compréhension du TDAH.

Les ergothérapeutes interrogés soulignent également l'importance de leur rôle de soutien : ils offrent un espace d'écoute, valorisent les efforts des parents, et renforcent leur sentiment de

compétence. Ce soutien émotionnel joue un rôle essentiel pour limiter l'isolement et la culpabilité, qui sont des facteurs aggravants de l'épuisement (Williams et al., 2014). En intervenant ainsi à plusieurs niveaux, l'ergothérapie permet non seulement d'améliorer l'équilibre occupationnel et le bien-être des parents mais aussi de diminuer leur épuisement.

2.1 Analyse des hypothèses

Pour vérifier notre première hypothèse, nous allons confronter la littérature scientifique aux résultats de l'étude. L'hypothèse était : « Les ergothérapeutes jouent un rôle essentiel dans la réduction de l'épuisement parental ».

Les résultats de notre questionnaire confirment que l'épuisement parental est une problématique fréquente en milieu pédiatrique. En effet, **64%** des ergothérapeutes interrogés déclarent **rencontrer ce phénomène dans leur pratique**. Ce taux élevé concorde avec les études sur le burn-out parental, défini comme un syndrome de stress parental à trois dimensions (épuisement extrême, distanciation émotionnelle, sentiment de saturation) qui toucherait jusqu'à 8% des parents dans la population générale (Bayot et al., 2024).

Ce chiffre global sous-estime probablement la réalité des familles concernées par des troubles du développement de l'enfant, où le stress parental est connu pour être beaucoup plus important (Muñoz-Silva et al., 2017b). Ainsi, la grande majorité des ergothérapeutes (95%) est convaincue que leur **intervention peut contribuer à diminuer cet épuisement**. Cette confiance dans l'impact de l'ergothérapie repose sur plusieurs mécanismes reconnus par la littérature. D'une part, des programmes d'intervention soutenant les parents (par exemple des approches centrées sur la pleine conscience ou l'accompagnement structuré) ont montré de forts effets bénéfiques sur la réduction de l'épuisement parental (Urbanowicz et al., 2023).

Le fait que seulement un tiers des ergothérapeutes (34%) déclarent utiliser le **modèle systémique** pour accompagner la famille révèle cependant une marge de progression. L'approche systémique plaide pour une vision globale de la situation, où l'enfant, ses parents et l'environnement institutionnel forment un système interactif. La littérature ergothérapique et en santé publique souligne que la famille doit être considérée comme le « partenaire indispensable et unité d'intervention principale » (MG France, 2016).

Nos résultats confirment cette vision. En effet, 91% des répondants ont indiqué que leur priorité en tant qu'ergothérapeutes était de fournir des **stratégies adaptées** pour mieux gérer le quotidien. Ce point rejoint directement les recommandations de la littérature, où la structuration des routines et l'adaptation des tâches familiales sont considérées comme des éléments essentiels dans la réduction du stress parental. De plus, **77%** des parents interrogés ont mentionné que l'intervention permettait de **suivre les progrès de leur enfant**, ce qui est crucial pour ajuster les attentes et renforcer leur sentiment de compétence, un autre aspect mis en avant dans les études existantes. Enfin, **49%** des parents ont indiqué que l'amélioration de la **relation parent-enfant** faisait partie des objectifs de l'intervention ergothérapique, ce qui s'inscrit parfaitement dans l'idée que les ergothérapeutes aident à créer des espaces de communication et d'écoute, réduisant ainsi l'isolement et la culpabilité des parents.

Ainsi, les résultats de notre enquête, en cohérence avec les sources bibliographiques, renforcent l'idée que l'ergothérapie joue un rôle essentiel dans la réduction de l'épuisement parental chez les parents d'enfants atteints de TDAH.

Pour vérifier notre deuxième hypothèse, nous allons, une nouvelle fois, confronter la littérature scientifique aux résultats de l'étude. L'hypothèse était : « L'intervention des ergothérapeutes auprès des parents d'enfants atteints de TDAH réduit l'épuisement parental en favorisant un équilibre occupationnel, grâce à une meilleure gestion des routines familiales et une répartition claire des rôles ».

88% des répondants considèrent la **relation de confiance** comme fondamentale. La littérature sur la pratique ergothérapique pédiatrique confirme que l'alliance thérapeutique est un élément clé pour obtenir des résultats positifs. Un partenariat efficace nécessite en effet une relation « établie sur la confiance réciproque », où ergothérapeute et parent définissent ensemble les rôles et objectifs (Wesley & Buysse, 2001). Cette confiance mutuelle permet d'ouvrir un dialogue honnête sur les difficultés rencontrées et d'ajuster continuellement l'accompagnement. En somme, la mise en place d'un climat de confiance et de respect renforce l'engagement des parents dans le processus thérapeutique, ce qui contribue à diminuer leur sentiment d'isolement et d'impuissance.

Les résultats du questionnaire révèlent que près de la moitié des interventions ergothérapiques visent à améliorer la relation parent-enfant (**49%**), soulignant l'importance accordée au volet relationnel. Cela s'inscrit dans une approche centrée sur la famille et la collaboration parent-thérapeute décrite par Hanna et Rodger, qui recommande d'impliquer activement les parents dans le suivi de l'enfant (Hanna & Rodger, 2002a). En parallèle, **30%** des ergothérapeutes notent un **manque de temps parental** important et **55% un déséquilibre entre leurs responsabilités et leurs besoins personnels**. Ces constats rejoignent les modèles théoriques récents de l'épuisement parental, où la surcharge de demandes non compensée par des ressources adéquates mène à la fatigue extrême et au désinvestissement (Mikolajczak et al., 2019b). Seuls **18%** des ergothérapeutes disent travailler spécifiquement la gestion de l'épuisement parental.

Par ailleurs, la notion « d'équilibre occupationnel », un concept central en ergothérapie, apparaît directement concernée. L'absence de temps pour soi et la focalisation excessive sur la prise en charge de l'enfant, rapportées par les répondants, entraînent une restriction des occupations « d'accomplissement » et de « plaisir » indispensables au bien-être de l'adulte. La littérature suggère que maintenir ou améliorer l'équilibre occupationnel des aidants a des effets positifs sur leur santé et leur bien-être. Par exemple, Röschel et al. ont établi un lien entre l'équilibre occupationnel des parents et la santé et le bien-être de l'enfant (Roschel et al., 2021). Cette symbiose suggère que les stratégies ergothérapiques visant à rétablir un rythme vie personnelle / vie familiale équilibré peuvent bénéficier à la dynamique familiale globale (Molénat, 2013b). L'ergothérapie, en tant que discipline de l'occupation, est donc bien placée pour proposer des aménagements du temps, des priorisations d'activités significatives et des moments de répit (Hanna & Rodger, 2002b).

Concernant les outils utilisés pour diminuer l'épuisement parental, **44%** des ergothérapeutes utilisent des programmes structurés comme la **guidance Barkley** et l'**approche Cog-Fun**.

La guidance Barkley, programme d'entraînement aux habiletés parentales, renforce les compétences éducatives, réduit le stress et améliore les interactions familiales (Hauth-Charlier, 2009). Une étude souligne que ce volet est essentiel pour réduire la détresse parentale et améliorer la relation parent-enfant (*Programme d'entraînement aux habiletés parentales de Barkley*, 2013).

L'approche Cog-Fun, quant à elle, enseigne des stratégies exécutives au jeune à travers des activités en binôme avec le parent, et améliore la performance de l'enfant ainsi que la perception familiale (Camille, 2022) (Hahn-Markowitz et al., 2020).

Ces programmes offrent aux parents des outils concrets pour gérer les comportements et structurer les routines, contribuant ainsi à restaurer un équilibre occupationnel plus satisfaisant (Roskam, Brianda, et al., 2018).

Enfin, le fait que **68%** des ergothérapeutes **orientent vers d'autres professionnels** traduit la reconnaissance d'un travail en réseau (psychologues, médecins, associations) pour soutenir les parents. Dans ce cadre, l'intervention spécifique de l'ergothérapeute enrichit le suivi global : en centrant l'accompagnement sur les activités quotidiennes et le bien-être du parent, elle agit sur des leviers complémentaires (gestion du temps, hygiène de vie, rythmes de repos, activités de plaisir) qui, selon la théorie de l'équilibre occupationnel, sont essentiels à la santé du parent et, corrélativement, à celle de l'enfant (Mikolajczak et al., 2018c).

Ainsi, en contribuant à rétablir un équilibre occupationnel par l'instauration de routines structurées et une répartition claire des rôles au sein de la famille, les ergothérapeutes participent à la diminution de l'épuisement parental chez les parents d'enfants atteints de TDAH.

3. Les limites de l'étude

Comme toute recherche, ce travail comporte plusieurs limites qu'il est important de souligner afin de nuancer l'interprétation des résultats obtenus.

La première limite majeure réside dans la **conception du questionnaire** utilisé pour collecter les données. Le choix d'avoir recours principalement à des **questions fermées** a permis de dégager des tendances générales sur la pratique des ergothérapeutes concernant l'accompagnement des parents. Toutefois, ce type de questions ne permet pas de **saisir la complexité et la richesse des pratiques professionnelles**. Des questions ouvertes ou semi-ouvertes auraient pu apporter un éclairage plus nuancé, notamment sur les stratégies d'accompagnement mises en place, les obstacles rencontrés ou les ressources mobilisées. Par ailleurs, la **formulation de certaines questions** a pu orienter les réponses ou limiter la compréhension de certaines notions, ce qui représente un biais potentiel.

Une autre limite importante concerne le **taux de participation**. Sur les 284 personnes ayant reçu le questionnaire, seules **59 ont répondu**, ce qui représente un taux de réponse d'environ **20,8%**. Ce pourcentage relativement faible ne permet pas de considérer l'échantillon comme **représentatif de l'ensemble des ergothérapeutes exerçant en France**. Ce faible taux de participation limite donc la **généralisation des résultats**, et invite à la prudence quant à leur fiabilité et leur interprétation.

Enfin, le questionnaire a été **exclusivement adressé à des ergothérapeutes**, alors que l'accompagnement des parents d'enfants en situation de handicap est une **démarche pluridisciplinaire**. Psychologues, éducateurs spécialisés, orthophonistes, assistants sociaux ou encore psychomotriciens sont également impliqués dans cet accompagnement. Cette

absence de regard croisé constitue une limite importante, car elle restreint la portée des résultats à la seule vision ergothérapique, sans prendre en compte les complémentarités ou les divergences entre professions.

Ces éléments de réflexion invitent donc à considérer cette étude comme une première exploration, nécessitant d'être **approfondie et élargie** à d'autres professionnels, avec des outils méthodologiques plus diversifiés, pour mieux comprendre les enjeux de l'accompagnement parental dans un contexte interdisciplinaire.

4. Perspectives

Pour approfondir ce travail, plusieurs pistes pourraient être envisagées. Tout d'abord, élargir l'échantillon à un plus grand nombre d'ergothérapeutes exerçant en cabinet, en milieu hospitalier ou scolaire, et formés à des approches variées, permettrait d'explorer l'influence de la formation et de l'expérience professionnelle sur les modalités d'accompagnement.

Ensuite, des entretiens avec des parents offriraient un éclairage qualitatif précieux sur les freins et les leviers à l'instauration des routines et à l'équilibre occupationnel au sein de la famille.

Si l'ergothérapie permet de réduire l'épuisement parental, il serait intéressant d'explorer l'impact de cette amélioration sur le comportement des enfants. Cela ouvrirait la voie à une approche plus systémique de l'accompagnement familial.

Enfin, il serait pertinent de comparer les différentes approches et outils utilisés (guidance Barkley, Cog-Fun, accompagnement non structuré, etc.) afin d'identifier ceux qui présentent les résultats les plus significatifs en termes de réduction de l'épuisement parental et d'amélioration de la dynamique familiale.

Conclusion

Ce mémoire avait pour objectif d'analyser comment les ergothérapeutes accompagnent les parents d'enfants TDAH afin de réduire leur stress et de promouvoir l'équilibre occupationnel familial. À partir d'un questionnaire diffusé auprès d'ergothérapeutes travaillant avec des enfants TDAH, nous avons constaté qu'une large majorité d'entre eux a observé chez les parents des signes d'épuisement, qu'ils attribuent en partie à un déséquilibre occupationnel. Ces professionnels estiment clairement jouer un rôle clé dans la diminution de cette fatigue parentale, notamment par la mise en place de routines structurées, d'outils visuels et d'un suivi régulier.

Nous avons également relevé que, si des méthodes permettent de repérer l'épuisement parental (échelles de burnout parental, entretiens semi-directifs...), ces outils restent encore peu connus et peu utilisés en pratique courante. Près de la moitié des ergothérapeutes interrogés se déclarent en manque de ressources spécifiques pour évaluer et prendre en charge cet épuisement.

Si les ergothérapeutes peuvent jouer un rôle clé dans sa prévention, ce rôle reste encore peu exploré. Faute de formation ciblée et d'outils adaptés, ils disposent encore de peu de moyens concrets pour accompagner efficacement ces parents. **Comment former et outiller davantage les ergothérapeutes pour qu'ils puissent repérer, évaluer et accompagner efficacement l'épuisement parental dans leur pratique quotidienne ?**

En définitive, ce travail m'a offert une immersion précieuse dans la recherche en ergothérapie, en confrontant la littérature aux réalités du terrain. Il confirme l'importance d'une approche holistique, centrée à la fois sur l'enfant TDAH et sur ses parents, et appelle à la création et à la diffusion d'outils mieux adaptés pour soutenir durablement le bien-être familial.

Références bibliographiques

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment : A psychological study of the strange situation* (Classic edition). Routledge, Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9780203758045>
- Alrahili, N. (2023). Burnout and anxiety among parents of children with neurodevelopmental disorders : A cross-sectional study in Saudi Arabia. *Middle East Current Psychiatry*, 30(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00331-3>
- AOTA. (2020). Occupational Therapy Practice Framework : Domain and Process—Fourth Edition. *The American Journal of Occupational Therapy*, 74(Supplement_2), 7412410010p1-7412410010p87. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- Assurance Maladie. (2025a). *TDAH : Symptômes, diagnostic et évolution*. <https://www.ameli.fr/haute-vienne/assure/sante/themes/trouble-deficit-attention-hyperactivite-tdah/symptomes-diagnostic-evolution>
- Assurance Maladie. (2025b). *TDAH : Symptômes, diagnostic et évolution*. <https://www.ameli.fr/haute-vienne/assure/sante/themes/trouble-deficit-attention-hyperactivite-tdah/symptomes-diagnostic-evolution>
- Assurance Maladie. (2025c). *Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité de l'enfant (TDAH)*. <https://www.ameli.fr/haute-vienne/assure/sante/themes/trouble-deficit-attention-hyperactivite-tdah/comprendre-tdah>
- Backman, C. L. (2004). Occupational Balance : Exploring the Relationships among Daily Occupations and Their Influence on Well-Being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 202-209. <https://doi.org/10.1177/000841740407100404>
- Bai, G., Wang, Y., Yang, L., & Niu, W. (2015). Effectiveness of a focused, brief psychoeducation program for parents of ADHD children : Improvement of medication adherence and symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 2721-2735. <https://doi.org/10.2147/NDT.S88625>

- Baker, B. L., Blacher, J., Crnic, K. A., & Edelbrock, C. (2002). Behavior Problems and Parenting Stress in Families of Three-Year-Old Children With and Without Developmental Delays. *American Journal on Mental Retardation*, 107(6), 433. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2002\)107<0433:BPAPSI>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2002)107<0433:BPAPSI>2.0.CO;2)
- Banaschewski, T., Becker, K., Döpfner, M., Holtmann, M., Rösler, M., & Romanos, M. (2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(9), 149-159. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0149>
- Barkley, R. A. (Éd.). (2015). Attention-deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment, 4th ed. *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment, 4th ed.*
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907. <https://doi.org/10.2307/1126611>
- Bayot, M., Brianda, M. E., van der Straten, N., Mikolajczak, M., Shankland, R., & Roskam, I. (2024). Treating Parental Burnout : Impact and Particularities of a Mindfulness- and Compassion-Based Approach. *Children*, 11(2), Article 2. <https://doi.org/10.3390/children11020168>
- Beaulieu, M.-C., Normandeau, S., & Robaey, P. (2014). Les cognitions sociales des parents d'enfants TDA/H comme prédicteur des pratiques parentales après une intervention. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 46(2), 147-161. <https://doi.org/10.1037/a0030176>
- Bédard, M., Molloy, D. W., Squire, L., Lever, J. A., & O'Donnell, M. (2001). *The Zarit Burden Interview : A New Short Version and Screening Version.*
- Bélanger, S. A., Andrews, D., Gray, C., & Korczak, D. (2018). Le TDAH chez les enfants et les adolescents, partie 1 : L'étiologie, le diagnostic et la comorbidité. *Paediatrics & Child Health*, 23(7), 454-461. <https://doi.org/10.1093/pch/pxy110>

- Bjorklund, D., Younger, J., & Pellegrini, A. (2002). *The evolution of parenting and evolutionary approaches to childrearing*.
- Boissel, A. (2008). Parentalité et handicap. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 73(3), 63-70. <https://doi.org/10.3917/lett.073.0063>
- Bronfenbrenner, U. (avec Cole, M.). (2009). *The Ecology of Human Development : Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press.
<https://doi.org/10.4159/9780674028845>
- Brown, T. E. (2006). Executive Functions and Attention Deficit Hyperactivity Disorder : Implications of two conflicting views. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53(1), 35-46. <https://doi.org/10.1080/10349120500510024>
- Caci, H. (2023). 7. Épidémiologie. In *Aide-mémoire—TDA/H* (p. 44-49). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.bange.2023.01.0044>
- CAMH. (2025). *Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)*.
<https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/trouble-deficitaire-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite>
- Camille, D. (2022). *L intervention de l ergotherapeute en ecole primaire ordinaire pour les enfants atteints de TDA H contribue t elle a ameliorer leur participation sociale Interets et obstacles a la mise en place de therapies incluant les camarades de classe*. 90.
- Casper, C., Klemming, S., Westrup, B., & Kuhn, P. (2016). Les soins centrés sur l'enfant et sa famille et le modèle du couplet care scandinave : Un modèle applicable à la France ? *Revue de Médecine Périnatale*, 8(3), 159-163.
<https://doi.org/10.1007/s12611-016-0377-5>
- Castets, J. (2023). *Évaluation de l'acceptabilité de l'échelle PBA (Parental Burn-out Assessment), échelle de dépistage du burn-out parental, en pratique courante par les médecins généralistes en Franche-Comté*.

Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Kipp, H. L., Baumann, B. L., & Lee, S. S.

(2003). Psychopathology and Substance Abuse in Parents of Young Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1424-1432. <https://doi.org/10.1097/00004583-200312000-00009>

CIM-10. (s. d.).

Critz, C., Blake, K., & Nogueira, E. (2015). Sensory Processing Challenges in Children. *The Journal for Nurse Practitioners*, 11(7), 710-716.
<https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2015.04.016>

Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (avec American psychiatric association). (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd). Elsevier Masson.

Da Fonseca, D. (2015). TDAH : Les spécificités cliniques chez l'adulte, les pièges diagnostiques. *European Psychiatry*, 30(S2), S28-S28.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.084>

Dabrowska, A., & Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(3), 266-280. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01258.x>

Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context : An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.3.487>

Den Heijer, A. E., Groen, Y., Tucha, L., Fuermaier, A. B. M., Koerts, J., Lange, K. W., Thome, J., & Tucha, O. (2017). Sweat it out? The effects of physical exercise on cognition and behavior in children and adults with ADHD: a systematic literature review. *Journal of Neural Transmission*, 124(S1), 3-26.
<https://doi.org/10.1007/s00702-016-1593-7>

- Dupaul, G. J., Mcgoey, K. E., Eckert, T. L., & Vanbrakle, J. (2001). Preschool Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder : Impairments in Behavioral, Social, and School Functioning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(5), 508-515. <https://doi.org/10.1097/00004583-200105000-00009>
- Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B. C. (2009a). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 129-140. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.11.001>
- Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B. C. (2009b). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 129-140. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.11.001>
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., & Sklar, P. (2005). Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1313-1323. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.11.024>
- Gmmash, A. S., Effgen, S. K., Skubik-Peplaski, C., & Lane, J. D. (2021). Parental Adherence to Home Activities in Early Intervention for Young Children With Delayed Motor Development. *Physical Therapy*, 101(4), pzab023. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab023>
- Gourbail, L. (2024). *Trouble du neurodéveloppement/ TDAH : Diagnostic et interventions thérapeutiques auprès des enfants et adolescents*.
- Guillier, E. (2022). Quand la parentalité devient une souffrance : Comprendre la puissance du burn out parental. *Contraste*, 56(2), 53-70. <https://doi.org/10.3917/cont.056.0053>
- Hachani, M., & Mohammed-Seid, S. (2023). *Ressentis et vécu des parents d'enfants TDAH dans le cadre du parcours de soin*.

- Hahn-Markowitz, J., Berger, I., Manor, I., & Maeir, A. (2020). Efficacy of Cognitive-Functional (Cog-Fun) Occupational Therapy Intervention Among Children With ADHD : An RCT. *Journal of Attention Disorders*, 24(5), 655-666.
<https://doi.org/10.1177/1087054716666955>
- Haine-Schlagel, R., & Walsh, N. E. (2015). A Review of Parent Participation Engagement in Child and Family Mental Health Treatment. *Clinical child and family psychology review*, 18(2), 133-150. <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0182-x>
- Hanna, K., & Rodger, S. (2002a). Towards family-centred practice in paediatric occupational therapy : A review of the literature on parent–therapist collaboration. *Australian Occupational Therapy Journal*, 49(1), 14-24. <https://doi.org/10.1046/j.0045-0766.2001.00273.x>
- Hanna, K., & Rodger, S. (2002b). Towards family-centred practice in paediatric occupational therapy : A review of the literature on parent–therapist collaboration. *Australian Occupational Therapy Journal*, 49(1), 14-24. <https://doi.org/10.1046/j.0045-0766.2001.00273.x>
- HAS. (2025). Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : Repérer la souffrance, accompagner l'enfant et la famille - questions / réponses. *Haute Autorité de Santé*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2025618/fr/trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite-tdah-reperer-la-souffrance-accompagner-l-enfant-et-la-famille-questions-/-reponses
- Hauth-Charlier, S. (2009). Évaluation du Programme d'entraînement aux habiletés parentales de Barkley pour les parents d'enfant ayant un TDA/H issus d'une population française. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 19(4), 163-166. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2009.10.007>

Hoang, T. N. P. (2015). *Parenting stress in families of children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder : How demographics and social support influence parenting stress : A study from Vietnam.*

Ianni, L., Mazer, B., Thomas, A., & Snider, L. (2021). The Role of Occupational Therapy with Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) : A Canadian National Survey. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 14(2), 162-183. <https://doi.org/10.1080/19411243.2020.1822259>

Indice de stress parental. (s. d.). Consulté 23 janvier 2025, à l'adresse <https://uqo.ca/sites/default/files/6291bde3ac974d40be0b6b3c1cdd5346b21f65f4isp-4-indice-de-stress-parental.pdf>

Individualisation : Perspectives des ergothérapeutes sur les soins complexes centrés sur la famille et la participation de la famille. (2021). <https://doi.org/10.3928/24761222-20200811-03>

Inserm. (2022). Minute d'attention – C'est quoi le TDAH ? · Inserm, La science pour la santé. *Inserm.* <https://www.inserm.fr/c-est-quoi/minute-dattention-cest-quoi-le-tdah/>

Karen Markussen, L. (2003). *Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors : Review of the current evidence.* <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1028>

Klingberg, T., & Forssberg, H. (2002). *Computerized Training of Working Memory in Children With ADHD-A Randomized, Controlled Trial.* https://core.ac.uk/reader/192377121?utm_source=linkout

Lane, S. J., Reynolds, S., & Thacker, L. (2010). Sensory Over-Responsivity and ADHD : Differentiating Using Electrodermal Responses, Cortisol, and Anxiety. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 4, 8. <https://doi.org/10.3389/fnint.2010.00008>

- Larson, K., Russ, S. A., Kahn, R. S., & Halfon, N. (2011). Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics*, 127(3), 462-470. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-0165>
- Le Vigouroux, S., Bernat, K., & Charbonnier, E. (2023). Risk Factors and Consequences of Parental Burnout : Role of Early Maladaptive Schemas and Emotion-Focused Coping. *Trends in Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s43076-023-00288-6>
- Leitch, S., Sciberras, E., Post, B., Gerner, B., Rinehart, N., Nicholson, J. M., & Evans, S. (2019). Experience of stress in parents of children with ADHD : A qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 14(1), 1690091. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1690091>
- Malaterre, J., Gargiulo, M., & Frischmann, M. (2022). La surcharge et moi : Quand la charge devient surcharge: *Contraste*, N° 56(2), 241-253. <https://doi.org/10.3917/cont.056.0241>
- MG France. (2016). *L'aidant naturel : Un partenaire à part entière dans l'acte de soins*. - MG France. https://www.mgfrance.org/actualites/publication/l-aidant-naturel-un-partenaire-a-part-entiere-dans-l-acte-de-soins?utm_source=chatgpt.com
- Mikolajczak, M., Brianda, M. E., Avalosse, H., & Roskam, I. (2018a). Consequences of parental burnout : Its specific effect on child neglect and violence. *Child Abuse & Neglect*, 80, 134-145. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.025>
- Mikolajczak, M., Brianda, M. E., Avalosse, H., & Roskam, I. (2018b). Consequences of parental burnout : Its specific effect on child neglect and violence. *Child Abuse & Neglect*, 80, 134-145. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.025>
- Mikolajczak, M., Brianda, M. E., Avalosse, H., & Roskam, I. (2018c). Consequences of parental burnout : Its specific effect on child neglect and violence. *Child Abuse & Neglect*, 80, 134-145. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.025>

- Mikolajczak, M., Gross, J. J., & Roskam, I. (2019a). Parental Burnout : What Is It, and Why Does It Matter? *Clinical Psychological Science*, 7(6), 1319-1329.
<https://doi.org/10.1177/2167702619858430>
- Mikolajczak, M., Gross, J. J., & Roskam, I. (2019b). Parental Burnout : What Is It, and Why Does It Matter? *Clinical Psychological Science*, 7(6), 1319-1329.
<https://doi.org/10.1177/2167702619858430>
- Molénat, F. (2013a). La qualité des liens entre parents et professionnels : Clé d'un accompagnement adéquat de l'enfant dans son développement ? *Contraste*, 37(1), 185-207. <https://doi.org/10.3917/cont.037.0185>
- Molénat, F. (2013b). La qualité des liens entre parents et professionnels : Clé d'un accompagnement adéquat de l'enfant dans son développement ? *Contraste*, N° 37(1), 185-207. <https://doi.org/10.3917/cont.037.0185>
- Morel-Bracq, M.-C., Castelein, P., & Caire, J.-M. (2017). Chapitre 1. Modèles généraux interprofessionnels. In *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (p. 13-50). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.morel.2017.01.0013>
- Muñoz-Silva, A., Lago-Urbano, R., Sanchez-Garcia, M., & Carmona-Márquez, J. (2017a). Child/Adolescent's ADHD and Parenting Stress : The Mediating Role of Family Impact and Conduct Problems. *Frontiers in Psychology*, 8, 2252.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02252>
- Muñoz-Silva, A., Lago-Urbano, R., Sanchez-Garcia, M., & Carmona-Márquez, J. (2017b). Child/Adolescent's ADHD and Parenting Stress : The Mediating Role of Family Impact and Conduct Problems. *Frontiers in Psychology*, 8, 2252.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02252>
- Newport Academy. (2025). Identifying Signs and Symptoms of Parental Burnout. *Newport Academy*. <https://www.newportacademy.com/resources/restoring-families/parental-burnout/>

- Nigg, J. T. (2016). Attention and Impulsivity. In *Developmental Psychopathology* (p. 1-56). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781119125556.devpsy314>
- Orlando Health. (2025). *Does Your Child Have a Mental Health Disorder? Preventing Parental Burnout*. https://www.orlandohealth.com/content-hub/does-your-child-have-a-mental-health-disorder-preventing-parental-burnout?utm_source=chatgpt.com
- Pallavi Abdi & Subodh Kumar. (2020). Effects of Parental Support Group on Perceived Stress and Self-Esteem among Parents of Children with Special Needs. *International Journal of Indian Psychology*, 11(3). <https://doi.org/10.25215/1004.031>
- Parigny, L., Bioulac, S., & Carton, L. (2024). La gestion pharmacologique du traitement du TDAH. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2024.08.026>
- Programme d'entraînement aux habiletés parentales de Barkley*. (2013, février 16). HyperSupers - TDAH France. <https://www.tdah-france.fr/Programme-d-entrainement-aux-habiletés-parentales-de-Barkley.html>
- Roschel, H., Gualano, B., Ostojic, S. M., & Rawson, E. S. (2021). Creatine Supplementation and Brain Health. *Nutrients*, 13(2), 586. <https://doi.org/10.3390/nu13020586>
- Rosenbaum, P., King, S., Law, M., King, G., & Evans, J. (2009). Family-centred service : A conceptual framework and research review. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 18(1), 1-20. https://doi.org/10.1300/J006v18n01_01
- Roskam, I., Brianda, M.-E., & Mikolajczak, M. (2018). A Step Forward in the Conceptualization and Measurement of Parental Burnout : The Parental Burnout Assessment (PBA). *Frontiers in Psychology*, 9, 758. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00758>
- Roskam, I., Raes, M.-E., Hubert, S., & Mikolajczak, M. (2018). Chapitre 3. Diagnostiquer le burn-out parental : Le Parental Burn-out Inventory et le Parental Burn-out

- Assessment. In *Le burn-out parental* (p. 49-62). De Boeck Supérieur.
<https://doi.org/10.3917/dbu.roska.2017.01.0049>
- Safren, S. A., Otto, M. W., Sprich, S., Winett, C. L., Wilens, T. E., & Biederman, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43(7), 831-842.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.07.001>
- Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D., & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : Son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 19(2), 151-188. <https://doi.org/10.3917/dev.072.0151>
- Theule, J., Wiener, J., Rogers, M. A., & Marton, I. (2011). Predicting Parenting Stress in Families of Children with ADHD : Parent and Contextual Factors. *Journal of Child and Family Studies*, 20(5), 640-647. <https://doi.org/10.1007/s10826-010-9439-7>
- Troubles associés*. (2021, octobre 30). HyperSupers - TDAH France - Votre déficit d'attention, votre hyperactivité, méritent notre attention. <https://www.tdah-france.fr/-Troubles-associes-.html>
- Ung, Y. (2019). *Le concept d'équilibre occupationnel*.
- Urbanowicz, A. M., Shankland, R., Rance, J., Bennett, P., & Gauchet, A. (2023). *Informal mindfulness practices : A new approach to the prevention and treatment of parental burnout*. In Review. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3006235/v1>
- Van Ee, E., Kleber, R. J., & Jongmans, M. J. (2016). Relational Patterns Between Caregivers With PTSD and Their Nonexposed Children : A Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(2), 186-203. <https://doi.org/10.1177/1524838015584355>
- Vigo, S., & Franc, N. (2012). Le Trouble Déficit d'Attention/Hyperactivité (TDAH). Symptômes et diagnostic. *Parentalités*, 47-63.

- Wagman, P., Håkansson, C., & Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy : A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(4), 322-327. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.596219>
- Wesley, P. W., & Buysse, V. (2001). Communities of Practice : Expanding Professional Roles to Promote Reflection and Shared Inquiry. *Topics in Early Childhood Special Education*, 21(2), 114-123. <https://doi.org/10.1177/027112140102100205>
- Wilkes-Gillan, S., Bundy, A., Cordier, R., Lincoln, M., & Chen, Y.-W. (2016). A Randomised Controlled Trial of a Play-Based Intervention to Improve the Social Play Skills of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *PLoS ONE*, 11(8), e0160558. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160558>
- Williams, M. E., Carson, M. C., Zamora, I., Harley, E. K., & Lakatos, P. P. (2014). Child-Parent Psychotherapy in the Context of the Developmental Disability and Medical Service Systems. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 10(3), 212-226. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v10i3.1871>
- Yu, Y., Manku, M., & Backman, C. L. (2018). Measuring occupational balance and its relationship to perceived stress and health : Mesurer l'équilibre occupationnel et sa relation avec le stress perçus et la santé. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 85(2), 117-127. <https://doi.org/10.1177/0008417417734355>

Annexes

Annexe I. Grille de ZARIT, Echelle de pénibilité ou d'évaluation du fardeau.....	49
Annexe II. Echelle PBA (Parental Burn-out Assessment)	51
Annexe III. OBQ : Questionnaire de l'équilibre occupationnel	52
Annexe IV. Outil méthodologique de l'étude : Questionnaire	54

Annexe I. Grille de ZARIT, Echelle de pénibilité ou d'évaluation du fardeau

Grille de ZARIT©Echelle de pénibilité ou d'évaluation du fardeau

Le questionnaire suivant présente une liste d'affirmations caractérisant l'état habituel des gens qui ont la charge quotidienne de quelqu'un d'autre.

La grille permet une évaluation de cette charge pouvant aller de léger à modéré jusqu'à sévère. Après chaque affirmation, l'aidant indique s'il ressent cet état :

- 0 = jamais
- 1 = rarement
- 2 = parfois
- 3 = assez souvent
- 4 = presque tout le temps

A quelle fréquence vous arrive-t-il de...	Jamais	Rarement	Quelques fois	Assez souvent	Presque toujours
	0	1	2	3	4
1. Sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?					
2. Sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous ?					
3. Vous sentir tiraillé entre les besoins à votre parent et vos autres responsabilités familiales ou professionnelles ?					
4. Vous sentir embarrassé par le(s) comportement(s) de votre parent ?					
5. Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent ?					
6. Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ?					
7. Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent ?					
8. Sentir que votre parent est dépendant de vous ?					
9. Vous sentir tendu en présence de votre parent ?					
10. Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ?					
11. Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent ?					
12. Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent ?					
13. Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent ?					
14. Sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il puisse compter ?					
15. Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent encore longtemps compte tenu de vos dépenses ?					
16. Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps ?					
17. Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent ?					
18. Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre ?					
19. Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent ?					

20. Sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent?					
21. Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent?					
22. En fin de compte, vous arrive-t-il de sentir que les soins à votre parent sont une charge, un fardeau?					
Sous-totaux					
TOTAL (addition de chaque sous-total, à reporter en page 4)					

Résultats :

Score < 20 : "fardeau" léger

21 < score < 40 : "fardeau" léger à modéré

41 < score < 60 : "fardeau" modéré à sévère

61 < score < 88 : "fardeau" sévère

Annexe II. Echelle PBA (Parental Burn-out Assessment)

	Jamais	Quelques fois par an ou moins	Une fois par mois ou moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
Je suis tellement fatigué(e) par mon rôle de parent que j'ai l'impression que dormir ne suffit pas	0	1	2	3	4	5	6
J'ai le sentiment de ne plus me reconnaître en tant que papa/maman	0	1	2	3	4	5	6
J'ai le sentiment d'être à bout de force à cause de mon rôle de parent	0	1	2	3	4	5	6
J'ai zéro énergie pour gérer mes enfants	0	1	2	3	4	5	6
Je pense que je ne suis plus le bon père/la bonne mère que j'ai été pour mes enfants	0	1	2	3	4	5	6
Je n'en peux plus d'être parent	0	1	2	3	4	5	6
En tant que parent, j'ai un sentiment de trop, « trop plein »	0	1	2	3	4	5	6
J'ai parfois l'impression de m'occuper de mes enfants en pilote automatique	0	1	2	3	4	5	6
J'ai le sentiment que je n'en peux vraiment plus en tant que parent	0	1	2	3	4	5	6
Quand je me lève le matin et que j'ai à faire face à une autre journée avec mes enfants, je me sens épuisé(e) d'avance	0	1	2	3	4	5	6
Je ne ressens pas de plaisir à être avec mes enfants	0	1	2	3	4	5	6
Je me sens saturé(e) en tant que parent	0	1	2	3	4	5	6
Je me dis que je ne suis plus le parent que j'ai été	0	1	2	3	4	5	6
Je fais juste ce qu'il faut pour mes enfants mais pas plus	0	1	2	3	4	5	6
Mon rôle de parent épuise toutes mes ressources	0	1	2	3	4	5	6
Je ne supporte plus mon rôle de père/mère	0	1	2	3	4	5	6
J'ai honte du parent que je suis devenu	0	1	2	3	4	5	6
Je ne suis plus fier(e) de moi en tant que parent	0	1	2	3	4	5	6
J'ai l'impression que je ne suis plus moi-même quand j'interagis avec mes enfants	0	1	2	3	4	5	6
Je n'arrive plus à montrer à mes enfants combien je les aime	0	1	2	3	4	5	6
Penser à tout ce que je dois faire pour mes enfants m'épuise	0	1	2	3	4	5	6
J'ai l'impression qu'en dehors des routines (trajets, coucher, repas), je n'arrive plus à m'investir auprès de mes enfants	0	1	2	3	4	5	6
Dans mon rôle de parent, je suis en mode survie	0	1	2	3	4	5	6

Annexe III. OBQ : Questionnaire de l'équilibre occupationnel

OBQ : Questionnaire de l'équilibre occupationnel

© Nadine Larivière et Martine Bertrand

© Carita Håkansson and Petra Wagman

Code du participant : _____ Date : _____

Ce questionnaire porte sur l'équilibre occupationnel, se définissant par l'équilibre que vous maintenez entre les diverses activités de votre quotidien (par exemple : travail, loisirs, soins personnels, entretien du domicile, etc).

Cochez la case correspondant le mieux à votre situation actuelle.

1. Lorsque je pense à une semaine habituelle de ma vie, je considère que j'ai suffisamment d'activités à faire.

☐

Fortement en désaccord

☐

En désaccord

☐

En accord

☐

Fortement en accord

2. Il y a un équilibre entre ce que je fais pour moi et ce que je fais pour les autres.

☐

Fortement en désaccord

☐

En désaccord

☐

En accord

☐

Fortement en accord

3. Mes activités quotidiennes sont significantes pour moi (ont du sens).

☐

Fortement en désaccord

☐

En désaccord

☐

En accord

☐

Fortement en accord

4. Je m'assure de faire des activités que je veux vraiment faire.

☐

Fortement en désaccord

☐

En désaccord

☐

En accord

☐

Fortement en accord

5. J'équilibre les différents types d'activités dans ma vie quotidienne, par exemple, le travail, les tâches ménagères, les loisirs, la détente et le sommeil.

☐

Fortement en désaccord

☐

En désaccord

☐

En accord

☐

Fortement en accord

6. Je varie suffisamment entre les activités que je fais seul (e) et celles que je fais avec d'autres personnes.

☐☐☐☐

Fortement en désaccord

En désaccord

En accord

Fortement en accord

7. J'ai suffisamment de temps pour réaliser ce que je dois faire.

☐☐☐☐

Fortement en désaccord

En désaccord

En accord

Fortement en accord

8. Il y a un équilibre entre mes activités physiques, sociales, intellectuelles et reposantes.

☐☐☐☐

Fortement en désaccord

En désaccord

En accord

Fortement en accord

9. Je suis satisfait(e) de la quantité de temps que je consacre à mes différentes activités quotidiennes.

☐☐☐☐

Fortement en désaccord

En désaccord

En accord

Fortement en accord

10. Lorsque je pense à une semaine habituelle de ma vie, je suis satisfait(e) du nombre d'activités auxquelles je participe.

☐☐☐☐

Fortement en désaccord

En désaccord

En accord

Fortement en accord

11. Je varie suffisamment entre les activités que je dois faire et celles que je veux faire.

☐☐☐☐

Fortement en désaccord

En désaccord

En accord

Fortement en accord

12. Il y a un équilibre entre les activités qui me donnent de l'énergie et celles qui me demandent de l'énergie.

☐☐☐☐

Fortement en désaccord

En désaccord

En accord

Fortement en accord

13. Je suis satisfait(e) de la quantité de temps que je passe à me détendre, à me ressourcer et à dormir.

☐☐☐☐

Fortement en désaccord

En désaccord

En accord

Fortement en accord

Cotation :

Fortement en désaccord = 0

En désaccord = 1

En accord = 2

Fortement en accord et 3

Additionnez les cotes (Max. 39) : _____

Plus les cotes sont élevées, meilleur est votre équilibre occupationnel.

Annexe IV. Outil méthodologique de l'étude : Questionnaire

Comment l'intervention des ergothérapeutes auprès des parents d'enfants atteints de TDAH peut-elle aider à réduire l'épuisement parental ?

Actuellement en troisième année d'ergothérapie à l'Institut Limousin de Formation aux Métiers de la Réadaptation (ILFOMER) à Limoges, je réalise un mémoire de recherche dans le cadre de ma formation.

Mon étude porte sur l'analyse des pratiques professionnelles des ergothérapeutes intervenant auprès de parents d'enfants atteints de TDAH souffrant d'épuisement. L'objectif est de comprendre comment ces interventions peuvent contribuer à réduire la l'épuisement parental.

Ce questionnaire s'adresse aux ergothérapeutes travaillant avec des enfants TDAH dont les parents rencontrent un état d'épuisement.

Vous y trouverez une première partie recueillant des informations générales. Ensuite, les questions seront centrées sur votre pratique professionnelle ainsi que sur l'épuisement parental. Pour finir, nous évoquerons l'équilibre occupationnel ainsi que vos besoins vis-à-vis de ce sujet.

Il est anonyme et nécessite environ 10 à 15 minutes pour être complété. Les réponses apportées seront traitées de manière neutre et fidèle aux propos évoqués.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter à l'adresse suivante : clemence.lascoux@etu.unilim.fr

Merci d'avance pour le temps que vous consacrerez à ce questionnaire.

Clémence LASCOUX

I. Informations générales

1) Êtes-vous :

- Une femme
- Un homme

2) Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'ergothérapeute ?

- Moins de 1 an
- 2 à 5 ans
- 6 à 10 ans
- Plus de 10 ans

3) Dans quelle région exercez-vous ?

4) Dans quel département exercez-vous ?

5) Dans quel type de structure exercez-vous avec des enfants TDAH ? (plusieurs réponses possibles)

- IME
- SESSAD
- CMP / CMPP
- CAMSP
- Cabinet libéral
- Domicile
- Autre (précisez)

6) Dans quel cadre intervenez-vous auprès des enfants avec TDAH ? (plusieurs réponses possibles)

- Séances individuelles
- Séances en groupe
- Accompagnement à domicile
- Accompagnement en milieu scolaire
- Autre (précisez)

7) Quelle proportion de votre patientèle est constituée d'enfants atteints de TDAH ?

- Une minorité de mes patients
- Une part modérée de ma patientèle
- Une grande partie de ma patientèle
- La majorité de mes patients

II. Pratiques professionnelles et interventions

8) À quelle fréquence échangez-vous avec les parents d'enfants TDAH ?

- A chaque séance
- Une fois par mois environ
- De manière occasionnelle
- Jamais

9) Avez-vous observé des signes d'épuisement parental chez les parents d'enfants TDAH ?

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

10) Comment identifiez-vous que des parents d'enfants TDAH sont en situation d'épuisement parental ? (Plusieurs réponses possibles)

- Ils expriment directement leur fatigue et leur détresse
- Ils montrent des signes d'irritabilité ou de frustration accrue
- Ils semblent distants ou désinvestis dans la prise en charge de leur enfant
- Ils signalent des difficultés à gérer le comportement de leur enfant au quotidien
- Ils évoquent un manque de temps pour eux-mêmes ou pour d'autres activités
- Ils présentent des signes physiques de fatigue (cernes, perte d'énergie, plaintes somatiques)
- Ils font état de conflits familiaux ou conjugaux liés à la gestion du TDAH
- Autre (précisez)

11) Comment abordez-vous la question de l'épuisement parental avec les parents ?

- J'attends que les parents évoquent d'eux-mêmes leur épuisement
- J'observe leur comportement et, si je détecte des signes de fatigue, je les interroge à ce sujet
- J'aborde systématiquement la question lors des échanges avec les parents
- Je n'aborde pas ce sujet dans ma pratique
- Autre (précisez)

12) Quels sont les principaux objectifs de vos interventions auprès des parents ? (plusieurs réponses possibles)

- Suivre des progressions de l'enfant
- Soutenir leur compréhension du TDAH
- Leur fournir des stratégies pour le quotidien
- Travailler sur la gestion de l'épuisement parental
- Améliorer la relation parent-enfant
- Autre (précisez)

13) Quels outils ou méthodes utilisez-vous pour accompagner les parents dans leur épuisement ? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|-------------------------------------|---|
| • Des entretiens individuels | • Des supports écrits ou numériques (guides, fiches conseils, applications) |
| • Des questionnaires d'évaluation | • Des mises en situation |
| • Des ateliers ou groupes de parole | • Autre (précisez) |

13) a) Quel(s) questionnaire(s) utilisez-vous ?

14) De quoi parlez-vous le plus souvent avec les parents au sujet de leurs enfant avec TDAH ? (plusieurs réponses possibles)

- Attention et concentration
- Gestion des émotions et du comportement
- Organisation et autonomie
- Adaptations à l'école
- Relations familiales et sociales
- Traitements et interventions
- Rôle des différents professionnels
- Autre (précisez)

15) Avez-vous déjà orienté des parents d'enfants TDAH vers un professionnel de santé au vu de leur épuisement ?

- Oui
- Non

15) a) Si oui, à quelle fréquence avez-vous orienté des parents vers un professionnel de santé ?

- Souvent
- Parfois
- Rarement

15) b) Vers quel(s) professionnel(s) avez-vous orienté ces parents ? (Plusieurs réponses possibles)

- | | |
|-----------------------|--------------|
| • Psychologue | • Psychiatre |
| • Médecin généraliste | • Autres |

16) Avez-vous déjà rencontré un refus d'aide de la part des parents ?

- Oui
- Non

16) a) Si oui, quelles raisons les parents évoquent-ils le plus souvent pour refuser l'aide ? (plusieurs réponses possibles)

- Ils minimisent les difficultés de leur enfant
- Ils ont peur d'une stigmatisation
- Ils ne savent pas vers qui se tourner ou comment s'y prendre
- Ils ont déjà eu une mauvaise expérience avec un professionnel
- Raisons financières ou logistiques (coût, distance, disponibilité)
- Autre (précisez)

III. Évaluation de l'épuisement parental et impacts des interventions

17) Quels signes d'épuisement parental observez-vous le plus souvent ? (plusieurs réponses possibles)

- Fatigue intense
- Irritabilité ou frustration
- Sentiment de perte de contrôle
- Détachement émotionnel vis-à-vis de l'enfant
- Autre (précisez)

18) Avez-vous recours à des outils d'évaluation validés sur l'épuisement parental ?

- Oui
- Non

18) a) Si oui, lesquels ?

19) Selon vous, l'intervention ergothérapique peut-elle réduire l'épuisement parental ?

- Oui, de manière significative
- Oui, partiellement
- Non, cela relève d'autres professionnels
- Je ne sais pas

20) Avez-vous déjà proposé une de ses interventions auprès des parents ?

- Une meilleure gestion des routines familiales
- Une répartition des rôles au sein de la famille
- La création de temps de répit
- Je n'ai jamais proposé une de ses interventions

IV. Équilibre occupationnel des parents

21) Avez-vous déjà abordé la notion d'équilibre occupationnel avec les parents ?

- Non, je ne pense pas que ce soit utile
- Non, mais cela pourrait être pertinent
- Oui, parfois
- Oui, souvent

22) Avez-vous remarqué un déséquilibre entre les responsabilités parentales et les besoins personnels des parents d'enfants TDAH ?

- Oui, très souvent
- Oui, parfois
- Non, rarement
- Non, jamais

23) Avez-vous mis en place des stratégies spécifiques pour aider les parents à retrouver un équilibre dans leur quotidien et ainsi diminuer l'épuisement parental ?

- Oui
- Non

23) a) Si oui, lesquelles ?

V. L'utilisation des modèles conceptuels et systémiques

24) Connaissez-vous des modèles conceptuels en ergothérapie ?

- Oui
- Non

24) a) Si oui, lesquels connaissez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- Modèle canadien de l'occupation (MCA)
- Modèle de la performance humaine (MOHO)
- Modèle Kawa
- Modèle Personne-Environnement-Occupation (PEO)
- Modèle systémique
- Modèle biopsychosocial
- Autre (précisez)

25) Avez-vous déjà entendu parler du modèle systémique ?

- Oui
- Non

25) a) Avez-vous déjà utilisé le modèle systémique dans votre pratique pour diminuer l'épuisement parental ?

- Oui
- Non

VI. Perceptions et besoins des ergothérapeutes

26) Pensez-vous être suffisamment formé(e) pour accompagner les parents d'enfants TDAH ?

- Oui, tout à fait
- Oui, mais je ressens parfois un manque d'outils
- Non, une formation complémentaire serait utile
- Non, je ne me sens pas compétent(e) sur ce sujet

27) Pensez-vous que la relation de confiance avec les parents d'enfants TDAH est un élément essentiel de votre prise en charge ?

- Oui, c'est un aspect fondamental de mon accompagnement
- Oui, mais je ne l'aborde pas toujours de manière systématique
- Non, mais je pense que cela pourrait être bénéfique
- Non, je ne considère pas cela comme une priorité

27) a) Si oui, quelles stratégies mettez-vous en place pour instaurer une relation de confiance avec les parents d'enfants TDAH ? (Plusieurs réponses possibles)

- Je prends le temps d'écouter activement leurs préoccupations sans jugement
- J'explique clairement mon rôle et les objectifs de l'accompagnement
- Je valorise leurs efforts et leurs compétences parentales
- Je propose des échanges réguliers pour assurer un suivi et un soutien continu
- J'adapte mon discours en fonction de leurs besoins et de leur niveau de compréhension
- Je les implique activement dans les décisions concernant l'accompagnement de leur enfant
- Autre (précisez)

28) Quels défis rencontrez-vous dans l'accompagnement des parents ? (plusieurs réponses possibles)

- Manque de temps dans votre pratique
- Difficulté à établir une relation de confiance
- Absence d'information à ce sujet
- Autre (précisez)

29) Selon vous, quels types de ressources ou de formations seraient utiles pour mieux accompagner les parents d'enfants TDAH ?

- Formations spécifiques sur le soutien parental
- Outils concrets d'accompagnement des familles
- Partage d'expériences entre professionnels
- J'ai déjà tous les outils nécessaire
- Autre (précisez)

Remerciements

Je tiens à vous remercier sincèrement d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire. Vos réponses sont précieuses et contribueront grandement à mon mémoire d'ergothérapie.

Votre participation est essentielle, et je vous en suis très reconnaissante. Si vous avez des questions ou souhaitez en savoir plus sur ce sujet, n'hésitez pas à me contacter avec l'adresse mail suivante : clemence.lascoux@etu.unilim.fr

Merci encore pour votre précieuse contribution !

Approches ergothérapeutiques visant à soutenir les parents d'enfants atteints de TDAH face à l'épuisement parental

INTRODUCTION : Présent chez environ 6% des enfants, le TDAH peut fortement affecter les parents et conduire à un épuisement. L'ergothérapeute, par une approche centrée sur l'occupation, peut jouer un rôle de soutien auprès de ces familles.

OBJECTIF : Ce mémoire examine comment les ergothérapeutes peuvent aider à réduire l'épuisement parental chez les parents d'enfants TDAH, en agissant notamment sur l'équilibre occupationnel.

MÉTHODOLOGIE : Une enquête qualitative par questionnaire a été menée auprès de 284 ergothérapeutes. 58 réponses ont été analysées.

RÉSULTATS : 98% des professionnels ont observé de l'épuisement parental. Les interventions portent surtout sur des stratégies du quotidien. Peu utilisent des outils d'évaluation. Un déséquilibre occupationnel est souvent noté. Si 72% des répondants considèrent que l'ergothérapie peut contribuer à réduire l'épuisement parental, seuls 34% déclarent recourir au modèle systémique.

CONCLUSION : L'ergothérapeute a un rôle clé auprès des familles, mais des améliorations sont nécessaires : formation, outils adaptés et approche systémique.

Mots-clés : TDAH, Epuisement parental, Ergothérapie, Equilibre occupationnel, Modèle systémique, Soutien parental, Intervention ergothérapique

Occupational Therapy Approaches to Support Parents of Children with ADHD Facing Parental Burnout

INTRODUCTION : Present in approximately 6% of children, ADHD can strongly affect parents and lead to burnout. Occupational therapists, through an occupation-centered approach, can play a supportive role with these families.

OBJECTIVE : This thesis explores how occupational therapists can help reduce parental burnout in parents of children with ADHD, particularly by promoting occupational balance.

METHOD : A qualitative survey was conducted among 284 occupational therapists. A total of 58 responses were analyzed.

RESULTS : 98% of professionals reported observing parental burnout. Interventions mainly focus on daily strategies. Few use specific assessment tools. Occupational imbalance is frequently observed. While 72% of respondents believe that occupational therapy can help reduce parental burnout, only 34% report using the systemic model.

CONCLUSION : Occupational therapists have a key role to play, but improvements are needed: more training, appropriate tools, and a systemic approach.

Keywords : ADHD, Parental burnout, Occupational therapy, Occupational balance, Systemic model, Parental support, Occupational therapy intervention

