

*UNIVERSITE ABDE RAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCE HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES*

MEMOIR DE FIN DE CYCLE

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

Option : Psychologie clinique

Thème

La prise en charge d'un enfant souffrant
D'un déficit d'attention accompagné
D'une hyperactivité.
Etude de quatre cas âgé de 5 à 7 ans.
Etude pratiqué au sein de l'EPSP d'EL KSEUR
dans le service de la santé mentale.

Réalisé par

Encadreuse :

M^{ME} LOUCIF SABRINA

M^{Me} KHELOUFI

M^{ELLE} MOULAI DIHIA

2018 / 2019

Remerciement :

Tout d'abord, on remercie le dieu le tout puissant de nous avoir donné la volonté, la force, et le courage tout au long de parcours universitaire, et aussi à accomplir ce modeste travail.

Nos profonds remerciements s'adressent à notre encadreuse **M^{me} KHELOUFI SIHEM** de nous avoir encadré, conseillé guidé, et accompagné toute cette année, afin de réalisé notre travail convenablement.

On tient à remercier chaleureusement toutes personnes qui ont participes de près ou de loin à la réalisation de notre mémoire.et aussi un remerciement spéciale à nos familles pour leurs sacrifices et leurs soutient tout au long de nos études.

Nous remercions également l'EPSP d'EL KSEUR, de nous avoir accueillie et donnée l'opportunité d'effectuer notre stage ainsi on remercie notre encadreur de stage, **Mr Hamed Rahim** , de nous avoir guidé.

Enfin, on adresse nos sincères remerciements à tous les membres de jury qui nous feront honneur de juger ce modeste travail.

Dédicace.

C'est avec ma pensée plein de reconnaissance inspirer de générosité et de gentillesse que je didie ce travail, en remerciant d'abord Dieu tout-puissant de m'avoir accorder le courage et la volonté .

À mon cher mari, les mots me manquent pour te qualifier. qui ma soutenir durant toute ma carrière d'étude par leur amour, et encouragement. Le Dieu le garde pour moi toute ma vie inchallah.

À mes chers enfants Abderraouf et Anas, que j'aime beaucoup, et qui sont la plus belle chose de ma vie. Le Dieu les garder pour moi toute ma vie inchallah.

*Â mon père et sa femme **fouzia**.*

*À Mes chère sœur : **Nassima, Yassmina, Lamia** pour leur encouragement, vous avez toujours à mes côtés.*

À mon frère que le Dieu l'accueil dans son vaste paradis.

*À ma belle-famille **Benamara** : à ma belle-mère et mon beau-père et aussi à mes belle-sœur **Mélissa et Zahra**.*

*À ma très chère associés et ma sœur **Dihia Moulai**. Merci pour son appartenance avec moi et à toute sa famille.*

À tout ceus et celles que j'aime et même.

Sabrina

Dédicace

Avec un énorme plaisir, et un cœur ouvert, que je dédie ce modeste travail de fin de cycle à tous ceux qui me sont chers.

À mes chers parents qui m'ont soutenue durant toute ma carrière d'étude, par leurs sacrifices, leurs amours, et encouragement, pour mon bonheur et ma réussite. Que dieu les protège inchallah.

À mes chère grands-parents paternels que dieu les accueille dans son vaste paradis.

À mes grands-parents maternels que dieu les garde.

À mes très chérie frères qui ont toujours était à mes côtés: Juba, Aissa, Massinissa.

À ma petite sœur adorable que j'aime beaucoup: Tinhinane.

À tous mes chère cousins et cousines, et a tous mes oncles et tantes.

À ma très chère binôme Sabrina et sa famille, et surtout Anas et Raouf que j'aime beaucoup.

À tous ceux et celles que j'aime et m'aime.

Dihia

Liste de Tableaux

Tableau N°01 : La population d'étude : 63

Tableau N°02 : Processus d'attention 82

Tableau N°03 : L'attention sélective aux stimulateurs visuels et auditifs ensemble 59

Sommaire

Remerciements

Dedicaces

Liste des tableaux

Sommaire

Introduction : 01

LE CADRE METHODOLOGIQUE

1- Problématique et hypothèses..... 03

2- le choix du thème 06

3- l'objectif de la recherche..... 06

4- définitions des mots clés 06

5- opérationnalisations des concepts 07

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I : la prise en charge..... 08

1 Prise en charge pharmacothérapie..... 08

2. prise en charge psychothérapie. 10

2.1 Thérapie comportementale et cognitive 10

2.2 Thérapie systématique..... 15

2.3 Thérapie d'inspiration psychanalytique 16

3 Des modèles théorie actuelle a la prise en charge l'approche du psychomotrices..... 22

Chapitre II : déficit d'attention..... 31

Préambule..... 31

1 les définitions 31

1-1-déficit 31

1-2-un trouble d'attention..... 31

1-3-déficit d'attention..... 31

1-4-inattention 31

2 le développement d'attention 32

3- les forme d'attention 34

4- l'impact ou l'influence d'un déficit d'attention sur le développement de l'enfant..... 34

Conclusion..... 37

Chapitre III :l'hyperactivité..... 38

Préambule..... 38

1- définition de la trouble hyperactivité 38

2- aperçus historiques de la trouble hyperactivité 39

Sommaire

3- les signes et les symptômes de la trouble hyperactivité.....	40
4- les formes cliniques de l'hyperactivité	42
5- les facteurs de risques de l'hyperactivité	43
6- les troubles associant à l'hyperactivité	48
7- Développement et évaluation du TDA/H	48
8- Diagnostiques différentielles	49
9- la description des classifications du TDA/H.....	49
10- l'évaluation psychologique	53
Conclusion.....	59

PARTIE PRATIQUE

Chapitre IV : méthodologie de la recherche	60
Préambule.....	60
1- pré-enquête.....	60
2- la présentation du lieu et la durée de la recherche	60
3- La méthode utilisée	61
4- la population d'étude.....	63
5- les outils de la recherche	63
Conclusion.....	65
Chapitre V : présentation et analyse des résultats, et discussions des résultats	66
Préambule.....	66
1-Présentation et analyse des résultats :	66
2-Discussion des résultats :	80
1-Presentation et analyse du 1 ^{er} exercice :	81
2-Présentation et analyse du 2 ^{eme} exercice :	89
Conclusion.....	93
Bibliographie	
Annexe	

INTRODUCTION

Introduction

Il ne fait aucun doute que le stade de l'enfance et le stade le plus important de la vie humaine, c'est le stade dans lequel la personnalité humaine se construit dans toutes ses caractéristiques, ce qui nécessite l'attention de toutes les institutions de développement social à partir de la première intention de la famille, jusqu'à l'école qui est censée fournir des services éducatifs à l'enfant, à travers le développement social qu'il reçoit il commence à acquérir un certain modèle de comportement si la personne traversé cette étape c'est-à-dire en toute sécurité on se sent que tous ces besoins sont saturés été équilibre, si le contraire cela peut entraîner de nombreux problèmes ce que l'enfant souffre dans les effets s'étendent sur le comportement, un grand nombre d'enfants montrent des comportements différentes surtout au début d'un stade de scolarisation, les parents remarquent un ensemble des symptômes des leurs enfants le plus important c'est le difficile d'attention, hyperactivité et l'impulsion, Ils sautent ici et là et ne peuvent on pas restée assis même pour une période simple.

Et généralement les parents se plaignant des comportements inadaptés et désordonné de leurs enfants pendant la période préscolaire, en plus des enseignants qui souffrent des élèves qui ont des conduites inadapté au milieu scolaire.

L'hyperactivité et actuel lune des formes cliniques les plus discuter, tant dans les cercles scientifique que dans les médias. L'hyperactivité avec déficit d'attention et un trouble comportementale qui surgit dans l'enfance et qui se maintient jusqu'à l'adolescence et souvent au-delà celle-ci. Depuis quelques années, la recherche sur le sujet c'est fortement accrue, de telle sorte que ce trouble constitue l'un des problèmes les plus étudiées chez les enfants la scolaire.

Notre objectif de cette recherche et de présenter la prise en charge d'un enfant souffrant d'un déficit d'attention accompagner d'une hyperactivité, et pour réaliser notre objectif dans cette recherche, on a divisé notre travail à deux grands partis, une partie théorique qui englobe deux chapitres, l'un portera sur l'hyperactivité et l'autre portera sur le déficit d'attention.

Puis la partie pratique qui elle-même se divise en deux chapitres, le troisième constitué la méthodologie de recherche et le quatrième qui est consacré à la présentation de l'analyse des résultats et discussions des hypothèses de notre recherche.

Introduction

Nous nous sommes refaire dans notre recherche, à la méthode clinique qui est l'étude, afin de décrire profondément l'enfant et par actif dans différents situations maison et école. Nous avons choisi deux techniques : l'observation et l'entretien clinique (semi-directif).

Cadre méthodologique

Préambule

Dans ce chapitre nous allons aborder la problématique, l'hypothèse et le choix du thème, objectif de la recherche, opérationnalisation des concepts.

1. Problématique

La famille représente la première et le principal agent de socialisation des jeunes. Le mode de fonctionnement de la famille ainsi que les liens qui unissent les jeunes à leurs parents sont des éléments qui influenceront son développement, ses comportements ainsi que les attitudes qu'ils adoptent. Les parents remarquent un ensemble de symptômes de leurs enfants le plus important c'est le déficit d'attention et l'hyperactivité, et les parents plaignants des comportements inadaptés et désordonnés de leurs enfants pendant la période préscolaire.

Pour l'enfant entrer à l'école c'est entrer dans un nouveau monde où il va devoir acquérir un certain nombre de connaissances qui lui seront nécessaires dans une société donnée dont la base sera indispensable à son épanouissement, les enseignants sont souvent confrontés aux difficultés d'apprentissage et perçoivent ces difficultés et due à ce qu'il est convenu d'appeler le trouble relatif à l'hyperactivité.

L'hyperactivité actuellement un grand intérêt chez les parents, les enseignants et les professionnels et l'une des problématiques majeures au niveau de l'enfance que l'on rencontre. Le plus souvent en milieu scolaire mais il est important de distinguer un enfant hyperactif d'un enfant inattentif. En effet les élèves hyperactifs ne sont pas des élèves difficiles en général ce sont plutôt des élèves ayant de la difficulté à respecter l'encadrement ou la discipline imposée par l'école ou la classe.

Le dictionnaire de psychologie définit l'hyperactivité comme suit:

La quantité d'actions dans lesquelles s'engage un sujet peut constituer un symptôme qui reste le plus souvent difficile à reconnaître lorsqu'il est évalué seul, du fait de l'ambiguïté de ses limites avec un comportement normal. En effet, la quantité d'activité peut être éminemment variable d'un individu à l'autre. Analysée comme conduite isolée, on peut supposer son caractère morbide lorsqu'elle témoigne d'une incapacité pour le sujet à ne pas s'engager dans une action. (Doron.R et Parot.F, 2013, p, 351)

Elle constitue alors une anomalie, le plus souvent en rupture par rapport à la propre norme du sujet, en tant que perte de la liberté d'agir par contrainte agie. Ce signe est caractéristique de tous les états d'excitation, principalement des états maniaques. Quand elle s'inscrit dans un contexte psychopathologique plus large qui lui octroie son statut d'anomalie (fuit en avant) sa reconnaissance est facilitée. (Doron.R et Parot.F, 2013, p, 351).

Cadre méthodologique

L'hyperactivité est désormais définie comme activité motrice débordante, inappropriée et désordonnée, en tant que syndrome dominant, elle est associée à des perturbations comportementales et à des perturbations de la sphère cognitive, indépendamment de la présence de déficit de l'attention.

Il existe deux types de syndrome: hyperactivité globale associée sous forme de symptômes moteurs et les troubles cognitifs, de troubles attentionnels, de troubles des apprentissages, difficultés scolaires et l'hyperactivité situationnelle est dépendante du contexte (maison, l'école, etc.). (Bréjard.V et Bonnet. A, 2007, p, 27,28).

On peut dire que l'hyperactivité comme syndrome peut être présent chez l'enfant, l'adolescent et même l'adulte, même si le symptôme diminue avec l'âge le trouble reste.

Le trouble avec ses trois composants, motrice, impulsive, et attentionnelle a différents appellations, THADA (trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention), TDA/H (trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité).

L'évolution du concept est passée par quatre périodes : 1900-1960 : une lésion cérébrale (Brain Damage) est responsable de trouble du comportement, et notamment du comportement hyperactif ; 1960- 1969 :

Le déclin du dysfonctionnement cérébral mineur et l'âge d'or du syndrome de l'enfant hyperactif ; 1970-1979 : l'émergence des déficits de l'attention (Douglas, 1972) ; 1980-1989 : la création du syndrome « Trouble déficitaire de l'attention » (Attention Déficit Disorder), puis du « trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité » (Attention Déficit Hyperactivité Disorder). Donc la genèse du concept est liée aux études faites sur la lésion cérébrale sur les enfants. (Delion.P, 2010, p, 20).

Nous disposons actuellement de trois grands systèmes de classifications, selon la caséification Française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent(CFTMEA), la classification internationale des Maladies(CIM10) et le DSM-IV. Ce dernier est considéré comme une référence utilisée par le clinicien qui permet de diagnostiquer le trouble, par ses quatre formes, ses trois domaines, et le nombre des symptômes dominants. (Ibid., p, 20).

En classe comme à la maison, il n'est pas rare que l'enseignant ou le parent exhorte l'enfant à faire attention. Donc l'attention est une fonction cognitive qui participe à un ensemble complexe du traitement de l'information formant un processus mental de haut niveau qui permet de contrôler et moduler la quasi-totalité de nos processus psychologiques en s'appuyant sur des représentations perceptives, conceptuelles ou motrices.

Cadre méthodologique

La tension est un processus essentiel dans la théorie du traitement de l'information. Elle est donc impliquée dans la majorité de nos actes. Elle se définit à partir de son intensité et de ses possibilités de sélection.

Elle nous permet de nous focaliser sur un point précis d'une information en particulière, mais aussi de répartir notre concentration sur plusieurs activités.

L'est un domaine qui suscitait de plus en plus d'intérêt, elle est en outre le sujet sur lequel les psychologues de la cognition se sont régulièrement interrogés. Globalement, l'attention améliore l'efficacité des individus dans leurs activités intellectuelles et de la vie quotidienne (Bernard A. Et Garnier P.H, 2005, p113).

La recherche scientifique montre que les causes les plus fréquentes du TDAH sont d'ordre Neurobiologique et génétique. Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer la présence TDAH :

Hypothèse biochimique, hypothèse métabolique, hypothèse physiologique, outre le fait que le TDAH est un trouble d'origine organique, l'hérédité constitue la cause la plus fréquente du TDAH.

D'autres causes pesant expliquer le TDAH et entraîner l'apparition des symptômes certains cas sont le résultat d'une atteinte subie par le cerveau prénatal, où de dommages cérébraux. (Luissier. F, 2001, P.p22.23)

Même s'ils peuvent intensifier le syndrome ou contribuer à sa persistance les facteurs sociaux ne peuvent en être retenus comme cause de TDAH. Les facteurs environnementaux bien qu'ils ne causent pas le TDAH, ils peuvent participer ou aggraver le symptôme. (Luissier F.p 24)

D'après la présente enquête s'est déroulée au sein de la pédo psychiatrie de la polyclinique d'EL Kseur où on s'est présenté et renseigné sur les cas dont on a besoin dans notre recherche.

Ainsi on s'est posé la question suivante :

Est-ce que un enfant souffrant d'un déficit d'attention accompagné d'une hyperactivité nécessite une prise en charge ?

Hypothèse générale :

Pour répondre à la question de notre recherche, on a formulé l'hypothèse suivante:

La prise en charge est nécessaire pour ceux qui y sont confrontés au quotidien avant qu'il ne puisse avoir de plus graves conséquences.

L'importance de la prise en charge pour un enfant souffrant d'un déficit d'attention accompagné d'une hyperactivité.

2- Le choix du thème :

Nous avons choisi ce thème : « la prise en charge d'un enfant souffrant d'un déficit d'attention accompagné d'hyperactivité » par rapport à son importance.

Parmi les raisons qui nous ont poussées à choisir ce thème sont :

- Découvrir et d'approfondir les connaissances tant dans le domaine clinique et dans celui de la recherche de facteurs étiologiques que dans les perspectives thérapeutiques, de mieux comprendre le trouble pour pouvoir mieux le traiter, répondre à l'entourage de cet enfant qu'il ne s'agit pas d'un cas ordinaire.
- Répondre aux besoins des parents qui réclament de l'aide des explications aussi simples que possible qui peuvent leur permettre de bien vivre avec un enfant qui est inconstamment en activités très excessives.
- Les enseignants qui souffrent de leur incapacité à bien maîtriser les éléments hyperactifs dans leur classe, pour le motif qu'ils perturbent les autres, et leur comportement influence les autres, et que leur effort avec l'enfant hyperactif ne sert à rien.

3- Objectif de la recherche

Notre recherche est focalisée sur l'hyperactivité infantile avec le trouble déficitaire de l'attention dans le milieu scolaire niveau primaire d'une catégorie d'âge entre (05_7 ans) , dans le but d'obtenir un diplôme de fin d'étude en master option psychologie clinique, nos objectifs sont :

- Donner des descriptions objectives sur la réalité de l'hyperactivité et du déficit d'attention.
- Comprendre plus profondément et interpréter le déficit d'attention et le trouble d'hyperactivité de l'enfant.
- La prise en charge du trouble de l'hyperactivité et du déficit d'attention.

4. Définition des mots clés

Définition de l'hyperactivité :

C'est un trouble comportemental qui se reconnaît par l'agitation et l'énergie des enfants et qui touchent l'enfant, l'adolescent et même l'adulte, peut avoir des conséquences sur la vie quotidienne de la personne en souffrance.

Cadre méthodologique

Définition déficit d'attention:

Déficit d'attention s'avère être le motif le plus fréquent de consultation en psychopathologie infantile. Et un regroupement du symptôme qui cause une perturbation significative du fonctionnement relationnel (social familial).

Définition de la prise en charge :

Fait d'assumer une responsabilité celle-ci peut concerner une personne, un objet ou une situation (www.Linternaute.fr).

Définition de la souffrance

La souffrance représente, le ressenti de la personne, c'est une donnée subjective, dont la relation à la maladie varie entre les personnes (et entre les maladies.)

Définition de l'enfant

Garçon ou fille dans l'âge de l'enfance, elle enseigne à de jeunes enfants (Carine Girace-Marinier, 2014, p, 434).

5. Opérationnalisation du concept

Hyperactivité :

Hyperactivité syndrome qui se caractérise principalement par l'enchaînement continu d'activité son intervalle ni temps de repos entre elle et qui à l'observation, confirme à l'agitation.

- Toujours en agitation, se tortille sur sa chaise.
- Des problèmes avec leurs interlocuteurs.
- Des difficultés d'organisation et de contrôle.
- A du mal à se tenir son attention et à jouer on silence.
- Se lance régulièrement dans des activités dangereuses sans tenir compte des conséquences possibles.

Déficit d'attention:

Le trouble de l'attention est illustré par une difficulté à se concentrer tant dans les activités scolaire que les jeux de règles, surtout en présence de destructeurs.

- Facilement distrait
- Oublié ce qu'on lui a demandé
- Difficulté à focaliser son attention sur une tâche
- Change concentration de tâche ou d'activité

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE I

Prise en charge

Là, ou plutôt les prise en charge de l'hyperactivité chez l'enfant font l'objet de débat contradictoire, dus fréquemment à une perception souvent réductrice des prétendus tenants de la prescription généralisée de psychostimulant. Cette position ne constitue pourtant aucunement une remise en cause de la nécessité d'une prise en charge multimodale des symptômes. Un consensus semble néanmoins se dégager actuellement autour d'une approche globale de l'enfant hyperactif, associant si nécessaire une prise en charge complexe comprenant dispositif psychothérapeutique, prescription pharmacologique et éventuellement paramédical. L'objectif principal devra être, à partir de l'évaluation pluridisciplinaire initial, la mise en place d'une stratégie thérapeutique personnalisée prenant en compte la spécificité de la symptomatologie, son retentissement sur la qualité de vie objective (observées par l'entourage) et subjective (exprimer par l'enfant) replacé dans l'organisation psychologique du sujet.

Dans cette partie, nous exposerons les principaux axes thérapeutiques actuellement proposés dans la thérapie de l'enfant hyperactif, leurs intérêts et limites respectifs, en nous attachant plus longuement sur les aspects psychothérapeutiques. **(Vincent Bréjard, 2007, p100)**

1. prise en charge pharmacothérapie

Dans la prise en charge de l'hyperactivité, la place de la prescription, il paraîtrait peu raisonnable de défendre des positions radicales rejetant en bloc toute idée de prise en charge pharmacothérapeutique de l'hyperactivité. Tout aussi extrême serait une position affirmant la nécessité d'une prescription dans chaque cas. Dans ce contexte, la place de la prescription dans la prise en charge de l'hyperactivité doit s'inscrire dans une approche multimodale du trouble, et faire suite à une évaluation fine de l'enfant hyperactif dans sa globalité. Nous présenterons d'abord le principal traitement disponible en France, puis nous évoquerons brièvement d'autres traitements possibles, tel que les antidépresseurs.

1.1 intérêts et limites de la chimiothérapie : la question de la Ritaline

Au sein de la chimiothérapie de l'hyperactivité, les psychostimulants restent le traitement de choix. Malheureusement, comme si d'ailleurs souvent le cas dans la prise en charge des troubles mentaux, ce traitement est uniquement suspensif de trouble mais on ne guérit pas l'enfant de manière définitive. Ceci explique que dans les cas où l'enfant oublie de prendre son traitement, les symptômes comportementaux et l'instabilité réapparaissent rapidement, ce que ne manquent pas de remarquer l'entourage ou l'école. Le seul psychostimulant autorisé à la prescription en France dans le cadre de lit par activité et le métylphénidate. Les principales critiques formulées à l'encontre de son utilisation n'ont pas

trouvé pour le moment de confirmation évidente dans les travaux effectués. Parmi celles-ci on peut trouver :

- risque de survenue de manifestation psychotique;
- risque de retard de croissance ;
- Potentiel addictif et prédisposition à une utilisation toxicomaniaque du produit ;

Il faut néanmoins remarquer qu'un usage abusif du métylphénidate a été observé, non pas chez les hyperactifs traités mais plutôt soit dans un cadre d'expérimentation d'un nouveau psychotrope chez des sujets déjà engagés dans une consommation festive» d'autres produits, soit chez des sujets poly toxicomanes dans le cadre d'un multi-usagers.

Ceci explique que la prescription de Ritaline soit très encadrée et réglementée :

- Inscription sur la liste des produits stupéfiants ;
- Prescription sur ordonnance sécurisée pour 28 jours renouvelable ;
- Validité : un an ;
- Le renouvelable peut être effectuée par le médecin généraliste, mais sans modification de l'ordonnance.

Cet ensemble de règles vise à garantir une utilisation réfléchie, responsable est encadré par les spécialistes, des médicaments psychotropes dans les effets sur la qualité de vie de l'enfant sont indéniables. Les études effectuées sur l'efficacité montrent une amélioration significative dans 70 % des cas de la symptomatologie comportementale, avec semble-t-il peu d'effets secondaires. Il n'y a pas d'effet direct de la Ritaline sur les troubles cognitifs ou psychopathologiques associés.

Malgré ces différents points positifs, sa prescription doit néanmoins rester à nos yeux limitée aux cas peu nombreux pour lesquels il semble exister un trouble neurologique et où des prises en charge alternatives se révéleraient insuffisantes, voire seraient mises en échec.

Afin d'alimenter la réflexion du lecteur sur ce point, nous présenterons brièvement une étude remarquable (Berger, 2005b) ; des enfants dont l'instabilité avait nécessité la prescription de Ritaline ont été pris en charge en psychothérapie n'étaient pas informés quand une prise en charge était faite dans le traitement. Après la fin de la thérapie, la qualité des séances a été croisée avec le calendrier des pauses dans le traitement pharmacologique. Le constat est simple : les séances « inutilisables » dans lesquelles l'enfant n'avait pu s'impliquer dans le dispositif de la séance correspondaient précisément aux dates où le traitement était suspendu, cela ne constitue bien évidemment pas un argument pour la prescription systématique, mais

renvoie plutôt à une utilisation raisonnée de celles-ci dans laquelle il s'agit de traiter le patient sa globalité et pas uniquement la maladie.

1.2 autres traitements pharmacologiques

D'autres types de traitement ont fait l'objet de tentatives plus ou moins concluantes. Parmi ceux-ci, seuls les antidépresseur semblent présenter des effets parfois bénéfique sur les l'hyperactivité. Il apparaissent d'ailleurs plus comme un élément complémentaire de la prise en charge dans les cas où il existe un élément complémentaire de la prise en charge dans les cas où il existe un trouble dépressif majeur associé à l'hyperactivité chez certains enfants, dans d'autres cas, l'efficacité de l'antidépresseur peut découler de ses effets sur un authentique syndrome dépressif que les comportements hyperactifs masquaient opportunément. Ne restons néanmoins très prudents dans les conclusions psychopathologiques à titre de cas différentes éléments, et mettons en garde contre des conclusions trop rapidement tirer sur les relations entre dépression et hyperactivité, qui tenteraient de justifier la prescription inutile de ce type de traitement. (Vincent Bréjard, 2007, p.100, 103)

2. Prise en charge psychothérapique

2.1 thérapie comportementale et cognitive

La prise en charge de l'hyperactivité avec déficit de l'attention en thérapie comportementale et cognitive peut s'effectuer en monothérapie ou être associé dans les cas les plus graves à la prescription de psychostimulant. Elle sera d'autant plus efficace qu'Elle associera dans le cadre d'un programme général de prise en charge un sou programme destiné aux parents, un sous-programme destiné à l'école et un programme destiné à l'enfant.

Du côté des adultes

Un premier volet de la prise en charge consiste à informer les parents de manière à favoriser une meilleure compréhension de trouble présenté par leurs enfants. Cela passe par une présentation se voulant la plus pédagogique possible le développement de l'enfant non touché par le THADA, puis par celle des spécificités développementale chez l'enfant présentant ce trouble. Cela permet aux parents de se détacher d'une approche causaliste souvent très culpabilisant (qu'elle soit d'ailleurs un référence héréditaire au) et de privilégier une approche centrée sur le problème et l'alliance thérapeutique qu'il s'agira de nouer et de soutenir. Dans un premier temps, on proposera aux parents des stratégies afin de mieux gérer les comportements difficiles. Nous exposerons ici la démarche proposé par Barkley (1995) dans laquelle les parents vont développer des habilités dans la régulation de leur propre stress

d'une part, des comportements difficiles de l'enfant d'autre part, Barkley rappelle tout d'abord trois règles générales :

- faire une pause avant de réagir au mauvais comportement de l'enfant ;
- utiliser ce délai pour se rappeler les principes à appliquer ;
- choisir une réponse qui tient compte de ce principal.

1. Donner rapidement à l'enfant davantage de rétroaction (Feedback) et appliquer plus la conséquence immédiate. Les enfants hyperactifs ont pour spécificité d'être surtout ancrés dans le présent.

Une rétroaction et un retour de l'environnement qui peut être immédiatement perçus par l'enfant comme une conséquence directe de ses actions. Elle peut être positive (bonbon, compliment, geste affectueux, récompensé. . .), associée à une explication immédiate de ce qui n'a pas été accompli ou de ce qui n'a pas été attendu.

2. Donner plus fréquemment de rétroaction à l'enfant.

Les rétroactions, en plus d'être immédiates, doivent également être répétées fréquemment afin que l'enfant soit conforté dans ces comportements lorsque ceux-ci sont adéquats.

3. Utiliser des conséquences plus grandes, plus puissantes, et variées.

Pour les illustrer nous pouvons citer : les manifestations physiques d'affection, des privilèges, des cadeaux ou des points, des récompenses matérielles tel que des petits jouets ou des articles de collection et même, occasionnellement, de l'argent. Ceci permettra à l'enfant de varier la qualité et la quantité des récompenses de ne pas tomber dans l'habitude à la récompense et donc d'éviter que celle-ci ne soit plus efficace.

4. Utiliser le renforcement positif avant la punition.

Il est essentiel de définir au préalable le comportement cible et le comportement attendu. Ceci permettra de focaliser l'attention et la motivation vers ce comportement, où on privilégiera la récompense du comportement attendu plutôt que la punition lorsque celle-ci n'est pas présentée par l'enfant. En effet, la punition est souvent vécue comme injuste et disproportionnée. Elle génère du ressentiment et des réactions agressives par lesquels l'enfant tente de reprendre le contrôle sur l'adulte.

5. Être conséquent et constant.

- Être constant implique quatre choses ;

6. Être constant dans le temps.

7. Ne pas abandonner trop tôt quand un programme de modification du comportement est commencé.

8. Continuer à réagir de la même façon, maintenir le cap, même dans un contexte différent.

9. Faire équipe avec les autres intervenants, le conjoint. . .

Être imprévisible ou capricieux dans l'application des règles convenues est gagé d'échec. Avant de conclure qu'un programme de modification du comportement ne fonctionne pas, il est bon dans l'essayer pendant un moins deux semaines

10. Arrêter de se plaindre et agir.

Il est important dans le cadre de la gestion de l'hyperactivité de privilégier les feedback comportementaux, indépendamment de ses capacités cognitives et de raisonnement. Il s'agit donc de ne pas répéter inlassablement l'explication verbale, que l'enfant ne peut pas utiliser et s'approprier.

L'adulte doit en outre se préparer de manière adaptée à faire face aux situations problématique. Ne prendrons comme exemple le cas d'un parent emmenant son enfant dans un magasin :

- Tout juste avant d'entrer dans un endroit susceptible de provoquer une situation problématique, tel qu'un magasin, un restaurant, une église ou la résidence d'un ami, s'arrêter;
- revoir avec l'enfant deux ou trois des règles qu'il a du mal à suivre dans la situation.
- prévoir la récompense, le moyen d'incitation ;
- expliquer la punition qui sera utilisé tel que retrait de points ou de privilèges ;
- suivre le plan prévu dès le début de la situation et donner à l'enfant de retour rapide et tu fréquentes sur son activité. Et, s'il le faut, appliquer rapidement les conséquences prévues pour tout manquement aux règles ;
- gardez toujours à l'esprit des difficultés de maturation où les inaptitudes de l'enfant.
- Et l'essentiel de bien se rappeler que l'enfant présente des difficultés qui sont pour lui source de souffrance et de difficultés majeures. Lui prêter une intentionnalité négative vis-à-vis de l'adulte constitue une erreur. Afin de conserver un certain distance avec le trouble et de ne pas attribué à l'enfant un désir de « nuire» quelques stratégies existant : essayer de maintenir une certaine distance psychologique par rapport aux problèmes que vie l'enfant, s'imaginer être un étranger afin de pouvoir la situation telle qu'elle est réellement, l'effort que fait un parent face à un enfant difficile dans son comportement.

Du côté de l'enfant

La prise en charge s'articulera autour des deux axes principaux impliqués dans la problématique de l'enfant hyperactif : le domaine cognitif et le domaine comportemental.

Dans le domaine cognitif, le contrôle du langage intérieur favorise le maintien de la concentration. Le langage intérieur est une sorte de discours intérieur que l'on utilise lors d'une activité. Il permet la régulation des comportements. On va donc travailler sur le développement de cette capacité. Une procédure a été développée par Meichenbaum et Goldman (1971). Elle repose sur l'intériorisation progressive des commentaires sur la tâche en partant des propositions de l'adulte pour aller vers le développement du langage intérieur. La méthode comporte 5 étapes, proche de l'utilisation de Mödler (imitation) :

- l'adulte exécute une tâche en se parlant à lui-même à voix haute.
- L'enfant observe et écoute.
- Le sujet exécute la tâche sous la direction de l'adulte dans les commentaires accompagnent l'action ;
- Le sujet exécute la tâche seul la tâche est se parle à voix haute ;
- le sujet refait la même chose, mais cette fois à voix chuchotée ;
- En dernier lieu, l'enfant utilise le langage mental et ne montre aucun signe externe de verbalisation.

Dans le domaine comportemental, les stratégies thérapeutiques viseront la planification de l'action (projection dans le temps, visualisation des objectifs et des bénéfices qui en découlent), en mobilisant les capacités d'imagerie mentale, On s'appuiera sur plusieurs techniques spécifiques :

1. La réponse différée. Partant du constat qu'il est difficile à l'enfant de différer sa réponse spontanément, les moyens d'action pour cette phase sont d'imposer à l'enfant un temps de latence entre le stimulus et sa réponse.

- On pourra utiliser un jeu de cartes de UNO, duquel on prendra 20 cartes dans 4 cartes noires. On tirera les cartes une à une face à l'enfant et il devra indiquer par un signal sonore (TOP) qu'il a aperçu une Carte Noire, tout en ne donnant sa réponse qu'à la carte suivante.

2. L'inhibition de la réponse. Ici, l'enfant ne doit pas différer, mais uniquement ne pas faire ou dire

3. La réponse. Ce travail impose un délai de réponse car le comportement demandé et à l'opposé de ce que l'enfant a tendance à faire spontanément. Le sujet doit produire le comportement inverse à la consigne, c'est l'opposé de limitation.

- Dans le domaine cognitif, on travaillera spécifiquement sur les difficultés inhérentes à différentes grandes fonctions touchées par l'hyperactivité :

1. La perception du temps, pour l'évaluer on s'appuiera sur les informations des personnes les plus proches des enfants. On s'attachera sur les informations des personnes les plus proches des enfants. On s'attachera ensuite à 3 domaines pour la travailler :

- rythme de la communication : au début de la prise en charge, on veillera à communiquer avec l'enfant en adoptant son débit verbal (information continue) et en ponctuant le discours d'éléments marquants (traits d'humour, surprise. . .) ;

- Flexibilité dans le rythme d'une activité : on pourra par exemple demander à l'enfant de suivre un tracé continu sur le sol, ou de tracer une ligne sur une feuille avec le thérapeute, le premier qui arrête a perdu. On peut également demander à l'enfant d'effectuer une action le plus lentement possible et utiliser en outre comme modèle la vidéo ;

- apprendre à l'enfant à s'arrêter pour réfléchir : on s'attachera dans ce type de travail à demander à l'enfant, avant d'entamer une tâche, d'attendre quelques minutes puis de commencer quand il a trouvé la solution. En cas d'erreur, il s'arrête de nouveau, reprendre plusieurs minutes pour réfléchir, puis écrire quand ils pensent avoir une nouvelle solution.

2. La capacité d'organisation :

a) Savoir planifier, on pourra pour cela utiliser des activités demandant en plusieurs étapes pour arriver à la solution :

- la recherche d'un lieu sur un plan.

- La mise en place de situation où l'enfant doit maintenir des objectifs précis et assez simple à instaurer avec le thérapeute, mais l'une des principales difficultés réside dans la non généralisation des procédures acquises à l'ensemble des situations.

b) évaluer le temps nécessaire à chaque action.

- dessiner avec l'enfant les différentes étapes d'une journée permet à l'enfant de se présenter et d'intérioriser le déroulement de celle-ci, il pourra ainsi apprendre à anticiper, différer certains souhaits car il sait qu'ils arriveront de toute façon ;

- L'informatique, par des jeux tels que « les Sims » peut-être un support représentationnel intéressant pour les mêmes raisons.

c) protéger les objectifs de la survenue de destructeur ou événements imprévisibles.

d) Opérationnaliser les procédures.

- e) Décéder des priorités.
- f) Vérifier.
- g) Savoir être souple dans la programmation des différentes étapes.

2.2 thérapie systématique

La thérapie systématique est une technique issue de la théorie de la communication, de la cybernétique et des systèmes, d'où son nom. Elle a été développée par Bateson dans le cadre de l'école dite de Palo Alto, en s'appuyant sur la théorie des systèmes d'une part, et sur les théories de la communication d'autre part (voir Maison dieu et Métayer, 2001).

La théorie considère la personne comme intégrée dans un système complexe d'interactions et part du présupposé suivant : on ne peut pas ne pas communiquer. Dans cette acception, tout discours ou toute absence de discours, tout comportement, sont considérés comme un message adressé à un ou plusieurs interlocuteurs. Les messages implicites ou explicites constituent alors un réseau de communication groupales et plus spécifiquement familiales. La famille est ici considérée comme un système ouvert complexe, incluant les individus mais ne se réduisant pas à la somme de ceux-ci. Les troubles psychopathologiques d'un sujet sont donc ici compris comme faisant suite à et/ou être influencés par des dysfonctionnements dans les interactions. Il s'agira alors de répéter les troubles conduisant à une communication paradoxale, en raison de la présence dans le même message d'une proposition et de son contraire qui contredit le sens des prémices du message (début ou première partie de l'affirmation).

Double contrainte

Dans ce cas précis, il y a deux personnes, dans l'une (la victime) et en situation de dépendance et/ou de soumission à l'autre, et ne peut pas échapper aux messages, il peut s'agir par exemple d'un père disant à son fils : « tu peux sortir ce soir. . . Mais je n'aime pas certains de tes choix . . . ».

- Ainsi on peut relever dans ce message trois propriétés nodales :
- L'affirmation d'un fait ;
- Une seconde affirmation recouvrant la première ;
- Les deux affirmations s'excluent réciproquement.
- Cela conduit si le destinataire du message à une position spécifique où il est prouvé un sentiment de malaise quel que soit son choix: s'il sort, il est en désaccord avec son père et provoque son ressentiment, et s'il ne sort pas, il est triste de ne pas voir ses amis. Enfin, sa position ne lui permet pas de faire remarquer à son père la contradiction implicite.

Injonctions paradoxales

Ici, il s'agit encore pour l'un des interlocuteurs d'être confronté à une communication paradoxale, mais de laquelle la question du choix est exclue. Ainsi, dans l'injonction : « maintenant, il est impératif que vous fassiez ce que voulait en toute liberté ! » On observe que la proposition paradoxal et intégrer dans l'ordre donné, avec une contradiction entre l'ordre donner et le contenu : la liberté d'agir.

L'une des solutions proposé par la thérapie systémique et de modifier les communications pathologique. On pourra utiliser pour cela différentes technique comme par exemple les injonctions paradoxales thérapeutiques.

Contre- injonctions

Elles sont destinées à souligner les paradoxes. Par exemple, à une adolescente en thérapie familiale (avec sa mère) qui menace de figure, se lève, et sors de la pièce, l'un des Co-thérapeutes pourra dire : « ok, on fugue, viens on part en voiture. » Ainsi, alors que l'adolescent s'attendait à ce que le thérapeute (comme sa mère), négociier, lui tienne un discours classique tel que mais pourquoi fais-tu cela il ne faut pas, etc. » Celui-ci au contraire utilise le symptôme, voir si inclut, ce qui induit une communication paradoxale et à main le système a un point de déséquilibre avec une mère et une fille qui ne s'attendaient absolument pas à une telle réaction. Ceci permettra alors de passer à une nouvelle forme d'équilibre différent du précédent, et où chacun des membres du système occupera une place différente.

Dans la prise en charge de l'hyperactivité, la thérapie familiale systémique permettra de mieux réguler les interactions entre chacun des membres de la famille en repérant les modalités communicationnelles susceptibles de renforcer les comportements hyperactifs de l'enfant qui peuvent tout à fait s'inscrire comme une réponse à des injonctions du type : « reste ici assis mais pas sur cette chaise. . . » Ou « concentre toi mieux sur ton travail, écoute ce que je dis ».

2.3 thérapie d'inspiration psychanalytique**Individuel**

La psychothérapie psychanalytique individuel avec des enfants de monde le plus souvent des aménagements spécifiques tant au plan du cadre que de la technique. La prise en charge d'enfants hyperactif et à ce titre exemplaire des nécessaires modifications du dispositif en raison de leur caractéristiques cognitive affective spécifique.

Nous avons pu observer que les troubles de l'attention et l'hyperactivité sont en relation étroite avec les problématiques affective que peut traverser l'enfant. Qu'elle soit

antérieur où consécutive à l'hyperactivité, est d'ordre développementale ou psychopathologie, celles-ci doivent faire l'objet d'un intérêt toute particulière.

Cette conception Prévost essentiellement en France plutôt que dans les pays anglo-saxons, qui privilégient l'étiologie neurocognitif du syndrome. L'appréhension du phénomène clinique ou du symptôme «hyperactivité psychomotrice» inclut l'analyse de l'interaction parent-enfant, de même que la structuration de la personnalité de l'enfant. De plus, on note une hétérogénéité clinique lié à l'inscription du syndrome dans différentes organisation psychopathologique ; ainsi, L'abord psychothérapeutique sera fonction des dimensions psychopathologiques principalement dégagées Lors de l'évaluation clinique initiale de la symptomatologie. De même, il sera bien entendu indispensable d'aborder de manière concomitante les tableaux comorbides.

C'est des manifestations cliniques telles que la dépression ou une mauvaise estime de soi peuvent survenir à l'occasion d'un trouble THADA, le trouble lui-même, selon une approche psycho dynamique, doit être considéré comme le symptôme d'un conflit psychique. Ainsi, la dimension structurale ou de l'organisation psychopathologique du fonctionnement mental de l'enfant nécessite d'être interrogée.

L'approche clinique psycho dynamique de l'enfant hyperactif ne peut s'inscrire dans une perspective isolée. En effet, la thérapie nécessite une triple alliance entre l'enfant, sa famille et le(s) thérapeute(s). Une psychothérapie individuel peut ainsi être mené parallèlement à un travail de guidances parentale, de préférence cependant par un autre thérapeute que celui de l'enfant. En effet, le trouble à de telles répercussions sur les parents, la famille, et les interactions que les parents se trouvent régulièrement désarmé et en détresse intense face à la symptomatologie de leurs enfants.

Le travail psychothérapeutique avec l'enfant et lui aussi difficile, du fait notamment des difficultés d'élaboration que peut présenter l'enfant. En effet, ce que l'on appelle la « pensée opératoire » développée au chapitre précédent, laisse entendre que l'enfant, privilégiant le faire à la pensée, ne développe pas suffisamment la capacité d'insight qui lui permettrait de questionner ses symptômes. En effet, ce dernier ne fait pas toujours l'objet d'une plainte de la part de l'enfant, ce sont plutôt les conséquences qui le sont.

De plus, les orientations pour prise en charge psychothérapeutique se font souvent, d'un point de vue de développement psychoaffectif, lors de la période de latence (6-12 ans), période qui justement correspondre à un affaiblissement de l'expression de la dynamique conflictuelle. Le refoulement agit massivement, ne permet pas d'accès facile au conflit, et amène l'enfant à éviter l'interaction psychothérapeutique au bénéfice de la reproduction de

relation à l'adulte sur le modèle actuel de la relation pédagogique ; dans tous les cas, la fantasmagorie reste peu accessible, et les conduites agies prévalent alors.

Toutefois, on peut envisager de conduire une psychothérapie de l'enfant hyperactif en tenant compte de l'histoire familiale dans laquelle il s'inscrit ; les entretiens avec les parents s'avèrent alors indispensables, de manière à appréhender le sens possible attribué par la famille au symptôme.

En fonction des hypothèses psychopathologiques formulées précédemment, l'approche psychothérapeutique devra répondre à la plusieurs axes d'intervention :

- La question de l'interaction : des difficultés dans la rencontre de l'enfant hyperactif avec l'autre sont fréquentes, ainsi que des difficultés dans la relation et donc l'ajustement à l'autre. Ceci peut être mise en relation avec un déficit d'empathie et d'identification qui peut-être interroger à la fois d'un point de vue développementale et psychopathologique ;
- La question de la dimension intersubjective de l'hyperactivité : la relation de l'enfant à l'objet Parentaux, et la question de la séparation d'avec ceci nous amènent à intervenir du côté de développement des processus de pensée.
- La question de la perte de l'objet et de la souffrance dépressive : agressivité et mise en question des objets parentaux, relation entre le fantasme et la réalité, et développement des processus secondaires ;
- Les affects dépressif et les défenses psychique : fantasmatisation et transformation psychique des excitations ;

Le processus de subjectivation : séparation individuation, autonomisation, la question des limites et de l'identité ;

L'approche psycho dynamique de l'enfant hyperactif et complexe car elle demande une intervention multi axial. Par ailleurs, il est souvent intéressant qu'elle puisse être envisagé en Parallèle avec d'autres modes de thérapie, neurocognitif ou encore familiale.

L'utilisation d'objets de médiation

Ce que l'on nomme communément « objet de médiation » ou « médiation thérapeutique » renvoie le plus souvent à l'inclusion dans le dispositif thérapeutique d'un objet réel qui viendra se tenir le travail d'élaboration et de construction imaginaire du patient. Cette conception repose principalement sur les travaux de Winnicott, et en particulier sur la notion d'espace transitionnelle, espace dans lequel se constitue l'objet transitionnel permettant de symboliser la différenciation progressive soi/objet et la construction de la représentation de l'objet externe. Cet espace permet que le travail de séparation d'avec la mère s'effectue on

s'étayant sur un objet de substitution qui permet de tolérer le manque. En référence à cette théorie, l'objet réel permettra ainsi la Co-construction avec le thérapeute d'un espace dans lequel la projection, la mise en jeu dynamique de la vie fantasmatique et son expression au travers d'un objet puissance s'opérer.

Parmi ces techniques, on trouvera dans le travail avec les enfants les arts graphiques, la sculpture-modelage, ou encore les jouets : jeu, dessin, récit à deux.

Le récit à deux consiste, à partir d'un début proposé à l'enfant ou par celui-ci, à développer progressivement une histoire. Le thérapeute et l'enfant interviennent alors tour à tour pour peu à peu faire émerger un scénario imaginaire. Ce dispositif amène le thérapeute à adopter une position active, sensiblement différent de celle qu'il peut pourtrait habituellement à voir. Berger (2005) propose même d'aller plus loin dans le dispositif en écrivant tour à tour des histoires, en écrivant l'ensemble du texte sous la dictée de l'enfant. Dans les cas où l'histoire construite c'étayé sur le jeu avec par exemple des mannequins ou des figurines, il peut tout à fait participer au jeu lui apportant une note structurante et favorisant l'inscription implicite d'un cadre. En outre, cette technique permet de constituer un support nécessaire à la création d'un espace transférentielle dans lequel l'enfant pourra laisser libre cours au processus associatif sans pour autant se trouver appelé trouver dans le registre moteur. On peut ainsi comme le propose M. Berger, ouvrir par une phrase large, du types : « Il était une fois un petit, chien une petite fille », et ainsi de suite, c'est technique ça part en s'apparente au squiggle Winnie Cottiennes (construction dans le jeu ou les dessins d'une histoire imaginaire où chacun interviennent à tours de rôle, et conduisant à une Co-création symbolique par laquelle l'enfant peut exprimer des contenus psychique peu ou pas exprimable on dehors de ce dispositif), en gardant à l'esprit que les constructions communes sont en fait adressées au clinicien et à interpréter comme tel dans le transfert quand c'est nécessaire (Winnicott, 1975).

L'avantage de ce dispositif réside principalement dans l'étayage proposé à un enfant aux ressources associative limitées ; il favorise un aménagement et un écoulement progressifs de l'excitation libidinal, en lui permettant progressivement de s'attacher à des présentations. Néanmoins, il arrive parfois que ce travail de liaison ne s'opérer pas du fait de la difficulté qui a certains enfants à s'autoriser une production fantasmatique exprimable sans qu'elle ne constitue une menace trop importante pour le moi.

Pour conclure, il faut souligner que ce qui et si rechercher et la possibilité pour l'enfant de s'engager dans un travail ou la parole deviendra une alternative possible à l'agitation et à l'excitation. Dans le transfert pourra être réactualisé une relation à l'objet altérer défaillante, à condition que le comportement puisse faire symptômes » c'est-à-dire

devient l'objet d'un discours d'une parole. Alors l'objet ne sera plus considérée uniquement comme menaçant, séducteur ou existant, et un travail de représentation pourra être engagée de manière à ce que la pulsion puisse se lier à des représentations et ainsi être élaborée sont constitués une menace pour le moi.

Familiale

Si Freud concevait la cure psychanalytique comme s'adressant exclusivement à un patient dans le cadre d'une relation duel analysant-analyste, il a néanmoins progressivement perçu la dimension intersubjective et l'inscription groupale et plus spécifiquement familiale du sujet. En effet, dans ce type de prise en charge la famille nucléaire constitue l'élément central de la prise en charge psychanalytique groupale. L'hypothèse est si et que le trouble et au moins on partit voir dans un nombre non négligeable de cas, déterminé par une problématique impliquant tous les membres de la famille, et qu'il ait même une dimension transe générationnelle. Un excellent exemple de prise en charge familiale d'un enfant présentant de comportement insupportable et très des organisateurs est proposé par E. Granjon (2006). L'auteur, dans une perspective psychanalytique, y décrit de manière remarquable le dispositif thérapeutique : le cadre, la règle de libre association et de respect de l'intégrité physique de chacun, les manifestations transférons-contre transférentielle. Elle dit crier ensuite très finement comment, au cours du travail thérapeutique, émergent soudainement une problématique dépressive familiale, en lien avec l'histoire du père est avec son rapport à son propre père. Cette problématique dépressive et alors progressivement mise en relation avec la menace d'un débordement par des angoisses massives.

L'agitation maniaque dont preuve l'enfant, objet de la plainte des parents, participerait ainsi efficacement, par son agitation désordonnée, on maintient de la cohésion du système familial et à la répression d'éprouvés subjectifs dangereux. Puis, après une face très délicate au cours de laquelle le groupe se « ligue » contrat la thérapeute, dans ce qui pourrait apparaître comme un « transfert négatif », apparaît progressivement une phase au cours de laquelle chacun commence à se différencier, et où l'absence de l'un des membres de la famille peut être tolérée. On apprendra alors que quelques mois Avant, un grand-père est décédé, sans que la famille n'ai pu faire de travail de deuil

Ce travail pourra s'opérer au fil de la thérapie, on s'étayant sur le transfert familial sur la thérapeute, qui occupera alors une place « d'aïeul fondatrice, d'organisatrice du groupe familiale ». De ces places, elle permettra progressivement à chacun de s'individualiser et à cette famille de quitter un mode de fonctionnement symbiotique, dernier rempart contre l'angoisse et la dépression. En outre, les comportements difficiles de l'enfant s'éteindront

remarquablement au fur et à mesure de la liquidation d'une inscription identitaire symbiotique de l'enfant en lien à son grand-père et à son père.

Ce court exemple montre bien d'intérêt d'une prise en charge familiale lorsque le symptôme et causé par une problématique ancrée dans l'histoire familiale, alors fréquemment émaillée de trauma, deuils, secrets. . . Il s'agira alors de transformer par le dispositif psychanalytique familiale des traumas on élément symbolique on les inscrivant dans un processus d'historisation. Chacun peut alors se déprendre de l'histoire familiale pour reprendre son développement et sa propre histoire.

Groupale

À côté de prise en charge de type familial peuvent également être proposées des groupes thérapeutiques d'enfants, notamment au sein de structures d'accueil telles que CMPP (centres médicaux psycho pédagogique) ou hôpital de jour. Proposer ce type de traitement psychothérapique comme indication dans l'hyperactivité ne va pas de soi, et peut même sembler paradoxale : comment proposer une thérapie de groupes a des enfants dont on sait que le groupe et précisément un facteur aggravant est une source majeure d'excitation, et donc d'instabilité comportementale ? En outre, l'enfant hyperactif peut être considéré comme un vecteur d'excitation pour les autres enfants. Dans une hyperactivité qui devient contagieuse. Par imitation, d'autres enfants adoptent alors fréquemment les mêmes comportements perturbateurs que l'enfant hyperactif. Le groupe et généralement constitue de 5 à 7 enfants, et de deux ou trois thérapeutes. La fréquence et hebdomadaire, voir bihebdomadaire. Il s'agira d'utiliser les propriétés psychique du groupe en tant qu'objet successible de condenser plusieurs niveaux d'élaboration (Gillioots, 2004).

Tour à tour support vecteur d'investissement, le groupe devient un objet libidinal permettant à l'enfant de passer d'une attitude narcissique autocentrée à une préoccupation pour le groupe et l'externe, soutenant ainsi le passage potentiel de l'excitation motrice autoérotique à l'investissement imaginaire de l'objet :

- par-excitation externe contre la menace dépressive où anxieuse ;
- Support de projection des objets internes ;
- Capacité d'être seul avec d'autres (Winnicott, 1969) ;
- Passage de l'hyperactivité à l'activité, sa suspension puis la verbalisation.

Le groupe comporte un début et une fin. Il est le plus souvent fermé, ce qui implique que d'autres enfants ne peuvent y participer. Ce type de prise en charge, associé le plus souvent possible à un travail thérapeutique parallèle en individuel, semble avoir un réel effet

sur les comportements perturbateurs, en dépit de l'absence d'étude portant sur son efficacité dans l'hyperactivité. (Vincent Bréjard, 2007, p103, 121)

Des modèles théorie actuelle à la prise en charge l'approche du psychomotrices

Le trouble déficit de l'attention /hyperactivité (TDA/H) constitue l'un des principaux objets d'étude de la psychomotricité. Plusieurs études récentes menées par des chercheurs européens montrent que l'incidence de ce trouble est comprise entre 3 et 5% [21,30]. Il est donc essentiel de donner à cette affection toute l'importance qu'elle mérite car c'est une question de santé publique.

Au fil du temps, ce trouble a changé d'appellation, passant du primat de l'hypercinésie avec les applications d'instabilité psychomotrice ou de syndrome hyperkinétique à l'accent mis sur le déficit attentionnel avec la dénomination de trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Il est évident que le changement du cadre conceptuel du trouble a amené les professionnels de santé s'intéressant à ce sujet à faire évoluer et leurs pratiques et leurs outils.

L'évaluation des cadres nosographiques amène aujourd'hui le clinicien à rechercher la triade décrite dans le DSM IV-TR ou la CIM-10, qui constitue la signature de TDA/H : inattention, impulsivité, hyperactivité.

Différentes avancées conceptuelles et technologiques permettent de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents (neuropsychologie, imagerie cérébrale) et aboutissent à plusieurs modèles. En 1997, **Barkley** propose un modèle hybride qui met l'inhibition des réponses automatiques au centre de la pathologie avec des répercussions sur différentes fonctions exécutives. Et là le mérite de condenser plusieurs théories ou modèles explicatifs afin d'envisager le plus largement possible le TDA/H. Toutefois, la question de l'inattention reste un peu en retrait. Par la suite, Sonuga-Barke a proposé une fusion entre son modèle de la version de délai, qui appréhende le tableau clinique du côté d'un déficit des compétences temporelles et le modèle hybride de Barkley : c'est le modèle à deux voies. Cette théorie explicative est certainement aujourd'hui la plus aboutie car elle rend compte de l'intégralité de la symptomatologie ainsi que deux différents facteurs endogènes et exogènes.

Ces modèles ont également modifié les outils d'évaluation et de dépistage et les méthodes ou techniques thérapeutiques de mieux en mieux ciblées sur les déficits cardinaux du TDA/H. La thérapie non médicamenteuse est moins investie sur **le domaine** du TDA/H. La thérapie non médicamenteuse est moins investie sur le plan de la recherche mais cela n'empêche pas des avancées régulières. Il est évident que la chimiothérapie reste

majoritairement utiliser mais plusieurs études montre clairement la supériorité d'un traitement combinant différentes approches :

- Pharmacologie, guidances familiale, méthode psycho pédagogique, psychothérapie, rééducation.
- La rééducation psychomotrice va dans s'intégrer dans une consultation de thérapeutique. Notre action porte sur 3 domaines distincts étroitement intriqué, les symptômes externalisés, les sigles internalisés et en parallèle une action écologique doit être mené sur le milieu familial et scolaire lorsque la situation le permet.

Les troubles externalisés

Ce sont des comportements présenter par l'enfant qui s'adhèrent antinomiques avec tout apprentissage académique ou social. Il est impératif de pouvoir les rendre suffisamment discret pour permettre un minimum d'adaptation. Cela est d'autant plus vrai lorsque l'agitation tu es majeur et qui a aucun traitement médicamenteux n'est prescrit.

Différentes actions sans mener sur la compliance et la motivation l'arête de la réponse en cours l'achèvement de la tâche.

La compliance

Ce concept recouvre la capacité à répondre positivement à une demande fait par l'entourage. Les enfants TDA/H présentant une non compliance qu'il faut clairement distinguer de la désobéissance qui, elle, implique une volonté d'opposition .Ces enfants (n'attendant pas parce qu'ils ne veulent pas mais parce qu'ils ne peuvent pas) c'est compliance et étroitement lié à la notion de motivation.

On distinguera deux types de motivation : la motivation initiale permet d'entrer dans une activité et la motivation Générale permet le maintien des objectifs jusqu'aux thermes de la tâche. Pour cela il est impératif de recourir à certains procédés comportementaux.

Les renforcements

C'est une procédure dans laquelle la présence d'un phénomène, appeler renforçateur, modifie la fréquence d'apparition d'un comportement. Le renforcement est dit positif si le comportement sur lequel il porte voit sa fréquence augmenter et les 10 négatifs si sa fréquence diminue. 6 enfants sont très peu sensible au revoir seulement d'autant plus s'ils sont négatifs. Il faudra alors éviter les renforcements négatif au profit des positive. Par exemple et les plus productif de renforcer verbalement par des félicitations un enfant qui réussit à rester assis sur sa chaise que de le réprimander lorsqu'il se lève. Les renforcements essentiels à mettre en place sont ceux de type social mais au début de la mise en place de cette stratégie des renforcements de nature matériel seront une première étape. Lorsque L'inattention et massive

le sur-renforcement doit être mise en place par une couverture verbal à savoir une verbalisation Massive du thérapeute permettant de contrôler les stimuli sonores et servant de Feed back permanent sur le maintien mémoire des objectifs à atteindre. Cette technique présente des difficultés d'application. Le renforcement doit suivre immédiatement l'émission du comportement attendu. L'absence de conséquences positives ou négativité entraîne progressivement la disparition du comportement jusqu'à extinction. Le choix de renforcement pose la question du besoin et du désir du sujet vis-à-vis de renforcement. Un problème d'éthique peut-être soulevé par le contrôle absolu des sources de renforcement par le thérapeute et l'entourage. Et l'essentiel de tenir compte les bénéfices secondaires d'un comportement, ils entretiennent eux aussi, de façon sournoise et difficile à mettre en évidence le comportement problème par lequel le sujet exerce un contrôle sur son environnement.

Le principe de Premack

Aussi appelé la loi de grand-maman : « tu pourras faire cela après avoir fait ceci », cette méthode est utilisé pour faire apparaître des comportements ne vous adaptez offert disparaître ceux qui sont incompatible avec les comportements désiré. Cela peut prendre la forme de contrat passé entre l'enfant et le thérapeute qui évolueront au fil du temps :

- Pour débiter le thérapeute et l'enfant choisissent chacun nombre égal d'activité qui seront intercalées.
- Ensuite chacun fait une liste des activités qu'il souhaiterait réalisé et choisit dans la liste de l'autre.
- Enfin, lorsque la compliance devient possible on fera choisir uniquement la dernière activité finale de la science d'après.

L'économie de jetons

Il s'agit d'un système de récompenses où l'enfant reçoit des crédits à chaque production d'un comportement recherché par le rééducateur les critères de récompenser doivent être clairement défini antérieurement entre le soignant et le patient. Par exemple chaque exercice mené à son terme de façon autonome rapportera à l'enfant 2 minutes de son activité préférée à réaliser en fin de séance cela étant visualisé par des jetons ou des pièces. La mise en place d'une telle technique doit être assortie de son évolution et des conditions d'arrêt de son usage. L'évolution naturelle de cette hautil et le cout de la réponse: c'est un contrat pour l'arrêt, il faut expliciter dans quelles conditions l'économie sera achevé. Par exemple peut définir que lorsque l'enfant réussit à passer 4 séances consécutives sans se lever on pourra changer de comportement cible ou bien arrêter l'économie.

Le retrait d'attention

Lorsque la technique de gestion du délai n'est pas opérante il faut mettre en place un retrait d'attention : ne pas donner la moindre attention à l'enfant tant qu'il présente un comportement indésirable ou antinomique avec l'activité en cours ne pas montrer la moindre réaction à la sollicitation qui l'adresse dès qu'il paraît tu à nouveau disponible, reprendre ou l'activité été arrêtée, ne pas hésiter à recommencer plusieurs fois pendant une seule et même activité.

Le Time-out

Lorsque l'enfant présente un comportement non gérable parler technique présidente on le met à les cartes des tâches proposées en essayant de dépouiller au maximum son Environnement immédiate. Cela sa compagnie d'un retrait d'attention (ne s'intéresse à lui que lorsqu'il a des comportements tolérables) cela ne doit pas s'apparenter à une punition mets plus à une mise à l'écart d'une situation trop difficile à gérer pour l'enfant.

L'achèvement de la tâche

La technique naturelle qui permet l'accomplissement d'une action en cours jusqu'à son terme et l'utilisation de langage interne. Le langage est utilisé comme régulateur du comportement selon Vygotsky , l'enfant apprendre à réguler son comportement par le langage soliloque qui constitue une aide lors de la manipulation d'objets, permet soliloque constitue une étape intermédiaire durant laquelle le sujet utilise le langage comme un médiateur au niveau cognitif pour Vygotsky, des fonctions psychologiques comme la planification où l'attention ont en effet une origine sociale. Elles ne peuvent en être acquises qui en collaboration avec l'adulte avant de devenir une capacité individuelle. Le soliloque et son intériorisation progressive permettant ainsi la transformation de ses fonctions du plan social et interpersonnelle au plan psychologique et individuel. Winslet, Diaz & Monttero suggèrent que l'enfant substitut le soliloque la collaboration de l'adulte au cours de la résolution d'un problème. Il collabore avec lui-même par le biais de la médiation verbale.

D'après les travaux de Berk et Potts , le soliloque AUTO encourageant aide l'enfant à se concentrer. L'enfant peut par ce moyen surmonter les difficultés qu'il rencontre dans la résolution d'un problème. Les enfants qui commentent leur travail de façon audible utilisent plus de technique non verbale pour surmonter leurs difficultés : compter sur ses doigts ou suivre la ligne du texte à l'aide d'un crayon. Un passage rapide des remarques audible au discours intériorisé permet un meilleur contrôle de l'activité motrice et une meilleure concentration.

Chez les enfants TDA/H la dépendance vis-à-vis du soliloque s'accroît pour compenser leurs difficultés à apprendre. Cela implique la nécessité de mettre en place cette technique le plus tôt possible et de rester vigilant au fait de ne passer à la phase d'intériorisation trop rapidement. Plusieurs éléments suggèrent que le retard dans le développement du soliloque chez l'enfant TDA/H est une conséquence des défauts d'attentions qui limite l'efficacité de l'impact du langage sur les comportements ainsi que le passage vers l'intériorisation.

Les procédés utilisés habituellement reposant sur les programmes d'auto instructions de Meichenbaum et Goodman.

L'apprentissage par auto instruction et un apprentissage cognitif, directif qui propose une explication verbale des stratégies à utiliser pour mener à bien la tâche.

Il se déroule en 5 phases.

1. l'adulte exécute une tâche en se parlant à lui-même à voix haute. L'enfant observe et écoute, par exemple : « je prends la balle rouge dans la caisse, je marche jusqu'au cerceau, je pose la balle à l'intérieur du cerceau ».
2. le sujet exécute une tâche sous la direction de l'adulte dans les commentaires accompagnent l'action.
3. le sujet exécute seul la tâche et se parle à voix haute.
4. le sujet refait la même chose mais cette fois à voix chuchoté.
5. en dernier lieu, l'enfant utilise le langage mental sans aucun signe externe de verbalisation.

Il est impératif d'utiliser le stock lexical usuel du patient, sinon il ne pourra pas s'appliquer des commentaires sortis de la pensée d'un autre. Également il faut s'assurer de la bonne intégration d'une étape avant de passer à la suivante. Lorsque les troubles externalisent moins les séances, il faut rapidement appréhender les troubles cognitifs qui sont au cœur du TDA/H, tout en maintenant les procédés utilisés pour les troubles externalisés.

Les troubles internalisés

Plusieurs fonctions cognitives sont atteintes dans le TDA/H. Les imbrications ne sont pas toujours très claires, et il est donc fondamental pour le clinicien de tenter une approche multiple afin de rechercher les effets les plus larges dans la stimulation des fonctions déficitaires.

Les actions portent sur l'inhibition de la réponse, la distribution de l'attention, la mémoire de travail et la gestion temporelle des actions. La chronologie des interventions à son

importance : il faut que le sujet soit disponible par l'aménagement d'un temps d'observation et d'analyse puis qu'il apprenne à orienter son attention et sélectionner les informations pertinentes, puis maintenir ces informations en mémoire ainsi que le plan d'action dans son ensemble, tout en prenant conscience de la séquence des actions. Ces fonctions sans indispensable à toute apprentissage. L'absence ou le dysfonctionnement d'une de ces fonction aura pour conséquence des difficultés dans les apprentissages académiques notamment. Le motif de consultation le plus fréquent et là l'accès limité dans les apprentissages.

La distribution de la tension

L'attention ne peut pas être appréhendée de façon monolithique. Aujourd'hui la neuropsychologie envisage l'attention comme un ensemble de processus imbriqués qui influent sur plusieurs domaines : perceptif, conceptuel et/ou moteur. C'est une fonction vitale pour permettre des ajustements à l'environnement.

L'attention soutenue

La première forme et la vigilance qui correspondent à un état d'éveil cortical suffisant pour interagir harmonieusement avec son milieu. Une des formes supérieures de la vigilance et l'attention soutenue. Elle se distingue par le caractère volontaire de mobilisation afin de maintenir l'effort de façon continue jusqu'au terme de l'opération. Cette fonction est incompatible avec l'impulsivité qu'elle soit limité ou non dans le temps. On peut alors proposer au sujet de tâches continuer comme tracer un chemin sans interrompre son geste pendant plusieurs minutes, des labyrinthe simple où l'enfant doit découvrir ce qu'il y a au bout de la corde ou du trajet, des recherche d'objets. Il est important qu'au cours de l'exercice les ruptures attentionnels présenter par le patient soin marqué correctement afin d'avoir un effet de feed-back. Les ruptures dans l'attention son peu ou pas détecté par des individus TDA/H, il faut donc fournir moyens qui mettent en relief les effets de telles coupures.

L'attention sélective ou focalisée

Cette fonction permet le tri et la hiérarchisation des informations afin de ne retenir et ne traiter que celle qui sont pertinentes, en inhibant les stimuli parasites. Deux faces doivent être abordées la confrontation à un référentiel externe puis à un référentiel interne. On peut proposer des activités de recherche par comparaison à un modèle (référentiel externe) : il faut indiquer à l'enfant ce qu'il cherche, et lui fournir.

L'inhibition de la réponse

Comme on l'a vu précédemment, Barkley mais cette fonction au cœur du TDA/H. Même si son modèle n'est pas complet, il est pertinent d'envisager cet aspect en rééducation. La mise en place d'une inhibition efficace permet opérationnalisation de plusieurs autres

fonctions comme la mémoire du travail, l'organisation attentionnelle, la planification de l'action. Il faut donc aider ces enfants à se ménager une fenêtre temporelle entre la présentation de la consigne et leur réponse.

Trois types d'actions peuvent en être menés.

- Le délai de réponse. Les moyens d'action pour cette phase pouvant être d'imposer à l'enfant un temps de latence entre la consigne et sa réponse. On peut proposer une activité perspective motrice où l'enfant devra, à la présentation d'une suite de stimulus visuel, réagir à un signal donné mais on le décalant dans le temps au signal suivant en même celui d'après.
- L'inhibition de réponse. Pour cela, l'enfant ne doit pas différer mais inhiber sa réponse spontanée ou celle qui est en cours. Les activités types de cette fonction sans les situations de jeu où l'enfant doit ou non répondre à une sollicitation spécifiée. Le jeu du 1,2,3 soleil fonctionne sur ce principe le Jakadi également.
- La réponse inverse. Implicitement, les deux fonctions précèdent sans se présenter. Il faut pouvoir inhiber la réponse automatique, insérer un délai de réflexion pour appliquer une opération mentale et fournir la réponse adaptée. On peut proposer des jeux de déplacement avec les commandes inversées la droite devient la gauche, l'avant devient l'arrière.

La gestion temporelle

La question du temps est plurielle et les difficultés multiples : la perception, les liens chronologiques, l'anticipation des effets à terme, l'estimation de la durée, la reproduction de rythme.... En premier lieu, c'est la perception de temps qui présente des distorsions. Les enfants atteints d'un TDA/H ont des difficultés à relier les événements avec leurs conséquences lorsque celles-ci sont largement différées. Ceci est dû à un cumul de capacités déficientes chez les porteurs du trouble : la mémoire travail, la sélectivité de l'attention et l'estimation des durées. Barkley estime que l'incapacité à gérer le temps est un des éléments centraux du TDA/H. Il est certainement un des plus invalidants et le plus persistant puisque c'est le symptôme principal de la forme adulte. Il est aussi un des moins visibles. Pour l'évaluer il faut discuter avec les personnes les plus proches des enfants qui seront à même de rapporter les difficultés de perception des données temporelles. Pour ces raisons, on peut dire que les cas de traumatisme crânien frontal. C'est certainement ce déficit temporel qui explique l'impulsivité qui est notamment une incapacité à gérer temporellement d'une tâche. Le temps passe plus lentement pour les enfants TDA/H que pour les autres. L'estimation de la durée est difficile. Quand ils arrivent à mettre en place une action à moyen terme, l'évaluation erronée du temps nécessaire à sa réalisation entraîne chez eux une impatience qui abaisse encore, s'il était

besoin, leur seuil de sensibilité aux stimuli parasites venant du milieu et engendré l'augmentation des comportements impulsifs.

Une des premières techniques à proposer est la visualisation du temps qui passe : l'utilisation d'une horloge dans la petite aiguille a été ôtée et où des secteurs de temps ont été figurés graphiquement, permet à l'enfant de visualiser le temps écoulé pour effectuer une tâche ou réaliser un jeu. Les utilisations de la montre, horloge ou chronomètre doivent être généralisées à tous les compartiments de sa vie où la question du temps est essentielle.

La distorsion perspective peut-être contournée en proposant des idées à l'organisation comme le découpage des tâches en unités dans le temps dévolu sera évalué par anticipation d'abord par l'adulte puis par l'enfant fort de ses expériences. Ce conducteur est efficace car il permet à l'enfant de savoir où ils en sont chronologiquement, mais aussi où se situe la fin de sa tâche. C'est tout trouvé tout sans intérêt en rééducation mais aussi dans un cadre scolaire. Pour les raisons citées précédemment il faut aussi envisager les questions temporelles partielles c'est le déficit associé.

La mémoire de travail

Pour Baddeley, la notion de mémoire de travail n'est pas simplement un monde passif ou transitant des stimuli mais un système dans le rôle et la manipulation des informations temporairement stockées. Elle recouvre plusieurs processus de traitement de l'information. Cette fonction est essentielle pour l'adaptation d'un individu à son milieu car elle est impliquée dans les nombreuses tâches cognitives telles que la compréhension, l'apprentissage, le calcul. Pour Barkley, la mémoire de travail est une des fonctions exécutives à tenir par défaut d'inhibition de la réponse. De faible capacité en mémoire de travail peuvent en conduire Allah magnifique citation de comportement impulsif. Plusieurs études montrent la pertinence d'un entraînement de la mémoire de travail. Il semble donc intéressant de proposer une aide sur la mobilisation de cette compétence peut-être mal utilisée par les sujets TDA/H.

Plusieurs modalités rééducatives peuvent en être utilisées : verbales ou non verbales. Néanmoins plusieurs retours s'accordent à penser qu'une action sur la modalité non verbale est plus efficace.

Au niveau moteur, les sujets TDA/H montrent des capacités inférieures aux enfants ordinaires lors de tâches de visée sans feedback visuel. Cela suggère un problème de programmation du mouvement. Le réglage du mouvement nécessite la capacité à maintenir les informations sensori-motrices et à les utiliser pour adapter le programme en mouvement.

suisant. Des lors, l'imprécision des informations en mémoire de travail pourrait être l'un des facteurs conduisant à une programmation.

CHAPITRE II

Déficit d'attention

Préambule

Chez un enfant d'âge scolaire qui est en développement, Être attentif est nécessaire. Et dans ce premier chapitre on va aborder le trouble de déficit d'attention qui touche presque la majorité de ses enfants et qui perturbe leur apprentissage.

1-Définition :

Déficit : ce qui manque aux recettes pour équilibrer les dépenses (**DICTIONNAIRE DE FRANÇAIS, LAROUSSE, L'éditeur, JUILLET 1997**)

Un trouble de l'attention : il est caractérisé par une inattention excessive une très grande facilité à la distraction et un manque de persévérance dans la réalisation d'une tâche déterminée (Canoui.P et al, 1993, p103)

Déficit d'attention : le déficit de l'attention constitue le deuxième axe majeur du trouble, et lorsqu'il est associé à l'hyperactivité, il constitue le syndrome complet du trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité ou THADA .sur le plan clinique les manifestations du trouble de l'attention se déclinent comme suit :

- hypoprosexie : diminution de l'attention avec distractibilité et difficultés de concentration. L'enfant suit difficilement les consignes, Les règles énoncées extérieurs à la tâche.
- aprosexie : perte de l'attention avec distractibilité extrême et impossibilité de se concentrer de manière durable .Ce stade du trouble de l'attention constitue une aggravation du trouble précédent, avec une incapacité à s'engager dans une tâche nécessitant le maintien de l'attention .Dans cette forme sévère, l'enfant semble même ne pas être en mesure d'entendre ce que dit l'adulte, incapable de focaliser l'attention sur le discours qui lui est adressé.

(Bréjard.V, Bonnet. A, 2007, p38).

Inattention :

Manque d'attention, distraction (**DICTIONNAIRE, L'AROUSSE, L'éditeur, JUILLET 1997**).

Les difficultés que l'enfant manifeste dans le domaine de l'attention ont un aspect à la fois temporel et organisationnel. D'une part, il est généralement incapable de prêter une attention soutenue et prolongée à de nombreuses activités quotidiennes -jeux, repas, travail scolaire corvées-

Et à respecter les règles qui s'appliquent à ces activités. Ces difficultés sont évidentes même lorsque l'enfant prend plaisir à ce qu'il fait et ne peuvent pas être plus simplement expliquées par de la fatigue, un manque d'intérêt, ou de la désobéissance. D'autre part , l'enfant manifeste des difficultés à s'organiser dans de nombreuses activités , même lorsqu'il

s'agit d'activités qu'il a pratiquées à plusieurs reprises et tout à fait à sa portée –comme s'habiller sans la présence constante d'un adulte .Il semble ne pas entendre ce qu'on lui dit , est facilement distrait et oublie rapidement. Il peut, par exemple, être incapable de répéter une consigne simple ou de mener à bien une tâche facile. Ayant du mal à se concentrer, et à s'organiser, il perd vite l'intérêt et abandonne souvent une activité avant de l'avoir terminée. A la longue, il peut aussi éviter un nombre croissant d'activités qui nécessitent une attention soutenue et s'opposer aux adultes qui tentent de l'y contraindre .davantage par manque des capacités attentives nécessaires à mener la tâche à bien plutôt que parce que celle-ci est au-delà de ses compétences, qu'il n'en comprend pas les consignes, ou qu'il s'oppose à l'adulte (APA, 1994 ; OMS, 1993). **(Jean E. DUMAS, 2002, p193).**

2- Le développement d'attention :

Dès les premiers jours de leur vie, les enfants font preuve de sélectivité dans leur perception. Les nouveau-nés regardent préférentiellement certains aspects des formes qu'on leur présente, et ils sont également sensibles à des variations de rythmes et à certains profils de stimulations sonores. L'attention évolue dans les premières années de la vie en passant par plusieurs étapes.

Pendant la première année de l'enfant on voit se développer et s'affiner un système d'attention exploratoire reposant avant tout sur le réflexe d'orientation. On peut parler d'une attention extrêmement dépendante. **(Jean-Paul Mialet, 1999, p111)**

Une première étape se situe aux environs de 2 mois. Initialement, l'enfant répond surtout à l'intensité physique de la stimulation (taille, brillance, etc.). Le réflexe d'orientation parvient à maturité à la fin du premier trimestre. L'attention s'oriente alors davantage vers des formes ; le regard de l'enfant explore l'intérieur de ces formes et non plus seulement les contours. La sensibilité à la nouveauté s'accroît, et la capacité d'un maintien prolongé de l'attention sur des événements complexes se développe. **(Ibid. p112)**

Parallèlement, l'enfant établit un meilleur contrôle de son attention, qu'il peut engager et désengager de façon plus flexible, alors que jusqu'à 4 mois il a souvent de grandes difficultés à se désengager.

A la fin de la première année émerge une nouvelle forme d'attention dont on peut repérer les signes à partir de 9 mois. Cette fois, l'attention est dirigée moins par la nouveauté que par ce qui intéresse les autres et par ce que l'enfant lui-même met en œuvre.

L'attention se met au service d'activités personnelles sur les objets, elle se libère de l'exploration pour se consacrer à la planification et au contrôle de la conduite. Elle devient

auto gérable. Ce développement de l'attention s'inscrit dans le contexte plus large du développement de l'autonomie de l'enfant, et il s'accompagne d'un développement des capacités de contrôle par inhibition. Ce second système d'attention se développe jusqu'aux années préscolaires. Il exerce un ascendant hiérarchique sur le premier système, d'orientation et d'exploration. **(Ibid.)**

On assiste donc dans les premières années de la vie à un glissement du « pilotage par le milieu » On se souvient que nous avons défini, dans l'introduction, l'attention comme une capacité de résistance à la dispersion : cette résistance provient de l'assujettissement de l'attention à une organisation psychique constituées-à un Soi. Ce sujet se construira sur des bases multiples, à la fois affectives, cognitives, sociales et biologiques. Il ne naît pas d'une élimination de l'attention spontanée, exogène : il s'est d'abord nourri d'elle pour se construire, à travers des explorations multiples. Alors que ces explorations étaient au départ comme provoquées par le milieu, il en a pris la maîtrise, et peu à peu, il choisit ce qu'il explore. **(Ibid., pp, 112,113)**

Le passage d'une attention extro dépendante à un attention ego-dépendante est donc corrélatif à la construction de Soi. On peut supposer que si certaines conditions nuisent à cette construction du Soi, l'attention en subira la marque. On peut également imaginer qu'une immaturité de l'attention, du fait d'un déficit quelconque de la construction du Soi, aura des effets en retour sur l'édification du sujet. **(Ibid. p, 113)**

Car, tout en étant le produit de la maturation générale qui permet au sujet de se constituer, l'attention est aussi une condition importante de la maturation. En ce sens, on conçoit que James nous rappelle que développer l'attention est : l'idéal par excellence de l'éducation. Il s'agit d'apprendre à prêter attention à ce qui n'est pas intrinsèquement intéressant, pour satisfaire à des objectifs plus lointains. Ce dégagement de l'attention par l'immédiat qui s'amorce dès les premières années de la vie doit être soutenu et encouragé jusqu'à l'âge adulte. Les choses ne sont intéressantes que parce que nous portons sur elle notre attention ; l'acte d'attention précède l'intérêt et le plaisir, déclare Pillsbury ; sans ériger la contrainte en mode d'éducation, on doit admettre qu'une pédagogie oublieuse de cet aspect volontariste de l'attention n'apprendra pas à surmonter l'éparpillement de l'attention passive. Aider l'enfant à résister à la distraction, l'inciter à savoir se dire « non » pour que, de la dispersion initiale, il émerge une construction, est certainement un des aspects fondamentaux de l'éducation. Mais ce travail éducatif ne peut se faire efficacement que si les autres conditions qui favorisent un développement harmonieux du Soi sont présentes. **(Ibid., pp, 113,114)**

3- Les formes d'attention :

Il existe trois formes essentielles de l'attention :

3-1 L'attention soutenue : consiste à maintenir pendant un temps relativement long (10 mn) son niveau d'attention sur une tâche. Des épreuves de barrages d'un ou plusieurs stimulus cibles parmi des destructeurs sont fréquemment utilisées pour ce faire.

3-2 L'attention sélective : pour être définie comme la capacité à se focaliser sur une dimension d'un stimulus tout en inhibant les aspects non pertinents. Dans le test de Stroop, les sujets sont mis en présence de noms de couleurs écrits avec une encre de couleur incompatible avec le mot et doivent, dans la condition dite d'interférence, inhiber la réponse automatique qu'est la lecture du mot, pour donner une réponse moins évidente qui est la dénomination de couleurs, ce qui met en jeu d'une part l'attention sélective et d'autre part les processus inhibiteurs.

3-3 L'attention divisée : consiste en une affectation optimale des ressources entre différentes sources d'informations en partageant ou en changeant rapidement la focalisation de l'attention du fait de l'incapacité à traiter les informations en parallèle. Elle est sous la dépendance de trois facteurs : les ressources de traitement disponibles, la nature des tâches associées ainsi que les stratégies d'allocation des ressources. D'un point de vue expérimental, on utilise des paradigmes de doubles tâches qui nécessitent de réagir à deux séries de stimuli se produisant simultanément. (REVOL.O, BRUN.V, 2010, p13-14).

4- L'impact ou l'influence d'un déficit d'attention sur le développement de l'enfant :

L'enfant souffrant de troubles de l'attention présente régulièrement une bonne intelligence mais il écoute peu et se trouve souvent dans des épisodes de « brouillards » confusionnels (au sens non psychiatrique du terme), et peut alors être pris en défaut en situation scolaire.

Ayant le sentiment de mal comprendre, l'enfant trouve des réponses compulsives (comportement moteur de type agitation, bavardages, etc.) ou d'évitement des tâches à réaliser. (Brejard.V, Bonnet. A, 2007, pp, 16,17)

L'enfant qui présente un trouble de l'attention a un déficit d'intégration neurocognitif. Ce déficit implique un mode de perception et d'analyse qui favorise la globalité et la simultanéité au détriment de la logique et de la conséquence. Cependant, les conséquences ne sont pas uniquement cognitives ou comportementales, mais aussi affectives, dans la mesure

ou l'enfant se trouve en situation de décevoir, d'être mal compris, et souffre dans ses relations interpersonnelle. **(Brejard.V, Bonnet. A, 2007, p17)**

Prise en charge

Là, ou plutôt les prise en charge de l'hyperactivité chez l'enfant font l'objet de débat contradictoire, dus fréquemment à une perception souvent réductrice des prétendus tenants de la prescription généralisée de psychostimulant. Cette position ne constitué pourtant aucunement une remise en cause de la nécessité d'une prise en charge multimodale des symptômes. Un consensus semble néanmoins se dégager actuellement autour d'une approche globale de l'enfant hyperactif, associant si nécessaire une prise en charge complexe comprenant dispositif psychothérapeutique, prescription pharmacologique et éventuellement paramédical. L'objectif principal devra être, à partir de l'évaluation pluridisciplinaire initial, la mise en place d'une stratégie thérapeutique personnalisé prenant en compte la spécificité de la symptomatologie, son retentissement sur la qualité de vie objective (observées par l'entourage) et subjective (exprimer par l'enfant) replacé dans l'organisation psychologique du sujet.

Dans cette partie, nous exposerons les principaux axes thérapeutique actuellement proposer dans la thérapie de l'enfant hyperactif, leur intérêts et limites respectifs, en nous attardant plus longuement sur les aspects psychothérapeutiques. **(Vincent Bréjard, 2007, p100)**

1. prise en charge pharmacothérapies

Dans la prise en charge de l'hyperactivité, la place de la prescription, il paraîtrait peu raisonnable de défendre des positions radicales rejetant en bloc toute idée de prise en charge pharmacothérapies de l'hyperactivité. Tout aussi extrême serait une position affirmant la nécessité d'une prescription dans chaque cas. Dans ce contexte, la place de la prescription dans la prise en charge de l'hyperactivité doit s'inscrire dans une approche multimodale du trouble, et faire suite à une évaluation fine de l'enfant hyperactif dans sa globalité. Nous présenterons d'abord le principal traitement disponible en France, puis nous évoquerons brièvement d'autres traitements possible, tel que les antidépresseurs.

1.1 intérêts et limites de la chimiothérapie : la question de la Ritaline

Au sein de la chimiothérapie de l'hyperactivité, les psychostimulants restent le traitement de choix. Malheureusement, comme si d'ailleurs souvent le cas dans la prise en charge des troubles mentaux, ce traitement est uniquement suspensif de trouble mais on ne guérit pas l'enfant de manière définitive. Ceci explique que dans les cas où l'enfant oublié de prendre son traitement, les symptômes comportementaux et l'instabilité réapparaissent rapidement, ce que ne manquent pas de remarquer l'entourage ou l'école. Le Seul

psychostimulant autorisé à la prescription en France dans le cadre de lit par activité et le métylphénidate. Les principales critiques Formulées à l'encontre de son utilisation n'ont pas trouvé pour le moment de confirmation évidente dans les travaux effectués. Parmi celles-ci on peut trouver :

- risque de survenue de manifestation psychotique;
- risque de retard de croissance ;
- Potentiel adductif et prédisposition à une utilisation toxicomaniaque du produit ;
- Il faut néanmoins remarquer qu'un usage abusif du métylphénidate a été observé, non pas chez les hyperactifs traiter mais plutôt sois dans un cadre d'expérimentation d'un nouveau psychotrope chez des sujets déjà engagé dans une consommation festive. d'autres produits, soit chez des sujets poly toxicomanes dans le cadre d'un multi-usager.

Ceci explique que la prescription de Ritaline soit très encadrée et réglementé :

- Inscription sur la liste des produits stupéfiants ;
- Prescription sur ordonnance sécurisée pour 28 jours renouvelable ;
- Validité : un an ;
- Le renouvelable peut être effectuée par le médecin généraliste, mais sans modification de l'ordonnance.

Cet ensemble de règles vise à garantir une utilisation réfléchie, responsable est encadré par les spécialistes, des médicaments psychotropes dans les effets sur la qualité de vie de l'enfant sont indéniables. Les études effectuer surnom efficacité montrent une amélioration significative dans 70 % des cas de la symptomatologie comportementale, avec semble-t-il peu d'effets secondaires. Il n'y a pas d'effet direct de la Ritaline sur les troubles cognitif ou psychopathologiques associés.

Malgré ces différents points positifs, sa prescription doit néanmoins rester à nos yeux limiter aux cas peu nombreux pour lesquels il semble existe un trouble neurologique et où des prises en charge alternative se révéleraient insuffisant, voir seraient mises en échec.

Afin d'alimenter la réflexion du lecteur sur ce point, nous présenterons brièvement une étude remarquable (Berger, 2005b) ; des enfants dont l'instabilité avait nécessité la prescription de Ritaline ont été prise en charge en psychothérapie n'étaient pas informés quand une posé était faite dans le traitement. Après la fin de la thérapie, la qualité des séances a été croisée avec le calendrier des pauses dans le traitement pharmacologique. Le constat et son appel : les séances « inutilisable » dans lesquelles l'enfant n'avait pu s'impliquer dans le

dispositif de la séance correspondaient précisément aux dates où le traitement était suspendu, cela ne constitue bien événement pas un argument pour la prescription systématique, mais renvoie plutôt à une utilisation raisonnée de celles-ci dans laquelle il s'agit de traiter le patient sa globalité et pas uniquement la maladie.

1.2 autres traitements pharmacologiques

D'autres types de traitement ont fait l'objet de tentatives plus ou moins concluantes. Parmi ceux-ci, seuls les antidépresseur semblent présenter des effets parfois bénéfique sur les l'hyperactivité. Il apparaissent d'ailleurs plus comme un élément complémentaire de la prise en charge dans les cas où il existe un élément complémentaire de la prise en charge dans les cas où il existe un trouble dépressif majeur associé à l'hyperactivité chez certains enfants, dans d'autres cas, l'efficacité de l'antidépresseur peut découler de ses effets sur un authentique syndrome dépressif que les comportements hyperactifs masquaient opportunément. Ne restons néanmoins très prudents dans les conclusions psychopathologiques à titre de cas différentes éléments, et mettons en garde contre des conclusions trop rapidement tirer sur les relations entre dépression et hyperactivité, qui tenteraient de justifier la prescription inutile de ce type de traitement. (Vincent Bréjard, 2007, p.100, 103)

Conclusion

On conclut alors à la fin de ce chapitre que le trouble de déficit d'attention impacte généralement les enfants d'âge scolaire ce qui va influencer négativement sur son rendement scolaire situation sociale.

CHAPITRE III

L'hyperactivité

Préambule :

Dans ce chapitre on va présenter l'hyperactivité qui est l'un des troubles psychopathologique caractérisé par une activité motrice débordante. Ce trouble est sévère, grave car il a un impact négative sur le développement de l'enfant dans tous les cotés

1- Définition :

Une hyperactivité : elle se manifeste par une activité motrice inappropriée , désordonnée , sans but précis .l'enfant n'arrive pas à se tenir en place , court , saute sans cesse , gigote , parle , fait du bruit . **(P.CANOUI et al, 1993, P103).**

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

L'hyperactivité, en tant que syndrome dominant, associe des perturbations comportementales à des perturbations de la sphère cognitive, indépendamment de la présence de déficit de l'attention.

On ne peut ainsi spécifier deux types de syndrome : l'hyperactivité globale associe les symptômes moteurs à la présence de troubles cognitifs, de troubles attentionnels, de trouble des apprentissages, de difficultés scolaires et constitue une forme d'apparition précoce ;

L'hyperactivité situationnelle est dépendante du contexte, elle n'intervient que dans une situation particulière (maison, école, etc.)

Outre ces deux spécifications du trouble, son expression clinique dépend également de l'âge de l'enfant au moment de l'apparition des premiers signes. **(Bréjard.V, Bonnet. A, 2007, PP27-28).**

L'ADHD est un trouble fréquemment puisqu'il touche 3 à 5 % des enfants d'âge scolaire pré-pubères. La caractéristique essentielle du trouble est un mode persistant d'inattention, hyperactivité/impulsivité, plus fréquent et plus sévère que ce qui peut être observé chez un sujet de nouveau de développement similaire. Il apparait dans de multiples contextes (scolaire, familial, social). Il altéré de façon significative le fonctionnement social, scolaire, émotionnel et familial. C'est un trouble chronique qui survient tôt dans l'enfant et qui peut persister à l'adolescence, voire à l'âge adulte. Aux manifestations d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité, s'ajoutent souvent une labilité émotionnelle excessive, des

comportements d'intolérance aux frustrations et d'opposition qui aboutissent fréquemment à une exclusion de l'enfant du milieu scolaire et à une situation d'intolérance familiale. (Ménéchal.J, 2004, pp, 27,28)

2- Aperçu historique du trouble de l'hyperactivité :

Les développements théoriques et pratiques ont permis de voir se détacher deux types d'approches de la clinique : une approche privilégiant l'appréhension globale du phénomène et de la personne (dimension de l'affectivité), et une approche centrée sur les processus cognitifs et comportementaux, privilégiant la dimension opératoire (observables reposant sur la définition de critères se voulant objectifs) et le concept.

L'hyperactivité en tant que phénomène clinique a attiré l'attention des cliniciens et chercheurs dès le milieu du XIX siècle. Les travaux dans le domaine sont, dans un premier temps, français et européens, puis dans un second temps suivront des travaux anglo-saxons, essentiellement appuyés sur des hypothèses neurobiologiques.

L'instabilité et les perturbations de l'attention sont les principaux signes relevés à l'époque de ce qui sera ensuite identifié comme syndrome de l'hyperactivité. Ce syndrome est précédé de l'hypercinésie (tendance au mouvement exagéré), de l'agitation et de l'instabilité.

(Brejard.V, Bonnet. A, 2007, p9)

Le Grand Dictionnaire de la psychologie (Larousse, 1991) donne la définition suivante de l'attention : c'est l'activité par laquelle un sujet augmente son efficacité à l'égard de certains contenus psychologiques (perception, intellection, souvenir) .Ce concept implique la sélectivité et la focalisation des activités de traitement de l'information, mais évoque également la concurrence possible entre certaines opérations, de traitement. On parle actuellement de processus attentionnels pour désigner le fonctionnement des opérations cognitives ; cette distinction permet d'aller au-delà de la simple désignation de phénomènes tels que la préparation à l'action (focalisation), la sélectivité des informations, et la concurrence des opérations de traitement de l'information.

Souvent, attention perturbée est accompagnée d'une instabilité sur le versant moteur tout d'abord, mais aussi sur le versant psychique. L'instabilité désigne la tendance à changer rapidement d'état émotionnel, ainsi que la difficulté à fixer son attention et à poursuivre une tâche au-delà d'un temps très court. On parle également d'instabilité psychomotrice pour désigner les perturbations comportementales et celles de l'attention.

Hoffman, en 1845, décrit ce phénomène à l'occasion d'une comptine écrite à l'attention de son fils Phil (Lecendreux, 2003) :

« Toujours agité, Phil, ne tient jamais en place, Bouge et tortille, Se balance d'avant en arrière, Ne reste jamais sur sa chaise ... »

En France, l'hyperactivité n'est pas encore un concept, mais le deviendra grâce aux évolutions de la recherche à la fin du XIX siècle.

Le docteur Bournonville met en effet l'instabilité en relation avec la suggestibilité et l'agressivité ; il a remarqué chez des enfants qu'il qualifiait de « débiles instables » que ces deux signes étaient associés à une instabilité psychomotrice. Son traité, *Le Traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie (1897*), retient le terme d'idiotie (forme d'arriération mentale) pour qualifier les enfants atteints du syndrome déficit comme suit : « indifférence aux observations, désobéissance, indiscipline, mais suggestibilité et soumission aux personnes qu'ils aiment ».

Cette connotation déficitaire concernant les enfants atteints d'instabilité et de perturbation de l'attention les poursuivra jusqu'à aujourd'hui : on la retrouve dans l'intitulé du syndrome d'hyperactivité déficit de l'attention. **(Brejard.V, Bonnet. A, 2007, pp 9,10)**

L'instabilité restera ainsi pendant quelques années un syndrome posé comme particulier, et relevant de ce l'on pourrait appeler aujourd'hui des troubles du comportement. Au début du XX siècle, en Angleterre, c'est le pédiatre Georges Still (1902) qui décrit le premier le système le syndrome que l'on connaît actuellement sous le nom d'hyperactivité ; en France, ce terme apparaîtra plus tardivement. Il faudra attendre 1911 avec Dupré pour que l'instabilité fasse l'objet d'un regroupement syndromique et pose les premiers jalons d'une d'élimination nosographique. **(Ibid., p11)**

3-Les signes et les symptômes du trouble hyperactivité :

3.1. Sphère comportementale : l'hyperactivité et l'impulsivité

Le domaine du comportement est, de l'ensemble du syndrome, celui qui est plus visible et qui motive le plus fréquemment la demande de consultation. De fait, les enfants souffrant d'hyperactivité ont un niveau d'activité motrice supérieur aux enfants du même âge. On observe ainsi toute une gamme de comportements désordonnés dont la caractéristique majeure est l'excès quantitatif et le niveau hautement perturbateur.

Pour situer les comportements excessifs de l'enfant nous allons citer quelques exemples susceptibles de constituer des indicateurs forts des difficultés comportementales :

- ✓ instabilité comportementale : tendance à être systématiquement en mouvement
- incapacité à rester assis en contexte scolaire par exemple. L'enfant pourra ainsi se

laisser glisser de sa chaise, y remonter, puis de nouveau en descendre, puis y remonter, répétant ce cycle à plusieurs reprises.

- ✓ mobilisation du tronc, des membres, activité motrice quasi permanente des mains des pieds ou encore des membres, tortillement du buste.
- ✓ Mise en danger : les déplacements sont l'occasion de courses désordonnées, d'escalades de murs ou d'arbres pouvant constituer de réelles mises en danger.
- ✓ impulsivité : incapacité à différer une réponse comportementale ou verbale. L'enfant par exemple commence une tâche avant que l'adulte ait terminé l'exposé de la consigne. **(Brejard.V, Bonnet. A, 2007, pp, 36,37)**
- ✓ dyspraxie : maladresse chronique, l'enfant ayant des difficultés à réaliser une gestuelle précise. Les perturbations apparaissent d'autant plus flagrantes que la tâche est précise et nécessite des étapes complexes.

Chez ces enfants, l'apparente incapacité à inhiber les comportements en dehors d'un contexte approprié est frappante. Ces éléments témoignent en fait de leur réelle difficulté à contrôler le niveau de leur activité motrice. A l'observation, l'adulte est souvent confronté à une agitation ininterrompue, et décrit l'enfant comme une pile électrique. Le déficit dans le contrôle comportemental est particulièrement visible chez les enfants de moins de 6ans, constamment en mouvement, courant de droite à gauche, montant sur les meubles, les tables, les murets dans une activité incohérente et désordonnée, sans véritable but. **(ibid.,p37)**

3.2. Sphère cognitive : le trouble de l'attention

Le déficit de l'attention constitue le deuxième axe majeur du trouble, et lorsqu'il est associé à l'hyperactivité, il constitue le syndrome complet du trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité ou THADA. Sur le plan clinique les manifestations du trouble de l'attention se déclinent comme suit :

- ✓ hypoprosexie : diminution de l'attention avec distractibilité et difficultés de concentration. L'enfant suit difficilement les consignes, les règles énoncées, il manifeste de l'ennui ou se laisse facilement distraire par des éléments extérieurs à la tâche.
- ✓ aprosexie : perte de l'attention avec distractibilité extrême et impossibilité de se concentrer de manière durable. Ce stade du trouble de situation constitue une aggravation du trouble précédent, avec une incapacité à s'engager dans une tâche nécessitant le maintien de l'attention. Dans cette forme sévère, l'enfant semble même ne pas être en mesure d'entendre ce que dit l'adulte, incapable de focaliser l'attention sur le discours qui est adressé. **(Bréjard.V, Bonnet. A, 2007, p38)**

3.3. Sphère émotionnelle :

Si la majorité des descriptions du syndrome s'appliquent à décrire les deux dimensions précédentes, une troisième, bien que tout aussi significative, n'est pas systématiquement présent. Pourtant, il suffit de peu de temps pour noter l'importance des difficultés sur le plan émotionnel, Ce versant est touché sur les plans suivants :

- ✓ euphorie et état d'élévation : l'enfant présente fréquemment une humeur positive excessive, avec des expressions de joie exagérées, pouvant paraître « forcées ».
- ✓ instabilité émotionnelle : l'instabilité touche également le domaine émotionnel, avec un enfant pouvant passer brutalement du rire à la colère, à la bouderie. Il peut en outre passer rapidement d'une activité qui paraissait lui procurer du plaisir à une autre, le plaisir procuré ne constituant pas un critère majeur de maintien d'un comportement dans une tâche.
- ✓ crises de colères : elles sont fréquentes, en réaction aux limites et règles venant de l'environnement. Leur survenue est fréquemment causée par la contrainte d'observer une période de calme et de silence.

Elles s'expriment le plus souvent sous forme de cris et de gesticulation, dans lesquels l'enfant cherche à échapper à l'adulte. **(Brejard.V, Bonnet. A, 2007, p39)**

- ✓ Dysphorie : il n'est pas rare d'observer, masquée au premier abord par le versant spectaculaire des comportements présentés, la présence latente de sentiments de malaise, de tristesse, mais aussi de toute une gamme d'affects négatifs.

NB : la présence de certains auteurs (voir Athanassion-popesco, 2004, et Diatkine, 1995) à émettre l'hypothèse d'une hyperactivité considérée comme une défense maniaque contre la dépression. Cette conception qui a certes le mérite de proposer une explication psychopathologique des comportements hyperactifs, a été abandonnée par Diatkine lui-même. **(Ibid. p40).**

4-Les formes cliniques de l'hyperactivité :

4-1.forme à hyperactivité prédominante :

Les cas où les symptômes sont pour l'essentiel situés dans le domaine comportemental sont surtout rencontrés chez le jeune enfant, ce qui a pour corollaire la difficulté importante à caractériser le trouble, démarche fondée essentiellement sur des critères quantitatifs : l'enfant est trop instable, trop agité...Il présente alors principalement une activité motrice d'un niveau supérieur à la norme, à distinguer des comportements exploratoires caractéristiques de la tranche d'âge de référence. **(Brejard.V, Bonnet. A, 2007, P42)**

4-2. Forme à trouble de l'attention prédominante :

Dans cette forme symptomatique, c'est au contraire la sphère cognitive dans ses aspects déficitaires qui est repéré. On peut décrire successivement les troubles suivants : trouble de la mémoire à court terme, ce qui perturbe les capacités de mémorisation et de résolution de problèmes, trouble de l'attention sélective, avec difficultés à distinguer l'information pertinente de l'information secondaire, et enfin difficultés inhiber l'impulsivité au plan cognitif, ce qui se traduit par des réponses a priori, sans en compte de l'ensemble des éléments du contexte pour déterminer la réponse. Les conséquences de ses difficultés sur le plan scolaire sont fréquemment dramatiques, conduisant de façon quasi-systématique l'enfant à une situation d'échec académique. Une orientation en classe d'intégration est fréquemment proposée, car elle permettra à l'enfant de bénéficier d'une scolarité adaptée tant au plan des tâches demandées que d'une prise en charge pédagogique plus individualisée.

En outre, l'effectif réduit permet à l'enfant d'être moins sollicité par le groupe-classe et donc d'évaluer dans un milieu où les sources de stimulations et donc d'excitation peuvent être mieux régulées. (Bréjard.V, Bonnet. A, 2007, p43)

4-3. forme mixte :

La forme mixte-ou complète-du syndrome hyperactivité/trouble déficitaire de l'attention réunit dans un même tableau les difficultés dans le double registre cognitif et comportemental. L'enfant Du reste, cette association est fréquemment rencontrée en pratique clinique L'enfant présente alors de graves difficultés, dont la portée est directement liée à l'intensité de la symptomatologie. (V.Bréjard, A. Bonnet, 2007, p44)

Nous ne reviendrons pas sur la description de chacune des deux dimensions déjà effectuée ci-dessus. Nous nous limiterons ici à souligner le caractère extrêmement handicapant de ces troubles sur le plan des acquisitions scolaires et de la socialisation, ainsi que sur la dynamique psychoaffective. (Ibid.)

5-Les facteurs de risque du trouble de l'hyperactivité :**1. facteurs biologiques :**

La question de rôle et de l'importance des facteurs biologiques dans l'hyperactivité fait l'objet de nombreux débats, comme d'ailleurs dans le cas d'autres troubles psychopathologiques, tels que la schizophrénie par exemple. Notre propos se limitera ici à une synthèse de ces approches et à des éléments de réflexions les concernant.

1.1 Éléments génétiques :

Les études génétiques utilisent différentes méthodologie, en particulier la méthode des jumeaux monozygotes (un seul œuf fécondé qui se divise en deux : patrimoine génétique rigoureusement identique) à celles de jumeaux dizygotes (deux œufs séparés fécondés par deux spermatozoïdes : patrimoine génétique correspondant à celui d'une fratrie classique). Il est également possible d'observer les caractéristiques de jumeaux monozygotes ou vrais jumeaux lorsque ceux-ci ont été séparés dès la naissance et élevés dans des milieux différents. Ces deux types d'études permettent respectivement de comparer d'une part le rôle du patrimoine génétique commun, et d'autre part le rôle de facteurs externes (**Brejjard.V, Bonnet. A, 2007, p78**).

Dans le cas de l'hyperactivité, il semble bien exister une composante génétique (Berkeley et Mash, 1996 ; Hechtman, 1994). En premier lieu, on observe que la prévalence (nombre de personnes atteintes d'une certaine maladie à un moment donné dans une population donnée) de l'hyperactivité est 5 à 6 fois plus élevée dans les familles d'enfants atteints que dans les familles d'enfants sans hyperactivité. Ces éléments sont à mettre en relation avec une étude (Loney et al. 1997) qui montre que les pères biologiques d'enfants présentant des symptômes comparables dans leur enfance. (**Ibid.**)

En second lieu, différents travaux tendent à mettre en évidence une concordance (corrélation entre la présence du trouble chez deux personnes) plus importante chez les jumeaux monozygotes que chez les dizygotes. Ces résultats semblent soutenir l'hypothèse d'une vulnérabilité génétique.

Enfin, dans le cas d'étude d'adoptions, certains travaux ont montré l'existence, chez les parents biologiques d'enfant présentant un tableau d'hyperactivité, une plus grande fréquence de difficultés d'adaptation (agressivité, délinquance...) Les auteurs concluent à une plus forte probabilité de présenter un trouble de l'hyperactivité lorsqu'il existe des antécédents parentaux de troubles du comportement. Ils pondèrent néanmoins fortement leurs conclusions en soulignant que le lien entre comportements antisociaux des parents et THADA chez l'enfant n'est pas direct, mais réside plutôt dans la comorbidité entre hyperactivité et agressivité.

De plus, les auteurs observent que le lien entre trouble parental et trouble chez l'enfant devient particulièrement évident lorsque l'enfant est adopté dans un milieu pouvant être considéré comme « à risque » : psychopathologie chez un membre de la famille d'adoption, famille de statut socio-économique faible. Ceci montre bien l'importance du contexte familial d'accueil et de l'environnement dans lequel évolue et se développe l'enfant, soutenant une

approche plurifactorielle du trouble dans laquelle les éléments génétiques ne constituent qu'un point du processus pouvant conduire à un tableau d'hyperactivité. (**Brejjard.V, Bonnet. A, 2007, pp, 79**)

En outre, nous ne pouvons que souligner une fois encore la difficulté qu'éprouvent les travaux présentés ici (et ce pour des raisons sans doute méthodologiques) à s'extraire de la confusion fréquemment retrouvée entre hyperactivité-impulsivité et comportements agressifs-impulsifs. Le fait que l'impulsivité soit retrouvée dans les deux cas constitue une sorte de <<condensation>> (si l'on peut s'autoriser ce terme dans ce contexte) à notre avis préjudiciable à toute conclusion générale en termes d'étiologie génétique dans le THADA. (**Ibid.**)

1.2 Eléments neurobiologiques :

Les études portant sur le rôle des facteurs neurobiologiques dans l'hyperactivité ont connu une exploration spectaculaire depuis le début des années 1990. Leur objectif principal a été, en utilisant des techniques électrophysiologies modernes (imagerie par résonance magnétique, mesure des débits sanguins cérébraux, étude des potentiels évoqués cérébraux), de mettre en évidence des troubles du fonctionnement cérébral, plus précisément dans les structures cérébrales impliquées dans l'inhibition et la régulation des comportements (lobe frontal notamment). Néanmoins, nous tenons à souligner, comme le font d'ailleurs avec prudence les chercheurs utilisant ces méthodologies (Berkeley et Mash, 1996) plusieurs limites inhérentes à ce type de travaux :

- ✓ résultats souvent contradictoires d'une étude à l'autre.
- ✓ prise en compte faible, voire inexistante, de comorbidités fréquemment présente.

Ces remarques amènent à conserver une attitude de grande prudence à l'égard de ces travaux, et à se méfier des conclusions hâtives que le lecteur pourrait être tenté de faire en les parcourant. (**Brejjard.V, Bonnet. A, 2007, pp, 79,80**)

L'un des principaux modèles issus de ces travaux a été proposé par Gray (Gray, 1987). Ce modèle, essentiellement neuropsychologique, s'applique préférentiellement au versant comportemental de l'hyperactivité, mais a néanmoins connu un succès important. Il repose sur le modèle de personnalité de Gray (1987) qui postule l'existence de trois systèmes neurobiologiques chargés de réguler les comportements et les interactions de l'individu avec l'environnement. Il existerait ainsi un système d'activation comportementale favorisant l'exploration, un système d'inhibition comportementale agissant sur le contrôle, et enfin un système d'éveil général régulant la vigilance. Dans le cas du THADA, il existerait ainsi un trouble du fonctionnement du système d'inhibition, qui conduirait à un échec des capacités de

contrôle et d'arrêt des comportements exploratoires, d'où la production d'une activité désordonnée et excessive. En outre, il existerait un lien entre système d'inhibition et système d'éveil (chargé de la régulation de la vigilance et de l'attention) : l'inhibition comportementale augmenterait parallèlement à l'action de la vigilance, d'où l'émergence du trouble de l'attention conjointement à l'hyperactivité dans le THADA. **(Brejard.V, Bonnet. A, 2007, p80).**

Différentes recherches ont apporté des éléments soutenant ce modèle, en montrant notamment que les enfants présentant un trouble de l'hyperactivité ont des difficultés importantes à inhiber un comportement, même s'ils sont récompensés en cas de réussite dans le contrôle comportemental. Néanmoins, ce modèle présente une lacune importante : il propose une étiologie commune et générale (peu discriminante ?) Pour des symptômes en réalité bien différents : troubles de l'attention, hyperactivité, impulsivité... **(Brejard.V, Bonnet. A, 2007, pp, 80,81)**

2. Facteurs cognitifs :

Afin de tenter d'apporter des éléments de réponse à ce constat, un second modèle, plus cognitif, a été proposé par Barkley (1997). Il considère l'hyperactivité comme liée à un déficit dans plusieurs fonctions exécutives dont le dénominateur commun serait le lien avec le système d'inhibition comportementale, qui aurait pour fonction :

De favoriser la capacité à différer la réponse à un événement de l'environnement. **(Brejard.V, Bonnet. A, 2007, p81)**

✓ D'utiliser le fait de ne pas répondre immédiatement pour planifier la réponse la plus adaptée, qui ne sera pas forcément celle qui apportera une gratification immédiate (un exemple type est la capacité que l'on a développée d'envisager un gain important à moyen ou long terme plutôt qu'un gain de faible importance à court terme). L'exemple classique chez un enfant hyperactif est la difficulté, voire l'incapacité, à renoncer à un paquet de bonbons obtenu tout de suite au profit d'un jouet, par ailleurs désiré fortement et considéré intrinsèquement comme plus important, qui sera reçu dans quelques jours.

✓ De faire en sorte que le temps instauré entre perception et réponse comportementale reste protégé de détracteurs éventuels. **(Ibid.)**

En fait, Berkeley estime que les capacités d'inhibiteurs se construisent progressivement au cours du développement de l'enfant, parallèlement au développement du langage, et il recense quatre fonctions exécutives spécifiques qui en découlent.

✓ -la mémoire de travail : ce type de mémoire est essentiel dans l'anticipation d'une réponse à fournir et l'organisation, la planification de l'action en comparant des événements très

récents à d'autres déjà expérimentés. Elle permet également l'imitation, le jeu et la représentation, ainsi que la résolution de problèmes.

- ✓ l'autorisation affective et motivationnelle : cette fonction est directement liée aux capacités d'inhibition de la réponse immédiate.
- ✓ Elle permet la prise de distance envers l'environnement, et facilite la régulation des états affectifs internes suscités tout en autorisant la prise en compte de la subjectivité autrui.
- ✓ l'intériorisation du langage : cette capacité renvoie au <<discours intérieur>> et favorise l'organisation et la planification de l'action. Elle intervient également dans le développement de la moralité et des capacités de la conscience réflexive. **(Brejard.v, Bonnet. A, 2007, p82)**
- ✓ l'analyse et la synthèse comportementale : cette dernière fonction fait appel aux compétences développées par l'enfant pour percevoir, analyser et combiner les éléments d'une tâche ou d'un problème afin de s'adapter en permanence aux variations de l'environnement. La créativité ou l'inventivité sont de bons exemples de situations concrètes où ces compétences sont utilisées. Les enfants hyperactifs éprouvent de grandes difficultés dans ce domaine(en plus des trois précédents) ce qui les conduit à répéter de manière stéréotypée une réponse adaptée à un problème, quand bien même certains éléments de la situation ont évolué et que la réponse n'est donc plus adaptée.
- ✓ Ceci conduit à des comportements de persévération sans prise en compte des renforcements éventuels. **(Ibid.)**

Ce modèle, pour intéressant qu'il puisse paraître, ne repose pour le moment que sur un nombre restreint d'éléments empiriques au sens où peu de travaux ont tenté d'opérationnaliser les liens entre ces grandes fonctions et les symptômes de l'hyperactivité. Néanmoins, le rôle des processus d'inhibition et des fonctions cognitives qui en dépendent paraît une piste importante susceptible, en interaction avec d'autres facteurs, d'expliquer certains sous-Types de THADA, en particulier les formes à prédominance comportementale ou mixte. **(Ibid.)**

3. Facteurs familiaux :

Le rôle des facteurs familiaux dans l'hyperactivité est un fait aujourd'hui incontestable. Une quantité de travaux ont tenté d'apporter des éléments de réponses aux interrogations concernant l'influence de la famille sur le trouble. Afin de clarifier notre exposé, nous proposerons successivement deux types de travaux aux objectifs différents :

- ✓ des travaux, pour la plupart anglo-saxons, et en nombre imposant, ayant porté sur l'étude et la description des variables parentales susceptibles de constituer des facteurs de risques d'hyperactivité chez l'enfant.

- ✓ des travaux aux conditions tout aussi riches, qui quant à eux se sont plutôt concentrés sur une approche compréhensive des aspects familiaux et de leurs effets (**Brejjard.V, Bonnet. A, 1993, p, 83**)

6-Les troubles associés à l'hyperactivité :

Le Trouble Déficit d'Attention/Hyperactivité (TDA/H) est un trouble fréquent d'apparition précoce qui touche 3 à 5 % des enfants d'âge scolaire.

Il est décrit que 50 à 80 % des enfants souffrants de TDA/H présenteraient au moins un trouble psychiatrique associé (**Revol.O, Brun.V, 2010, p23**).

Et parmi ses troubles associés on trouve :

A-TDA/H et troubles externalisés : Trouble Oppositionnel avec Provocation(TOP) et Trouble des conduites(TC)

B-TDA/H et dépression

C-TDA/H et trouble bipolaire

D-TDA/H et trouble anxieux

E-TDA/H et troubles des apprentissages

F-TDA/H, tics moteurs et syndrome de Gilles de la Tourette

(**Brejjard.V, Bonnet. A, 2007, pp, 24, 25, 26,27**)

7- développement et évolution du TDA/H :

Chez l'enfant tout-petit, de nombreux parent parents observent en premier lieu une activité motrice excessive mais les symptômes sont difficiles à distinguer des comportements attendus très variables avant l'âge de 4 ans. Le TDA/H est habituellement identifié pendant les années d'école élémentaire, et l'inattention devient davantage visible et invalidante. Le trouble est relativement stable pendant le début de l'adolescence mais certains sujets ont une évolution défavorable avec le développement de comportements antisociaux. Chez la plupart des individus ayant un TDA/H, les symptômes d'hyperactivité motrice deviennent moins marqués à l'adolescence et à l'âge adulte mais les difficultés à type d'agitation, d'inattention, de faible planification et d'impulsivité persistent. Une proportion significative d'enfant un TDA/H garde une altération de fonctionnement à l'âge adulte.

Avant l'école primaire, la manifestation principale est l'hyperactivité. L'inattention devient davantage visible pendant l'école élémentaire. Au cours de l'adolescence, les signes d'hyperactivité (p.ex. courir et grimper) sont moins habituels et peuvent rester circonscrits à de la bougeotte ou à une sensation intérieure de tremblement, de l'agitation ou de l'impatience. A l'âge adulte, accompagnant l'inattention et l'agitation, l'impulsivité peut rester problématique même quand l'hyperactivité diminué. (**Dsm5, 2015, p70**)

8- Le diagnostic différentiel :

Il importe de savoir repérer les authentiques TDA/H et de les différencier des déficits d'attention et des hyperactivités symptomatologiques d'une autre pathologie, sans oublier la possibilité d'éventuelles comorbidités

Après avoir éliminé la turbulence excessive mais encore physiologique, souvent secondaire à des règles éducatives inadaptées ou incohérentes, on s'attachera à dépister les causes médicales, psychologiques ou sociales qui peuvent affecter l'enfant dans sa famille ou à l'école. Une enquête rigoureuse permet de rattacher l'agitation et l'inattention à une pathologie somatique, à un environnement délétère un retard mental, ou encore à certaines préoccupations psychiques. Il convient également de distinguer l'inattention et les instabilités consécutives aux troubles sévères des apprentissages des enfants « dys » (dyslexie, dysphasie, dyspraxies...) ainsi que le cas particulier des enfants surdoués, souvent inattentifs en classe pour cause d'ennui et de refus d'apprendre. Dans ces deux dernières situations, les symptômes sont retrouvés uniquement dans le milieu scolaire.

(Revol.O, Brun.V, 2010, p4)

9- La description des classifications du TDA/H :**9-1. Selon la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (cim-10 /idc-10) :**

N.B : Les critères diagnostiques pour la recherche du trouble hyperkinétique exigent la présence d'une inattention, d'une hyperactivité, et d'une impulsivité qui sont qui sont envahissantes, persistantes, et présentes dans plusieurs situations, et qui ne sont pas due à un autre trouble (par exemple un autisme ou un trouble de l'humeur).

G1.Inattention.Au moins six des symptômes suivants d'inattention ou persiste pendant au moins, à un degré qui est mal adapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

- (1) Ne parvient souvent pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'inattention, dans les devoirs le travail, ou d'autre activités ;
- (2) Ne parvient souvent pas à soutenir son attention dans des taches ou des activités de jeu ;
- (3) Ne parvient souvent pas à écouter ce qu'on lui dit ;
- (4) Ne parvient souvent pas à se conformer aux directives venant d'autrui ou de finir ses devoirs, ses corvées, ou ses obligations sur le lieu de travail (nom du à un comportement oppositionnel ou à un manque de compréhension des instructions) ;
- (5) A souvent du mal à organiser des taches ou des activités ;

- (6) Evite souvent ou fait très à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu, telles que les devoirs à faire à domicile ;
- (7) Perd souvent des objets nécessaires à son travail ou à certaines activités à l'école ou à la maison (par exemple crayons, livre, jouets, outils) ;
- (8) Est souvent facilement distrait par des stimuli externes ;
- (9) Fait des outils fréquemment au cours des activités quotidiennes.

G2.Hyperactivité. Au moins trois des symptômes suivant d'hyperactivité ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est mal adapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

- (1) Agité souvent ses mains ou ses pieds ou tortille sur sa chaise ;
- (2) Se lève en classe ou dans d'autres situations alors qu'il devrait rester assis ;
- (3) Court partout ou grimpe souvent, de façon excessive, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'agitation).
- (4) Est souvent exagérément bruyant dans les jeux ou a du mal à participer en silence à des activités de loisir ;
- (5) Fait preuve d'une activité motrice excessive, non influencées par le contexte sociale ou les consignes.

G3. Impulsivité. Au moins un des symptômes suivants d'impulsivité a persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est mal adapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

- (1) Se précipite souvent pour répondre aux questions sans attendre qu'on ait terminée de les posés ;
- (2) Ne parvient pas à rester dans la queue ou à attendre son tour dans les jeux ou dans d'autres situations de groupe ;
- (3) Interrompt souvent autrui ou impose sa présence (par exemple fait irruption dans les conversations sociales).

G4.Le trouble survient avant l'âge de 7ans.

G5.Caractère envahissant du trouble. Les critères doivent être remplis dans plus d'une situation, par exemple l'association d'une inattention et d'une hyperactivité doit être présente à la fois à la maison et à l'école, ou à la fois à l'école et dans une autre situation où les enfants font l'objet d'une observation, par exemple un centre de soins. (Pour mettre en évidence la présence des critères dans plusieurs situations on doit habituellement disposer d'informations,

provenant de plusieurs sources ; les parents puissent fournir des renseignements suffisants sur le comportement de leur enfant à l'école).

G6. Les symptômes cités en G1-G3 sont à l'origine d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement social, scolaire ou professionnel, cliniquement significative.

G7. Ne répond pas aux critères d'un trouble envahissant du développement, d'un épisode maniaque, d'un épisode dépressif ou d'un trouble anxieux.

(Classification cim-10, **TROUBLE HYPERKINETIQUES**, EDITION MASSON, p142, 143).

9-2. Selon le Manuel Diagnostique et Statistique Des Troubles Mentaux (DSM-5) :

Critères diagnostiques :

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

1. Inattention : Six (ou plus) des symptômes suivants persistent depuis au moins 6 mois, à un degré qui correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles :

NB. : Les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement opposant, provocateur ou hostile, ou de l'incapacité de comprendre les tâches ou les instructions. Chez les grands adolescents et les adultes (17 ans ou plus), au moins cinq symptômes sont requis.

a. Souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités (p.ex. Néglige ou ne remarque pas des détails, le travail est imprécis).

b. A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (p. ex. a du mal à la lecture de longs textes).

c. Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (p.ex. semble avoir l'esprit ailleurs, même en l'absence d'une source de distraction évidente).

d. Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (p. ex. commence des tâches mais se déconcentre vite et se laisse facilement distraire).

e. A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (p. ex. difficulté à gérer des tâches comportant plusieurs étapes, difficulté à garder ses affaires et ses documents en ordre, travail brouillon ou désordonnée, mauvaise gestion du temps, échoue à respecter les délais).

f. Souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (p. ex. le travail scolaire ou les devoirs à la maison ; chez les grands

adolescents et les adultes, préparer un rapport, remplir des formulaires, analyser de longs articles).

g. Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (p. ex. matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuilles, clés, documents, lunettes, téléphones mobile).

h. Se laisse souvent facilement distraire par des stimuli externes (chez les grands adolescents et les adultes, il peut s'agir de pensées sans rapport).

i. A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (p. ex. effectuer les tâches ménagères et faire les courses ; chez les grands adolescents et les adultes, rappeler des personnes au téléphone, payer des factures, honorer des rendez-vous).

2. Hyperactivité et impulsivité : Six (ou plus) des symptômes suivants persistent 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/professionnelles :

N.B. : Les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement opposant, provocateur ou hostile, ou de l'incapacité de comprendre les tâches ou les instructions. Chez les grands adolescents et les adultes (17 ans ou plus). Au moins cinq symptômes sont requis.

a. Remue souvent en classe ou les pieds, ou se tortille sur son siège.

b. Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (p. ex. quitte sa place en classe, au bureau ou dans un autre lieu de travail, ou dans d'autres situations où il est censé rester en place).

c. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié.

(N.B. : Chez les adolescents ou les adultes cela peut se limiter à un sentiment d'impatience motrice.)

d. Est souvent incapable de se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.

e. Est souvent <<sur la brèche>> ou agit souvent comme s'il était <<monté sur ressorts>> (p. ex. n'aime pas rester tranquille pendant un temps prolongé ou est alors mal à l'aise, comme au restaurant ou dans une réunion, peut être perçu par les autres comme impatient ou difficile à suivre).

f. parle souvent trop.

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

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

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

demander ou en recevoir la permission ; chez les adolescents ou les adultes, peut être intrusif et envahissant dans les activités des 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 ou moins deux contextes différents (p.es. à l'école, ou au travail ; avec des amis ou de la famille, dans d'autres activités)

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

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

9-3. Selon la classification française des troubles mentaux de l'adolescent (CFTMEA) :

Cette classification regroupe et coordonne hypérkinésie et instabilités psychomotrices comme un ensemble caractérisé par :

- ✓ Sur le versant psychique : des difficultés à fixer l'attention, un manque de constance dans les activités, et un certain degré d'impulsivité.
- ✓ Sur le plan moteur : une hyperactivité ou une agitation motrice incessant.
- ✓ Ces troubles, en décalage net par rapport à l'âge et au niveau de développement mental de l'enfant, sont plus importants dans les situations nécessitant de l'application, en classe par exemple. Ils peuvent disparaître transitoirement dans certaines situations, par exemple en relation duelle ou dans une situation nouvelle.
- ✓ Exclure : l'activité excessive adaptée à l'âge (chez les petits enfants notamment) ; l'instabilité psychomotrice liées à un déficit mental ou à des troubles de la personnalité ; les manifestations à type d'excitation maniaque. **(Delion.P, 2010, pp, 21,22).**

10. L'évaluation psychologique du TDA/H :

10.1. Evaluation de l'hyperactivité et impulsivité :

A- l'observation :

L'observation clinique constitue l'une des modalités les plus simples permettant l'évaluation qualitative de l'instabilité psychomotrice. Elle consiste le plus souvent en une attitude d'écoute et d'observation de l'enfant in vivo, si possible en se déplaçant sur le ou les lieux de vie de l'enfant (maison, école...) afin de recueillir les informations concernant

l'expression comportementale du trouble (pedinielli, 2005) (**BREJARD.V, Bonnet, B, 2007, pp,48,49**)

B- Les entretiens semi-structurés :

L'entretien semi-structuré, qui favorise l'expression libre et associative à partir d'une question ouverte tout en orientant ponctuellement la personne sur des questions précises auxquelles l'examineur souhaite une réponse. (**Bénony.H, CHahraoui.KH, 1999, p52**).

Le discours parental permet de se constituer une représentation significative de l'atmosphère régnant dans le milieu familial et du contexte dans lequel évolue l'enfant. Il est en outre l'association pour le clinicien de reprendre avec les parents des troubles, leurs conditions d'apparition et leur évolution. L'importance de ces données qualitatives est essentielle.

Les entretiens semi-structurés constituent une des lignes directrices de l'évaluation clinique de l'enfant hyperactif. (**Brejjard.V, BONNET.A, 2007, p49**)

C- Les échelles de comportements :

Il existe plusieurs échelles d'évaluation des comportements de l'enfant. Certaines sont spécifiques à l'hyperactivité, d'autres sont au contraire généralistes, mais comportent des items concernant l'instabilité comportementale. La passation est effectuée par le clinicien, les parents ou l'enseignant en fonction des échelles. Certaines comportent les trois formes. (**Brejjard.V, Bonnet. A, 2007, p50**)

C-1. Echelle généraliste : la CBCL (Child Behavior Check List)

La liste de comportement pour enfant d'Achenbach ou Child Behavior Check List (d'Achenbach, 1991 ; Fombonne, 1989) est une échelle généraliste explorant à la fois les domaines comportementaux et émotionnels, et permettant de classer les troubles en deux grandes catégories : internalisés et externalisés. (**Ibid., p50**).

L'hyperactivité est évaluée à travers 11 items inclus parmi 118 évaluant l'ensemble des troubles du comportement. Chaque item est coté de 0 à 2, et le score spécifique d'une sous-échelle (hyperactivité) peut être calculé pour un trouble-cible, puis être additionné aux autres items afin d'obtenir un score général de comportements externalisés. (**Ibid., p51**).

C-2. Echelle spécifique : l'échelle de Conners

Cet instrument d'évaluation a été construit par Keith Conners et traduit en français (Dugas, 1987). Il comporte deux versions :

- ✓ L'une s'adresse aux parents et comporte 48 items, cotés de 0 à 3. Le score total est obtenu en divisant le score total par 10. Les items sont répartis en cinq sous-échelles, et un index d'hyperactivité peut être calculé (items 4, 7, 11, 13, 14, 25, 31, 33, 37, 38). Le

score à partir duquel on considère l'enfant comme hyperactif est de 1,5 (15 en note brute).

- ✓ L'autre version s'adresse aux enseignants et comporte 28 items avec là encore, la possibilité de calculer un indice d'hyperactivité avec 10 items (items 1, 5, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 21, 26).
- ✓ L'intérêt de cet instrument est de permettre une évaluation standardisée et croisée des comportements de l'enfant dans des milieux et des situations relationnelles différents. Les informations ainsi obtenues viendront avantagement compléter les (et non se substituer aux) autres éléments du bilan. **(Brejard.V, Bonnet. A, 2007, p51).**

10.2 Evaluation des troubles cognitifs :

A. Les échelles d'évaluation généralistes :

A.1 Echelle de Wechsler pour enfants (WISC-IV) :

L'échelle d'évaluation de l'intelligence de Wechsler pour enfants constitue l'un des piliers du bilan psychologique de l'enfant. On ne dispose actuellement pas de travaux scientifiques mettant en relation les performances au WISC-IV ET l'évaluation des troubles cognitifs dans l'hyperactivité. **(Ibid.).**

A.2 Batterie de tests de Kaufman (KAB-C) :

Le test mis au point par Kaufman et Kaufman peut constituer une bonne alternative au WISC-IV, car il permet d'explorer plus précisément les capacités de traitement de l'information en fonction de deux axes :

Simultané et séquentiel

- ✓ Le traitement simultané correspond à la capacité à traiter les stimuli par groupes, ce qui permet une meilleure intégration et une compréhension synthétique de l'environnement.
- ✓ A l'inverse, le traitement séquentiel permet d'organiser et de séquentialiser les informations en chaîne.

Ces deux types de traitements correspondent à des habiletés cognitives à la fois différentes et complémentaires.

Le KAB-C permet leur évaluation, par le calcul de deux sous-scores et d'un score global selon des modalités similaires au WISC-IV.

En général les enfants hyperactifs éprouvent des difficultés importantes dans les épreuves mettant en jeu les capacités à sérier séquentialiser les perceptions et les opérations cognitives nécessaire à la résolution de problèmes, d'où des performances faibles aux échelles du KAB-

C, et en particulier aux subtests mettant en jeu le traitement séquentiel. (**Brejard.V, Bonnet. A, 2007, p52**).

B. Les échelles spécifiques :

Il existe de nombreux tests destinés à l'évaluation des fonctions cognitives. Nous ne présenterons ici que les principaux instruments utilisés spécifiquement dans le cadre de l'hyperactivité.

B.1 Le test de stroop :

Le test de stroop se compose de trois planches :

- ✓ La première, carte A, comporte 4 noms de couleurs (vert, jaune, rouge, bleu) écrits en noir et blanc, et disposés en 10 rangées de 5 mots (soit 50 mots).
- ✓ La deuxième, carte B, est composée des mêmes noms de couleur, disposés différemment et imprimés d'une couleur différente de la couleur qu'ils expriment. Les séquences de 5 mots différents selon les cartes.
- ✓ La troisième, carte C, comporte 10 rangées de 5 rectangles de couleurs (vert, jaune, rouge, bleu).

Lors de la passation, un temps fixe de 45 secondes est donné pour lire ou dénommer les items de chaque carte.

Dans la première épreuve, le sujet doit lire les mots de la carte A. La deuxième épreuve consiste à lire les mots de la carte B sans prendre en compte les couleurs d'impression. Puis la personne doit nommer les couleurs des rectangles de la carte C. Enfin, l'examineur place une nouvelle fois devant l'enfant la carte B, et lui demande de nommer les couleurs d'impression (couleur de l'encre) en prenant garde de ne pas lire les mots eux-mêmes (condition d'interférence).

Une seconde consigne peut être de nommer les couleurs de l'encre d'impression sans lire le nom de couleur écrit. Il existe donc une interférence entre deux informations, la couleur perçue et la couleur lue, et les réponses mettent en jeu les capacités d'attention sélective et d'inhibition de la réponse. Le risque d'erreur est maximal du fait de la conception paradoxale de la tâche demandée. Une version spécifique pour les enfants de 7 à 15 ans existe (Albaret et Migliore, 1999)

A ce test les enfants hyperactifs montrent des difficultés importantes et donc des performances évaluées plus faibles que les enfants sans troubles, bien que chez les sujets présentant une forme à impulsivité hyperactivité prédominante, les difficultés puissent apparaître moins marquées. (**Brejard.V, Bonnet. A, 2007, p53**)

B.2 Les épreuves d'évaluation de l'impulsivité et incapacité d'inhibition de la réponse :

Il est extrêmement difficile de séparer, dans les résultats des examens pratiqués, les effets liés l'impulsivité de ceux qui ont pour origine un déficit d'attention. D'une part, les épreuves mesurant l'impulsivité font partie d'un ensemble de tâches qui demandent également un degré d'attention élevé pour une réalisation optimale. De plus, les tests d'attention continue montrent que les erreurs par substitution sont significatives des enfants considérés comme impulsifs. Le test d'appariement d'images (Marquet-Doléac et al. 1999), dont le principe est similaire à celui du test de kagan (1964 ; 1966), est certainement la mesure de l'impulsivité la plus utilisée. On présente une image, et le sujet doit trouver parmi 6 autres celle qui est identique à la première. Les 5 autres images ont subi des modifications légères. La notation tient compte du temps mis à donner la première réponse et du nombre d'erreurs. Le but est de la trouver le plus vite possible sans commettre d'erreurs. Plusieurs mesures sont effectuées :

- ✓ Le temps de réflexion précédant la première réponse ;
- ✓ Le temps total mis pour l'ensemble de l'épreuve ;
- ✓ Le nombre total d'erreurs sur l'ensemble de l'épreuve ;
- ✓ Le nombre total de réussites dès la première réponse.

Par manipulation de ces mesures, on peut alors obtenir deux index :

- ✓ Index d'exactitude qui détermine le nombre de réussites à la première réponse en une minute ;
- ✓ Index d'impulsivité ou rapport du nombre d'erreurs commises sur le temps total.

L'analyse des résultats permet de mettre en évidence le type de fonctionnement cognitif utilisé par le sujet, selon les deux dichotomies : lent ou rapide, précis ou imprécis.

(Brejard.V, Bonnet. A, 2007, pp53, 54)

C. Evaluation psychoaffective

L'évaluation du fonctionnement psychoaffectif de l'enfant hyperactif est limitée par les instruments d'évaluation disponibles actuellement, mais plus encore par les capacités instrumentales de l'enfant. Elle reposera donc essentiellement sur les techniques projectives, si l'enfant reste impliqué un temps suffisant dans la tâche demandée. Ces épreuves reposent principalement sur la mobilisation d'un mécanisme psychologique appelé projection et qui amène un sujet à imaginer et donner un sens à un contenu ambigu (rorschach) ou encore générique (Thematic Aperception Test ou TAT). L'intérêt de ces épreuves réside dans leurs potentiels discriminatifs et la finesse clinique des informations qu'elles permettent d'obtenir.

Leur principale limite est la part importante laissée à l'interprétation et aux compétences du clinicien, qui peuvent faire notablement varier les résultats obtenus.

(Brejard.V, Bonnet. A, 2007, pp54, 55)

C.1. Le Rorschach :

Le test de rorschach entre dans la catégorie des tests dits structuraux, car il fournit des informations portantes sur le fonctionnement et l'organisation psychopathologique du sujet. Il consiste en dix planches sur lesquelles on trouve des formes indéterminées dont la caractéristique est de comporter une symétrie axiale. Certaines planches sont en noir et blanc, d'autres ont en plus du rouge ; les trois dernières sont en couleurs pastel. La cotation, très complexe, fait appel à deux grands systèmes : l'un se réfère à la théorie psychanalytique et a été principalement soutenu par l'Ecole de paris (C. Chiland, V. Shentoub, etc.), l'autre se réfère à une approche cognitive (proposée par Exner et introduite en France par A.AndroniKoff). Il a fait ses preuves dans l'évaluation de l'hyperactivité, pour laquelle il se révèle discriminant. Les travaux scientifiques utilisant ce test ont plutôt utilisé la cotation Exner (Bartell et solanto, 1995 ; cotugno ; 1995 ; Petot, 1999 ; Petot, 2004) et montrent les particularités suivantes :

- ✓ Un nombre plus faible de réponses couleurs ;
- ✓ Un nombre de réponses de mauvaise qualité formelle (F % élargi) plus important ;
- ✓ Un nombre de réponses F % élevé ;
- ✓ Un nombre de réponses F- important ;
- ✓ Un plus grand nombre de réponses dont le déterminant est l'estompage ;
- ✓ Les réponses humaines sont plus rares.

Le Rorschach constitue donc un test important permettant de repérer des éléments indicateurs du syndrome hyperactivité-trouble de l'attention.

(Brejard.V, Bonnet. A, 2007, p55)

C.2. Le CAT (version enfant du TAT)

Le Children Aperception Test est constitué de 10 planches en noir et blanc représentant des animaux dans différentes situations censées évoquer des problématiques spécifiques telles que l'agressivité envers la puiné, la relation aux parents, la solitude... On distingue le contenu manifeste des planches, c'est-à-dire ce qui est objectivement dessiné et perceptible visuellement, et le contenu latent, c'est-à-dire la problématique psychologique à laquelle il est fait référence (par exemple, l'angoisse de séparation). L'écart entre contenu manifeste et contenu latent permet la projection et la construction de réponses spécifiques à chaque enfant, et donc indicatrices des éléments de sa problématique psychopathologique. La

consigne donnée à l'enfant est de raconter l'histoire qui se passe sur la planche. Il construit alors une histoire en relation avec le contenu de cette dernière. L'interprétation s'effectue qualitativement, en fonction du degré de perception du contenu latent de la planche et de la manière dont il l'interprétera et s'en dégagera (en d'autres termes : quelle issue il pourra y trouver).

Les enfants hyperactifs ont des réponses spécifiques à ce test : en effet, on remarquera une difficulté quasi systématique à utiliser un discours descriptif bref et une incapacité patente à construire un scénario imaginaire. Ceci témoigne de leur difficulté à s'engager des contenus de la planche. En revanche, les thèmes évoqués ne sont pas spécifiques à l'hyperactivité, et sont fréquemment déterminés par la comorbidité lorsqu'elle est présente : thèmes d'agression si troubles des conduites, thématiques d'abandon si anxiété de séparation, etc.

(Brejard.V, Bonnet. A, 2007, p56)

Conclusion :

A la fin on peut conclure que l'hyperactivité est un trouble sévère qui perturbe le développement de l'enfant, aussi c'est une phase passagère qui va se diminuer avec l'âge. Mais elle perturbe aussi la vie familiale et sociale de l'enfant, et entrave ses progrès scolaires

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE IV

Méthodologie de la recherche

Préambule :

Dans toute recherche scientifique, l'utilisation d'une méthodologie qui comporte des étapes organisées est très importante, afin de réaliser un travail objectif, et dans ce chapitre on va vous présenter les étapes qu'on a suivies et appliqués dans notre étude sur le terrain.

1- Pré enquête :

Le pré enquête est une étape très importante dans toute recherche, et elle se fait avant l'enquête comme un entraînement et un renseignement sur les cas dont on a besoin dans notre recherche. Elle se fait au terrain et elle est basée sur une observation préliminaire pour récolter le plus d'informations sur notre thème de recherche.

Et aussi, c'est dans la pré enquête qu'on va appliquer notre guide d'entretien comme un essai et un entraînement pour l'enquête.

Alors le pré enquête va nous aider à construire notre problématique et formuler et enrichir nos hypothèses afin de les valider à la fin.

Notre pré enquête s'est déroulé au sein du service de La Santé Mentale de l'E.P.S.P d'EL-Kseur, où on s'est présenté et renseigné sur les cas dont on a besoin dans notre recherche.

Et notre pré enquête était du 15/04/2019 jusqu'au 24/04/2019 dont on a assisté à quelques séances avec les psychologues pour récolter quelques informations sur les enfants souffrants d'un déficit d'attention accompagné d'une hyperactivité et sur la manière dont un psychologue prend en charge ses enfants là.

Et Après avoir eu leur accord, on a commencé notre recherche, mais on a eu quelques difficultés avec ses enfants là parce que ils ont été très agités .et ils sont aussi moins attentifs parce que on leur répète les questions plusieurs fois.

2-La présentation du lieu et la durée de la recherche :

Pour réaliser notre recherche, on a effectué notre stage au sein de L'EPSP d'EL-KSEUR dans le service de La Santé Mentale du: 15/04/2019 jusqu'au 30/05/2019.

L'Etablissement public de santé de proximité d'EL-KSEUR est un établissement à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

L'E.P.S.P d'EL-KSEUR est issu du découpage de l'année 2008 ; suite au décret exécutif N° 07-140 du 19 mai 2017 portant création des établissements publics de santé de proximité et les établissements publics hospitaliers.

L'E.P.S.P d'EL-Kseur a été mis en fonction au 1^{er} janvier 2008.

Les établissements de santé des localités suivantes : EL-Keur, Amizour, Barbacha, Feraoun, Kendira, Beni-djelil, Samaoun et Fenaia Ilmaten lui sont rattachées.

Le siège de L'E.P.S.P est situé au niveau de la polyclinique d'EL-KSEUR il couvre un bassin de population estime à 144526 habitants répartis entre cités, quartiers, hameaux et lieu-dit et sur une superficie de 481,48 km².

L'E.P.S.P d'EL-Kseur offre les services suivants aux publics :

- ✓ Consultations spécialisées.
- ✓ Consultations de Médecine générale.
- ✓ Urgence Médico-chirurgicales.
- ✓ Maternité.
- ✓ Stomatologie.
- ✓ Soins infirmiers.
- ✓ Activités de Laboratoire.
- ✓ Activités de Radiologie.
- ✓ Activités PMI.
- ✓ Activités de santé scolaire et bucco-dentaire.
- ✓ La Santé Mentale.
- ✓ Activités du SEMEP.
- ✓ Le SCTMR.

3- La méthode utilisée :

Dans toute recherche scientifique l'utilisation d'une méthodologie qui comporte des étapes organisées est très importante, afin de réaliser un travail objectif.

Et on a choisi comme méthode, la méthode clinique dont on a utilisé l'étude de cas.

3-1.La méthode clinique :

La méthode clinique est liée à une attitude méthodologique générale qui consiste en l'étude plus au moins prolongée de cas individuels, l'individu étant considéré comme le cadre de référence. Elle répond à l'objectif principal de la psychologie clinique, à savoir comprendre l'homme dans sa totalité, dans sa singularité, en situation et en évolution (Daniel Lagache, 1949 ; Juliette Favez-Boutoumier, 1968), le sujet étant considéré ici comme un être unique, singulier, n'étant semblable à aucun autre (**H.Benony, KH.Chahraoui, 1999, PP12-13**).

3-2.L'étude de cas :

Étude de cas n'est pas une expression simple : elle implique un objet le casur lequel est opérée une activité particulière étude qui rappelle tant la dimension scolaire qu'artistique Etude en rouge de Conan Doyle ou étude en peinture. Ou scientifique une étude sur les primates, ou encore professionnelle une étude de notaire.

Etude de cas se définit étymologiquement par :

Cas « XIII siècle » : vient du latin « casus » qui signifiait « événement », mais aussi situation définie par la loi pénale. L'usage médical n'apparait qu'au XVIIIe pour désigner une situation pathologique représentées par un individu qui n'a d'importance qu'en tant que porteur, révélateur, du phénomène en cause un cas de fièvre. Mais, dans les emplois courants, la formule X est un cas désigne à la fois son caractère exceptionnel et sa différence, qui, souvent, n'est pas positivement perçue. Le paradoxe de cette notion réside en ce qu'elle se réfère à la singularité mais aussi à l'appartenance ne catégorie un cas de ...psychose, névrose...

A la différence, à l'originalité, mais aussi à l'illustration d'une généralité dès lors qu'on lui ajoute « de ».

Etude désigne l'effort intellectuel orienté vers l'observation et la compréhension .Parler d'étude de cas implique donc que la singularité et l'originalité ne se suffisent pas à elles-mêmes, mais qu'elles doivent faire l'objet d'une action, d'une méthode, pour les faire apparaître : étudier un cas c'est bien le découpage parmi les autres, comme représentant d'une caractéristique, d'une essence, lui faire subir une analyse (et non pas le laisser se présenter tel qu'il est : étudier n'est ni photographier ni raconter). On mesure alors les points de convergences avec l'idéal de la méthode clinique (singularité, totalité, concret, humain) et les divergences (analyser, transformer, faire apparaître...). (Jean et al, 2015, p48)

Et sous le terme « étude de cas » apparaissent deux activités distinctes.

L'une est un mode de travail clinique permettant « le recueil voire l'accueil » de données concernant un sujet ; ces données doivent être riches critère du maximum d'informations, diversifiées critère de la multiplicité des sources, subjectives critère de la représentation du problème par le sujet, étendues critère de la totalité et de l'histoire.

L'autre activité est la production par le clinicien d'une représentation ordonnée, explicative, qui rende compte des éléments déterminants de l'histoire et de la subjectivité de la personne concernée. Cette représentation doit satisfaire aux principes de totalité (ne pas isoler les symptômes, considérer le sujet comme une totalité) et de singularité (c'est la

personne qui importe avec ses spécificités, son originalité, son intériorité, ses représentations, son histoire).

L'étude de cas avec ses deux volets est par ailleurs utilisée à plusieurs niveaux de la psychologie : l'activité clinique professionnelle d'abord, l'activité de communication entre praticiens (exposer un cas, échanger avec d'un cas), l'activité de connaissance (le cas dans la production et validation de théories). (Jean et al, 2015, p47).

4- La population d'étude :

Notre population d'étude est constituée de 4 enfants scolarisés du genre masculin et féminin (2garçons et 2filles), souffrants d'un déficit d'attention accompagné d'une hyperactivité âgés de 5ans à 7ans :

Tableau n°01

Nom	L'âge de l'enfant	Niveau d'études
Nihad	5 ans	Préscolaire
Chafaa	7 ans	Première Année primaire
Soundous	7 ans	Deuxième Année primaire
Laith	7 ans	Deuxième Année primaire

5-Les outils de la recherche :

Dans notre recherche on a utilisé l'entretien clinique de type entretien semi- directif

5-1.L'entretien clinique de recherche :

L'entretien clinique de recherche est un outil à la fois de recherche et de production d'information (A. Blanchet, 1985). (H.Benony, KH.Chahraoui, 1999, P64)

L'entretien clinique de recherche est produit à l'initiative du chercheur. C'est lui qui est en position de demande à la différence de l'entretien thérapeutique ou il y a d'abord une demande explicite ou non de la part du sujet. Cela signifie que l'intérêt n'est pas immédiat pour le sujet, même si la recherche elle-même vise à plus long terme des retombées positives pour le groupe de patients dont est issu le sujet de la recherche.

(H.Benony, KH.Chahraoui, 1999, P66)

5-2.L'entretien clinique :

L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens a un sens quelque peu différent : il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation.

L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquêtes en sciences sociales, il consiste l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives (**H. Benony, KH. Chahraoui, 1999, P11**).

L'entretien clinique est le paradigme même du travail du psychologue clinicien. (**H. Benony, KH. Chahraoui, 1999, P12**).

L'entretien clinique a donc une place de choix en psychologie clinique ; il vise à recueillir un maximum d'informations sur le sujet, mes ses informations ne peuvent être comprises qu'en référence au sujet lui-même. Par exemple les difficultés d'un individu ne peuvent prendre sens que si elles sont resituées dans leur cadre de référence : l'histoire personnelle du sujet, son histoire familiale, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa personnalité, etc. (**H. Benony, KH. Chahraoui, 1999, P13**)

L'entretien clinique en psychologie clinique se situe généralement dans un contexte :

- ✓ d'aide ou de soins psychologiques.
- ✓ de diagnostic ou d'évaluation psychologique
- ✓ ou de recherche clinique (**Ibid.**)

5-3.L'entretien semi- directif :

L'entretien semi-directif, ou le chercheur dispose d'un guide de questions préparé à l'avance ; ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit. (**H. Benony, KH. Chahraoui, 1999, P65**)

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple. (**H. Benony, KH. Chahraoui, 1999, P16**)

Le guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'invention de l'interviewer (A. Blanchet, 1992).

Dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance. Celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets : elle est généralement soigneusement préparée, et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive.

A. Blanchet (1985) distingue deux :

- ✓ Celles qui induisent un discours d'opinions : j'aimerais que vous me parliez de..., Ce que cela représente pour vous;

- ✓ Et celles qui induisent un discours de narration : J'aimerais que vous me parliez de..., Comment ça s'est passé ?

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter : le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées de manière directive ; il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien.

La préparation de ces questions permet de formuler les relances pertinentes au moment venu. A. Blanchet (op. cit.) distingue trois types de relance qui peuvent se situer chacune dans un registre modal ou référentiel :

- ✓ La réitération : le chercheur reprend un point de vue énoncé par le sujet soit directement, soit en rajoutant un préfixe modal (Vous pensez que... ;
- ✓ La déclaration : le chercheur fait connaître son point de vue au sujet sous forme, par exemple, d'interprétation ;
- ✓ l'interrogation : le chercheur pose une question au sujet soit pour préciser un fait, soit pour demander son avis.

Les relances guidant le discours du sujet et permettent au clinicien d'exprimer ses hypothèses travail. **(Bénony. H, Chahraoui .KH, 1999, pp, 68,69).**

Le guide d'entretien est moyen de recueillir des informations concernant notre cas .et notre guide d'entretien se constitue de 3 axes essentielles correspondant à nos deux variables qui sont : un déficit d'attention accompagné d'une hyperactivité.

- ✓ le premier axe : est un entretien destiné à l'enfant.
- ✓ le dixième axe : est un entretien destiné aux parents de l'enfant
- ✓ le troisième axe : est un entretien destiné à l'enseignant de l'enfant

Conclusion

Afin de confirmé nos hypothèses on a utilisé l'entretien semi-directif accompagné d'un guide d'entretien pour mieux récolté plus d'information sur nos cas, pour arriver aux résultats présenté dans

CHAPITRE V

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

Préambule :

Après avoir présentée notre méthodologie de recherche qu'on a suivie, on va passer à notre quatrième chapitre qui est : présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses.

1-Présentation et analyse des résultats :

Le 1^{er} cas « Nihad » :

Nihad est une petite fille âgée de 5 ans, elle est en préscolaire. Elle a un seul frère qu'elle aime beaucoup, elle dit : « j'ai un seul frère et je suis plus grande que lui et je l'aime et on joue ensemble toujours ».

Elle aime ses parents et les respecte. Elle dit : « j'aime mon père et ma mère et je les respecte ».

Pendant notre entretien avec notre patiente, on lui a expliqué toutes les questions en langue kabyle, car elle est petite et elle ne comprend pas le français.

Au cours de notre entretien avec notre cas, au début elle a été très calme, tranquille, elle nous écoute, et elle répond normalement aux questions qu'on lui pose, mais après un peu de temps, Nihad a commencé à bouger c'est comme si elle est curieuse, et elle veut jouer. Elle regarde à gauche et à droite tout autour pour trouver quelque chose à jouer avec.

Nihad n'aime pas aller à l'école, elle nous a dit : « je n'aime pas aller à l'école parce que j'ai du mal à me réveiller tôt le matin » mais elle a ajouté aussi : « j'aime mon enseignante parce que elle frappe mes camarades de classe qui me dérangent ».

Notre cas à l'air d'une petite fille très intelligente, mais être inattentif en classe ça va influencer négativement ses résultats scolaires, elle nous a dit : « je fais toujours mes devoirs à la maison, mais j'ai des difficultés à les terminer » elle a ajouté aussi : « j'oublie toujours ce que mon enseignante me demande, et je suis inattentif en classe. Je ne me concentre pas aussi ».

Nihad ne peut pas garder son attention focalisée sur ses devoirs au moins quelques minutes, elle est toujours distraite par le moindre bruit. Elle nous a dit : « non, je ne peux pas garder mon attention focalisée sur mes devoirs et je les termine pas ».

En classe notre cas est très agité, on lui a demandé si son enseignante lui dit toujours qu'elle bouge trop elle nous a dit : « oui mon enseignante me dit toujours que je bouge trop et elle me demande toujours de rester tranquille ».

Nihad est toujours en agitation, elle tortille sa chaise, et elle bavarde aussi avec ses camarades en pleine cours, elle tourne vers eux et les dérange. Elle a dit : « je joue en classe et je tourne vers mes camarades chaque jours ».

Alors cette petite fille ne peut pas contrôler toute son énergie, et c'est pour ça qu'on lui a posé cette question : tu bagarre avec tes camarades en classe ? Elle a répondu : « non, je ne me bagarre pas avec mes camarades et je les frappe pas mais il y a un garçon qui s'appelle rida quand il me dérange je le frappe ». Et c'est là que Nihad nous a montré qu'elle n'est pas agressive avec ses camarades.

Notre sujet aime toutes les matières qu'elle étudie, mais elle a dit : « je préfère l'éducation Islamique, les matières scientifiques, l'écriture et le dessin ». Et elle a ajouté à la fin : « j'aime toutes les matières, sauf l'expression écrite, parce que je sais pas comment formuler un mot ou une phrase ».

Nihad est une petite fille très adorable, elle nous a écouté jusqu'à la fin de notre entretien avec elle, malgré qu'elle bouge un peu. Dans la question l'avant dernière on lui a dit : a tu des difficultés dans la lecture et l'écriture ? Et bien sur elle a répondu : « oui, toujours j'ai des difficultés, je ne termine pas mes devoirs ni à l'école, ni à la maison, je prends beaucoup de temps pour terminer d'écrire » elle a ajouté aussi : « je lis tout doucement parce que je ne connais pas toutes les lettres ». Mais aussi elle nous a dit qu'elle n'oublie pas ses affaires à l'école ou à la maison elle dit : « non, jamais, je range toujours mes affaires dans mon cartable ».

Notre entretien avec la maman de Nihad a été très bien passé, elle a été prête à nous donner toutes les informations dont on a besoin pour aider sa petite fille Nihad. Elle nous a dit : « je vais répondre à toutes vos questions, le plus important c'est que ma petite fille soit mieux, et que son niveau scolaire soit mieux que maintenant. Et inshallah elle va pouvoir assimiler tout ce que son enseignante lui explique ».

On a commencé notre entretien avec elle par la première question dont elle nous a parlé sur sa période de grossesse et de son accouchement aussi, elle a dit : « quand j'étais enceinte de Nihade, tout allait bien, je n'avais aucun problème, mais tout au long de ma grossesse j'étais tout le temps stressée j'avais toujours peur de tout, j'avais peur de tous les sons et toutes bruits que j'entendais même à l'intérieur de ma maison, et je suis restée comme ça même après mon accouchement ». Après on a compris que la maman souffre durant sa grossesse d'une peur de tous bruits. Et après on lui a demandé si son accouchement est normal et elle a répondu : « oui mon accouchement était normale, elle a été très bien passée ».

Notre cas a été très agité même avant sa naissance, sa maman dit : « quand j'étais enceinte, elle bougeait beaucoup dans mon ventre et me poussait toujours droit vers mon rein gauche, ce qui m'a provoqué un problème dans mon rein gauche et c'est pour ça que je traite mes reins maintenant, même après sa naissance elle a été aussi très agitée tout le temps et même quand je la porte dans mes bras ».

Nihad aime son frère d'après ce qu'elle dit sa maman : « oui, elle aime beaucoup son frère et elle joue avec lui tout le temps, elle ne le frappe pas, et elle n'est pas jalouse de lui ». Alors Nihad a toujours de bonnes relations avec les membres de sa famille, et surtout elle est très attachée à eux. Mais elle est tout le temps en agitation elle dit sa maman : « ma petite fille est très agitée dès qu'elle a été petite, elle bouge trop elle saute partout, et elle court aussi partout que ce soit dans la maison ou à l'extérieur, et elle ne mange pas beaucoup parce qu'elle ne peut pas rester assise dans une seule place beaucoup de temps et je l'ai remarqué dès l'âge de 2 ans ou même pas, car à chaque fois que je rentre à ma chambre je trouve qu'elle a changé le décor de ma chambre, elle déplace tout, alors qu'elle était très petite ».

Nihad fait des bêtises des fois, et sa mère crie sur elle, elle nous a dit : « je cris sur elle quand elle fait des bêtises et des fois je la frappe aussi pour qu'elle reste tranquille mais quand elle pleure, je la fais taire, parce que je penche sur elle ». Elle a ajouté aussi : « mais elle ne m'écoute pas quand je lui parle, elle n'est pas attentive, elle saute d'une chose à une autre, et ne termine pas ce qu'elle a commencé, elle bouge trop quand je lui parle ».

Notre sujet n'est pas attentif quand elle fait ses exercices sa mère nous a dit : « elle n'est pas attentive quand elle fait ses devoirs à la maison, elle ne se concentre pas et elle ne suit pas les schémas et les consignes que son enseignante lui donne, elle le fait toujours à sa manière même quand elle dessine elle ne suit pas les consignes. Et elle joue quand elle fait ses exercices ».

Nihad aime jouer tout le temps d'après ce qu'elle a dit sa mère : « et parmi les activités qu'elle aime c'est de jouer à la balançoire, aller au manège, et jouer avec autres enfants » entant que Nihad ne se concentre pas dans ses études on a demandé à sa mère si Nihad se concentre quand elle regarde la télé, et elle a répondu : « Nihad ne se concentre pas quand elle regarde la télé, et elle écoute beaucoup plus que regarde à la télé, et des fois elle joue dans le couloir et quand j'éteins la télé elle me dit pourquoi tu l'éteins, même si je joue mais j'entends le son de la télé ».

Nihad fait ses devoirs mais il lui faut toujours un pousse de sa maman, sa mère a dit : « ma fille fait ses devoirs mais il faut que je sois présente avec elle pour qu'elle termine elle prend beaucoup de temps, et des fois elle ne les termine pas, elle me dit je suis fatiguée ».

Notre cas qui était une fille adorable, sa maman l'aime beaucoup, elle est attachée à sa mère, on a demandé à la maman si sa fille est désirée, et elle a répondu : «oui bien sûr que ma fille est désirée, mes enfants sont la plus belle chose que j'ai, d'ailleurs j'ai pris beaucoup de temps pour avoir des enfants,

Alors j'ai soigné et hamdoulah dieu ma donnée mon premier cadeau qui est nihad, j'étais très heureuse, après j'ai eu aussi le deuxième qui est un garçon »

Et quand la maman nous a répondu, on a remarqué dans sa façon de parler et dans ses yeux l'amour qu'elle porte pour ses enfants. Et même elle nous a parlé un peu sur le comportement de sa fille et elle a dit : «ma fille s'énerve trop, des fois elle frappe la porte, elle cris, elle saute, mais elle ne dit jamais des mauvaises paroles, mais elle fait tout ça juste quand elle est énervé »

Et elle a ajouté aussi «elle aime son frère, mais quand il lui enlève ses joués elle cris parce que elle est égoïste des fois, mais elle ne le frappe pas elle aime se coiffer et s'habiller elle-même sans que je l'aide» mais sa mère est très inquiète sur sa fille concernant son comportement à l'école et sur ses résultats scolaires dit elle : «ma fille est toujours inattentif, elle ne peut pas garder son attention focalisé sur une tâche, elle saute d'une chose à une autre et elle se dégoûte parce que elle prend beaucoup de temps pour terminer, et elle oublie à chaque fois ce que je lui demande» elle a ajouté aussi : «elle est toujours impulsif quand elle fait ses devoirs, et quand je lui pose une question elle m'interrompt et aussi elle est tout le temps distraite par le moindre bruit ».

Chaque maman aime ses enfants, et c'est le cas de la maman de nihad, elle nous a dit qu'elle aime beaucoup ses enfants et elle joue aussi avec eux car chaque enfant a besoin de la tendresse de sa maman elle dit : «je joue toujours avec mes enfants, parce que mes enfants sont plus importants pour moi qu'une autre chose » et elle nous a dit aussi : «mais sa mère dit que tout sa petite fille fait toujours des bêtises quand je la laisse toute seule. et elle change le décor de toute la maison, et des fois quand elle est à l'extérieur elle se bagarre avec eux entre autres avec l'enseignante de nihad s'est déroulé au sein de l'établissement d'où elle étudie, il s'est passé très bien, et l'enseignant nous a vraiment aidé et répondu à toutes nos questions, et notre première question c'était est-ce que nihad est agité ? Est-ce bien sur la réponse a été positive elle dit : « oui, elle est très agitée et elle ne fait jamais son travail, elle bouge trop aussi et surtout elle ne fait pas son examen, elle ne peut pas s'asseoir dans sa chaise» elle a rajouté aussi que nihad est impulsive, elle répond toujours à la place de ses camarades et aussi quand elle lui pose une question elle répond sans la terminer elle a dit : «oui c'est son travail de répondre à la place de ses camarades, et surtout elle répond impulsivement sans réfléchir et

sans que je termine même pas la question, elle ne sait même pas sur quoi elle répond et elle parle toujours ». Son enseignant a été très sincère avec nous, elle nous a parlé un peu sur le comportement de nihad qui perturbe son cours, elle dit : « nihad me respecte mais elle ne fait jamais ce que je lui demande elle ne suit pas mes consignes et se concentre pas aussi, elle est tout le temps inattentif quand je lui parle, et surtout elle fait toujours ce qu'elle veut ».

Nihad est en pleine énergie elle ne peut pas se contrôler. Son enseignante nous a dit : «elle est toujours distraite par le moindre bruit après elle joue en classe et tourne vers ses camarades et les dérange, elle fait beaucoup d'attention au détail mais lors de la lecture elle est toujours inattentif ». L'enseignante nous a affirmé que la relation de nihad avec ses camarades dépend de ses comportements agressives avec eux elle dit : «elle joue avec ses camarades au moment de la récréation dans la cours, mais des fois quand elle est agressive avec eux, ils l'ignorent, et nihad bien sûr elle va nier tout ce qu'elle a fait »

D'après les paroles de la maman de nihad qu'elle est inattentif, son enseignant aussi nous l'a confirmé en classe elle nous dit : «nihad est toujours inattentif en classe, elle lui faut toujours un suivi, et même elle ne fait pas ses tâches du tout, elle s'en fiche et elle ne veut pas le faire et surtout oublie toujours ses affaires à la maison ».

À la fin de notre entretien avec l'enseignante de nihad, elle nous a dit qu'elle a remarqué un changement dans le comportement de nihad durant toute l'année «j'ai pris la classe de nihad pendant le premier trimestre, nihad a été très très agité elle ne resté jamais tranquille, mais quand je lui parle elle est très attentif. Après j'ai pris une période de congé de maladie, et il y'avait un prof qui m'a remplacé, et quand j'ai repris mon travail j'ai remarqué que le comportement de nihad a changé, elle est devenu moins agité qu'avant et elle peut rester sur sa chaise mais elle est devenu inattentif elle comprend rien quand le lui parle parce que le prof remplaceons cris toujours sur elle et l'oblige à rester tranquille dans sa place, et elle avait peur de lui, c'est nihad qui m'a dit ».

A partir des résultats qu'on a recueilli de notre entretien avec notre cas nihad, avec sa maman et aussi avec son enseignante, nous avons constaté qu'elle est toujours inattentif et elle est hyperactif alors on conclue que nihad souffre d'un déficit d'attentif accompagné d'une hyperactive et elle lui faut pris en charge pour l'aide à dépassé cette situation.

Le 2^{ème} cas « chafaa :

Chafaa est un petit garçon qui âge de 7ans, il est en première année primaire, il a 3 sœur qu'il aime il dit : j'ai 3 sœurs, Zina, Meriem, et Anaïs, mais je n'ai pas des frères », il aime ses sœurs «je les aime, mais des fois elles me mettent en colère ». Chafaa aime aussi ses parents : «j'aime mon père et ma mère également ».

Notre entretien avec chafaa était un peu difficile parce que il était tout le temps très agite, il bouge trop et il ne peut pas s'asseoir sur sa chaise, et à chaque fois qu'on lui pose une question il nous dit : «donnez-moi des jouer, je veux jouer».

Durant tout notre entretien avec lui il voulait juste jouer, et à chaque fois on lui demande de réste assis. Alors il prend beaucoup de temps pour répondre, et on lui répète plusieurs fois les questions pour qu'il réponde.

Chafaa aime aller à l'école d'après ce qu'il dit : «j'aime aller à l'école, et j'aime aussi mon enseignante elle s'appelle Bahia» mais il ne sait pas pourquoi il aime son enseignante.

L'enseignante de chafaa lui dit toujours qu'il bouge trop : «elle me dit toujours assis toi, reste tranquille dans ta place».

Chafaa joue avec ses camarades en classe : «je tourne vers mes camarades et on parle et des fois on joue ensemble, et quand je n'écris pas sur mon cahier mon enseignante cris sur moi ».

Il nous répond difficilement, mais on a remarqué qu'à chaque fois qu'il répond il regarde à sa maman. Et d'un cout il nous a dit : «je reste tranquille, je sors au toilette».

Notre cas nous a dit qu'il fait ses devoir à la maison et il les termine «oui je fais mes devoirs à la maison». Il a ajouté aussi «oui, je termine mes exercices, je fais tout ce qu'elle me dit».et d'après lui il se souvient de tout ce que son enseignante lui dit «je me souviens de tout ce qu'elle me dit». Mais on a remarqué que chafaa c'est comme si il veut se montré parfait comme un élève normale qui suis les consignes de ses parents et de son enseignante, « je suis toujours attentif, j'écoute mon enseignante ... et je reste tranquille en classe...je comprends tout ce qu'elle me dit »

Et quand on a demandé à chafaa si il a refait l'année, il a regardé directement à sa maman, et là on la remarqué comme si il a regretté après il nous a dit « oui, j'ai refait l'année, c'est comme ça que mon enseignante m'a dit ».

Chafaa est un enfant en pleine énergie qui aime bouger tout le temps, il aime jouer avec ses camarades «j'aime mes camarades et je ne me bagarre pas avec eux, il Ya Amir, Mounir, Samir, mouloud. Mais Lotfi et allilou ils se bagarrent avec moi »

En classe d'après chafaa, il reste tranquille «oui, je reste assis en classe, mon enseignante me dit de resté tranquille » et aussi il n'oublie pas ses affaires « je n'oublie pas

mes affaires, toujours je ramasse tout » après il nous a dit « c'est bon vous avez terminé ? donnez-moi maintenant des jouets, je veux jouer » et à chaque fois ils nous répètent est ce que on a terminé, alors on a remarqué que la seule chose à quoi il pense c'est de jouer seulement et rien d'autre lui intéresse.

Chafaa nous dit qu'il n'a pas des difficultés dans la lecture « non, je n'ai pas des difficultés quand je lis, mon enseignante me dit très bien » il a ajouté aussi « mon enseignante me dit que mon écriture est belle elle m'a donnée 6 sur 10 » et même il est attentif quand il fait ses devoirs « j'écris et je fais attention quand je fais mes devoirs à la maison ».

Notre entretien avec la maman de chafaa a été très bien passé, parce que elle nous a déchiffrés quelques ambiguïtés qu'on a rencontré dans notre entretien avec chafaa dont on a remarqué à chaque fois des contradictions entre son comportement et ce qu'il nous raconte.

Quand on a posé notre première question à la maman de chafaa, si elle a rencontré des difficultés pendant sa grossesse, et bien sûr elle a répondu directement « oui j'avais des difficultés, quand j'étais enceinte, mon mari me frappe toujours droit au ventre et il sait que je suis enceinte. On a eu 3 filles Machalah, et lui il voulait avoir un garçon. Mais malgré qu'il a su qu'on va avoir un garçon il me frappe toujours au ventre. Et après tout ça, j'ai rencontré des difficultés, ou elle m'a dit mon docteur que mon bébé a bougé à l'inverse, et mon accouchement ne va pas être normale et elle représente un danger sur moi et sur mon bébé. et depuis cela j'étais stressé tout le temps, et ça a duré tout au long de ma grossesse parce que j'avais peur, mais après hamdoulah mon accouchement était avec saïrienne et tout est bien passé. »

Chafaa après sa naissance il a été un bébé normal en pleine santé d'après sa maman « il a été normal, il pèse 4 kg, son comportement a été aussi normal comme tous les bébés » son développement a été normale mais de plus en plus son agitation augmente, mais à l'âge de 3 ans chafaa a fait une opération d'Ernie d'escale sa maman nous a dit « chafaa a fait une opération d'Erin d'escale parce que il ne pouvait pas marcher, après il est guéri et il marche normal »

La maman de notre sujet a remarqué que son enfant est agité depuis qu'il est petit, et de plus en plus sa agitation augmente : « il joue avec ses sœurs à la maison. Mais des fois il se bagarre avec elles mais pour lui il joue seulement. » Elle a ajouté aussi qu'il aime jouer avec ses camarades à l'extérieur « il joue avec ses camarades mais ils les provoquent après ils se réunissent pour le frapper, c'est pour ça je ne le laisse pas sortir, mais il ne reste pas tranquille sauf s'il joue avec sa tablette »

Notre cas n'a pas des difficultés de langage, il parle très bien comme les autres enfants de son âge, mais malheureusement il est tout le temps inattentif, sa mère nous a dit « quand je lui parle il m'écoute pas, il ne fait pas attention à ce que je lui dis ou à ce que je lui demande, il s'en fiche, il fait toujours ce qu'il veut » alors elle était très inquiète sur lui et surtout sur ses résultats scolaires parce que il a déjà refait l'année « il ne fait pas ses exercices à la maison, et il me dit même pas qu'il a un exercice, et à chaque fois c'est moi qui demande à ses camarades s'ils ont un devoir à faire à la maison », alors sa maman l'aide à faire ses devoirs « je l'aide à le faire parce que il lui faut toujours un poussé et il est aussi toujours distrait par le bruit externe, mais malgré ça il prend beaucoup de temps pour répondre, il ne le termine pas. et des fois il répond sans lire même pas les questions et sans cassé la tête »

Chafaa d'après sa maman, il aime jouer, il aime faire du sport, il aime aussi regarder les dessins animés « il aime surtout le foot-balle », aussi elle nous a dit qu'il est très attaché aux écrans que ce soit la télévision, le téléphone portable, ou bien la tablette, « quand il prend le téléphone ou sa tablette il peut rester 24h dans sa place sans bouger sans faire du bruit et il mange pas aussi, il reste tranquille devant les écrans. et des fois j'oublie qu'il est à la maison » elle a ajouté aussi « il se concentre trop quand il regarde sa tablette que quand il joue »

Chafaa ne fait pas des bêtises quand sa maman le laisse tout seule « oui il faisait des bêtises quand il a été petit, mais maintenant non il ne fait pas » et Comme toutes les mamans, la maman de chafaa l'aime beaucoup elle nous a dit « mon enfant est désiré, je l'aime et il me respecte, mais quand il fait des bêtises, je cris sur lui et je le frappe aussi parce que je suis sa maman et mon rôle c'est de l'éduqué »

Chafaa est le seul garçon de la famille, sa maman nous a dit qu'il n'est pas gâté, « Ya pas une déférence entre chafaa et ses sœur malgré qu'il est le seul garçon que j'ai, je ne l'est pas gâté, mais malgré ça il faut que toutes ses demandes soit satisfaites immédiatement, sinon il va s'énervé et il va pleurer des fois, mais quand je lui explique il va me faire un câlin et il va comprendre pourquoi j'ai refusé »

Durant notre entretien avec chafaa, on a remarqué qu'il est très agité et inattentif, et il représente aussi de l'impulsivité et sa maman nous l'a affirmé « oui il est impulsive dans tout ce qu'il fait, et quand je lui pose une question il répond sans réfléchir avant que je termine de la posé, il ne se concentre pas du tout sauf si on lui demande si il se concentre on va lui donner des jouer pour qu'il joue, c'est par condition sinon il va pas se concentré »

La maman nous a dit qu'elle réserve toujours du temps pour jouer avec ses enfants « oui je joue avec tous mes enfant, je rie avec eux et je leurs fait des câlins, et je leurs donne toute la tendresse ».

L'enseignante de chafaa a été coopératif avec nous, elle nous a dit « je vais répondre à toutes vos question qui concerne le comportement de mon élève chafaa au milieu scolaire »

Et notre première question était : Est ce que chafaa est agité ?et bien sûr sa réponse était « oui, il est très agité, il ne peut pas rester dans sa chaise, il bouge, il saute et il court partout, d'ailleurs tout le primaire le connait par son agitation et des fois il est agressive aussi, et il se bagarre chaque jours avec ses camarades, après il va nier tout ».

On a remarqué que l'enseignante avais pleine de choses à nous raconter sur le comportement de chafaa, elle nous a dit « chafaa est très malin, mais il bouge trop, il ne peut pas contrôler son énergie, alors il perturbe toute la classe, et tout la journée je lui dis : reste tranquille, parce que j'ai peur qu'il se blaise lui-même, ou il va blaisé quelqu'un d'autre, alors il me laisse pas travaillé »

Chafaa est tout le temps inattentif « généralement il est inattentif en classe, il s'esquive » mais il n'est pas toujours impulsive « ...des fois seulement parce Que il est toujours occupé par ses affaires, et il répond aux examens sans réfléchir »

Il ne répond pas à la place de ses camarades « non, il ne répond pas à la place de ses camarades, il veut juste aller au tableau, des fois pour lire un peu du coran qu'il a mémorisé, et des fois pour chanter une chanson »

Son enseignant nous a dit que chafaa l'aime et il la respecte « oui, il me respecte et il m'aime aussi, mais il ne fait pas ce que je lui demande, il ne suit pas mes consignes, parce que il est tout le temps distrait par le bruit de l'extérieur, il fait attention au détaille mais il oublie son cours »

Malgré que chafaa n'a pas de trouble de langage, mais « il ne lit pas en classe, et au moment des examens il répond au hasard sans lire le texte. Quand il est au tableau il lie normale, mais dans son livre il ne lie pas » et elle a ajouté aussi « oui il oublie toujours, il ne dit pas à sa mère ce que je lui demande, et des fois il oublie sa trousse et ses affaires a la maison »

On a demandé à l'enseignante s'il termine ses taches ? Et elle nous a dit « il n'écrit même pas »

Après l'analyse des résultats qu'on a obtenus de notre entretien effectuer avec chafaa, sa maman, et son enseignante. On conclut que chafaa souffre d'un déficit d'attention accompagné d'une hyperactivité, et sa maman était très inquiète pour lui.

Le 3^{ème} cas soundous :

Soundous est une petite fille elle n'a jamais refait l'année elle dit «non jamais». Age de 7ans, elle est en deuxième année primaire, elle a un frère et une sœur dit elle : «j'ai un frère qui s'appelle houssem et une sœur qui s'appelle Lou djain». Et elle ajouté aussi «oui je les aime...et j'aime aussi ma mère et mon père».

Cette petite fille d'après ce qu'elle dit, elle aime aller à l'école «oui, j'aime aller à l'école», et aussi elle aime son, enseignante «j'aime mon enseignante parce que elle m'aide toujours à apprendre...»mais cette petite fille nous a annoncé que son enseignante lui dit toujours qu'elle bouge trop «oui elle me dit toujours que je bouge trop en classe» mais d'un autre cote soundous nous a dit qu'elle ne joue pas en classe «no, je joue pas en classe, je reste tranquille».

Soundous est une fille très intelligente, et à chaque fois qu'elle répond, elle regard a sa maman, elle nous a dit qu'elle fait ses devoirs à la maison «oui, je fais mes devoir à la maison» et elle a ajouté aussi «...et j'ai pas des difficultés a terminé mes devoirs, toujours je les termine », elle garde aussi son attention focalise sur ses devoirs «...oui je garde mon attention focalise sur mes devoirs» mais cette petite fille rencontre toujours des difficultés dans la lecture, «oui j'ai des difficultés dans la lecture, et j'ai pas de difficultés dans l'écriture» mais quand on lui a demandé si est ce qu'elle se concentre et est ce qu'elle est attentif quand son enseignante parle elle a dit : «oui, je fais attentif, je suis attentif et je me concentre bien quand l'enseignante parle». Et elle a ajouté aussi «je n'oublie pas toujours, des fois seulement».

Soundous est agressive des fois, elle nous a dit qu'elle se bagarre avec ces camarades «je me bagarre avec eux en classe quand ils m'énervent».

Soundous estime quelque matière plus que les autres : «j'aime la science, les mathématiques, la littérature arabe et l'éducation civil». Mais m'aime pas les autres matières «je n'aime pas les autres matières parce que elle son très difficile».

On a demandé à soundous si elle tourne vers ses camarades en classe et bavard avec eux elle a répondu : «non, jamais je tourne juste quand ma copine me parle».

Soundous n'oublie pas ses affaires «je n'oublie pas mes affaires en classe, mais des fois je les oublie à la maison».

La maman de notre cas était très inquiète sur le devenir du comportement de sa fille, elle nous a dit « je vais répondre à toutes vos questions, tout ce que je cherche c'est le bien de ma fille »

Notre première question pour elle était « Est-ce que vous avez eu des difficultés pendant votre grossesse ? et ça réponse a était « non hamdoulah je n'avais pas des difficultés, tout a était normal, tout a était passé bien, après j'avais un accouchement normal sans difficultés, et hamdoulah mon bébé et né en bonne santé ».

La maman nous a dit qu'elle a remarqué le changement du comportement de sa fille après l'âge de 5 ans « oui, avant l'âge de 5 ans elle a était calme comme tous les enfants, mais après l'âge de 5 ans son agitation a commencé a ce montrés, elle n'arrête pas de bougé tout le temps sans cesse même quand elle mange ou quand je lui peigne les cheveux, elle ne peut pas rester assise dans sa place »

Soundous tout le temps inattentif, elle n'écoute pas sa maman malgré qu'elle la respecte « oui, elle n'est pas attentif du tout, parce que elle m'écoute même pas, quand je lui parle elle joue et elle s'en fous de quoi je parle, et la des fois je cris sur elle, et même je la frappe pour qu'elle m'écoute et aussi quand elle fait des bêtises » elle a ajouté aussi « même quand elle fait ses exercices elle est inattentif, elle joue, et elle ne se concentre pas ,elle répond comme elle veut au hasard ,elle ne se casse pas la tête ,et elle lui faut toujours un suivi parce que elle oublie ce que on lui demande ,c'est pour cela qu'elle termine jamais ses exercices »

Notre cas est agressive, sa maman a dit « oui, elle se bagarre surtout avec sa sœur, et des fois elle s'énerve et elle pleure»

Notre sujet est un enfant désiré, la maman a dit « oui mon enfant est désiré et je l'aime, et j'ai jamais regretté de l'avoir, elle est ma joie .mais ce qui m'inquiète c'est que des fois ses demandes doivent être réalisé si non elle pleure, mais des fois elle va se taire toute seule parce que elle sait que je suis Sīvers avec elle » mais ça reste que toutes les mamans aiment leurs enfants , elle nous a dit « je l'aime et des fois je joue avec elle »

Pour notre entretien avec l'enseignant de soundous, il a était bien passé par son aide et sa sincérité et son collaboration avec nous pour répondre à toutes nos questions.

Et notre première question pour elle était sur les comportements de soundous au sein de l'école, et elle a répondu « oui, elle est très agité, elle bouge trop et elle ne reste jamais dans sa place, et elle bavard aussi dans la classe avec ses camarades, elle ni les laisse pas tranquille »

On lui a demandé si elle répond à la place de ces camarades, et elle a dit « non jamais, elle ne répond pas à leurs place et elle ne les interrompe pas aussi » elle a ajouté aussi « mais quand je lui pose une question, elle ne me laisse même pas terminé, elle m'interrompt direct malgré qu'elle n'a pas compris »

D'après l'enseignant, soundous est inattentif « elle est toujours inattentif, alors je suis obligé de lui répéter plusieurs fois pour qu'elle comprend, mais par contre elle est attentif au détail ou quand elle entend un bruit à l'extérieur et elle regard par la fenêtre dehors, alors elle est facile à distraire »

Soundous ne respecte pas les consignes de son enseignant « elle ne respecte pas mes consignes et elle fait jamais ce que je lui demande, elle s'en fout, elle n'est pas organisée dans son travail, elle joue dans la classe avec ses affaires, alors elle dérange ses camarades » il a ajouté aussi « ...après elle se bagarre avec ses camarades »

Soundous n'oublie pas ses affaires dit son enseignant « elle n'a jamais oublié ses affaires dans la classe, mais des fois elle les oublie à la maison mais des fois elle oublie ce que je lui demande »

L'enseignant nous dit que « elle ne fait pas ses tâches parce que elle est occupé de jouer, mais elle aime quand je leur donne un travail de groupe ou elle joue avec ses camarades, mais ses camarade l'évite toujours parce que elle est agressive avec eux ».

A partir de cette analyse qu'on fait sur les réponses récoltées de notre entretien avec soundous, sa maman et son enseignant. on a conclu que les comportements agressifs que représente soundous influence négativement sur sa relation avec ses camarades, et aussi elle souffre d'inattention et de l'hyperactivité qui influence sur son rendement scolaire

Le 4^{ème} cas « Laith » :

Laith est un petit garçon âgé de 7 ans, il est en 2^{ème} année primaire, il a un frère et une sœur « mon frère s'appelle Abderrahmane et ma sœur c'est Lina ».

Il nous a dit qu'il aime tous les membres de sa famille « je les aime tous ». Et il a une très bonne relation avec eux.

Se petit garçon n'a jamais refait l'année, il fait toujours ses devoirs à la maison, « oui je fais mes devoirs à la maison » et il n'a pas des difficultés dans son écriture ni dans sa lecture, « non, je n'ai pas des difficultés, je lis bien et j'écris bien ».

On a demandé à Laith si il aime aller à l'école et sa réponse a été courte et directe « Non », aussi il n'aime pas son enseignante il nous a dit : « non, je l'aime pas parce qu'elle est toujours énervé, et elle crie sur moi, elle me dit tout le temps tu bouges trop, reste tranquille dans ta place ».

Mais quand on lui a posé la question : est-ce que t'as des difficultés à rester assis en classe ? Il nous a répondu : « non, je reste tranquille et je bouge jamais » il a ajouté aussi « non, je ne joue pas en classe ». Et là on a remarqué une contradiction entre ses réponses parce qu'au

début il nous a dit que son enseignante lui dit qu'il bouge trop, et après il nous dit qu'il ne bouge pas.

Notre cas n'est pas attentif, il ne se concentre pas en classe, il a dit : «je suis inattentif je ne peux pas me concentrer parce que j'oublie des fois ce que mon l'enseignante me dit».

Laith estime beaucoup plus quelques matières que les autres, il nous a dit : «je préfère les mathématiques, la technologie, la littérature arabe, et la science islamique parce que je les maîtrise plus que les autres».

Il n'a pas de difficultés à terminer ses devoirs et même il nous a dit qu'il peut garder son attention focalisée sur ses devoirs «non, je n'ai pas de difficultés».

Il a ajouté aussi «je suis attentif quand je fais mes devoirs». Après Laith nous a dit qu'il n'oublie pas ses affaires à l'école «je les oublie des fois seulement».et là on a remarqué que notre cas n'est pas attentif en classe, mais il est attentif à la maison quand il fait ses exercices.

Notre sujet est agressif d'après ce qu'il dit «oui, je bagarre avec mes amies » et quand on lui a dit : est-ce que tu tournes vers tes amies en classe ? Il a répondu « oui, des fois quand quelqu'un me parle »

Notre entretien avec la maman de Laith a été très bien passé, elle nous a dit « je vais être sincère avec vous, et je vais répondre à toutes vos questions » elle nous a parlé au début sur sa grossesse « les premiers mois de ma grossesse ont été très difficiles parce que j'avais une faiblesse et je mange rien, aussi j'avais une hypertension artérielle, des fois elle est hyper et des fois elle est normale ,mais juste les premiers mois, après elle est redevenue normale »

L'accouchement de la maman a été normal, elle nous a dit « oui, elle a été normale, tout c'était bien passé »son bébé après sa naissance était bien, « après sa naissance il a été un bébé comme tous les autres bébés, en bonne santé et son comportement était normal aussi, tout aller bien. Mais à l'âge de trois(3) ans son comportement a complètement changé il est devenu agité.

Il a une bonne relation avec les membres de sa famille «oui il les aime, et il Ya toujours une concurrence entre eux, il joue ensemble »

La maman nous a dit «oui j'ai remarqué qu'il est agité depuis l'âge de 3ans, il bouge trop, il fait des bêtises, et quand je lui parle il ne m'entend jamais »elle a ajouté aussi qu'elle le frappe quand il fait des bêtises « oui je le frappe quand il fait des bêtises ou quand je lui demande de faire quelque chose et il refuse de la faire »

Il est toujours inattentif, sa mère a dit « généralement oui, il est inattentif, et même quand il fait ses exercices il ne se concentre pas, et il ne les termine jamais » alors Laith aime

que jouer « il joue trop au téléphone portable, et il se concentre juste en regardant les dessins animés, mais des fois il se bagarre avec son frère, mais il aime jouer avec ces amies dans le jardin »

On a demandé à la maman si son fils est non désiré, et elle a répondu « mon enfant est désiré et je l'aime, mais il est très proche a son père que a moi, parce que son père l'amène partout »

D'après la maman « Laith est toujours énervé et il cris aussi, et même il est agressif avec ses camarades, il se bagarre avec eux chaque jour, et c'est lui qui les provoque »

Notre cas interrompe sa maman à chaque fois qu'elle parle elle nous a dit« oui il m'interrompte tjrs, il me laisse même pas me terminé la question, il répond toujours impulsivement, et quand je le parle, il m'écoute pas presque il est tout le temps distrait »

La maman donne toute sa tendresse a ses enfant « j'aime mes enfants ce sont tout ce que j'ai, et je joue chaque jours avec eux ».

Notre entretien avec l'enseignante de Laith était très bien passé, elle a était coopératif avec nous, on nous a dit que Laith est très agité à l'école « oui, il est très agité, il bouge trop et partout, il ne reste jamais tranquille, tout ce qu'il fait c'est de tortillé sa chaise en classe et de faire des bruits et il ne faut pas s'asseoir, alors il dérange tous ses camarades et il me perturbe le cours »

Notre cas ne répond pas à la place de ses camarade d'après ce qu'elle dit son enseignante «non, il ne répond pas à la place de ces camarades, il ne les interrompe jamais, mais moi il m'interrompte à chaque fois que je pose une question, et il répond d'une manière impulsive sans réfléchir et sans comprendre »

Laith est toujours inattentif quand je parle avec lui, mais il fait attention au moindre bruit, il toujours distrait par le bruit »

Ce petit garçon ne peut pas attendre son tour pour répondre en classe, d'après son enseignante que malgré ça il n'interrompte pas ses camarades « il a des difficultés à attendre son tour, mais il n'interrompte jamais ses camarades quand ils répondent » elle a ajouté aussi « des fois il respecte mes consignes et des fois il m'oblige à le punir parce que il écrit sur la table ou sur le cahier de son camarade, il n'est pas organisé car il écrit ou il veut et ses taches ne sont pas organisés »

Laith joue tout le temps en classe « oui il joue en classe, il ne se concentre pas » son enseignante nous a dit « il oublie toujours ses affaires à la maison, il a des difficultés dans l'écriture alors presque il n'écrit pas sur son cahier »

L'enseignant nous a dit que notre cas oublie ce qu'elle lui demande et dit jamais à sa mère ce que son enseignante lui a dit, « il oublie toujours ce que je lui demande de dire à sa maman » et elle a ajouté que laith joue avec ses camarades normale « oui il joue normale avec ses camarades, et il n'est pas rejeté par le groupe ».

D'après l'analyse de cas de Laith, nous constatant que d'après les résultats obtenu, notre cas représente la majorité des signes et des symptômes d'un déficit d'attention et d'une hyperactivité, alors on conclut que Laith souffre d'un déficit d'attention accompagné d'une hyperactivité.

2-Discussion des résultats :

A partir de l'analyse des cas dont nous avons recueillie les données qui ferons l'objet de la discussion de l'hypothèse.

Notre étude est portée sur la prise en charge d'un déficit d'attention accompagné d'une hyperactivité, et pour cela nous avons formulé cette hypothèse suivante :

Durant notre analyse des résultats de recherche, nous avons constaté que les quatre cas représentent un déficit d'attention accompagné d'une hyperactivité.

Nous avons remarqué que tous les quatre cas :Nihad,Cafaa, Soundous et Laith, chacun d'eux représente les signes d'un déficit d'attention qui « est caractérisé par une inattention excessive une très grande facilité à la distraction et un manque de préservation dans la réalisation d'une tache déterminé » (canoui.p et al,1993,p103), et ils représentent aussi les signes et les symptômes d'une hyperactivité qui est « une activité motrice débordante, inapproprié et désordonnée de l'enfant.il ne peut rester « assis », « bouge tout le temps », « fait des bruits incongrus », alors chaque cas souffre d'un déficit d'attention accompagné d'une hyperactivité, et se trouble perturbe la vie du patient dont on remarque une instabilité dans ses comportements et dans son attention, ce qui va influencer négativement sur son développement et sur son rendement scolaire qu'on a même remarqué chez nos patients.

Et pour cela on va présenter si dessus un programme qu'on a choisie .qui va aider a dépassé l'inattention et d'amélioré l'attention d'un enfant.

1-Présentation et analyse du premier exercice : Attention sélective aux stimuli visuels

Dans cet exercice qui est une carte imprimé avec des symboles de manière irrégulière on a demandé à chaque cas de prêter attention et de coché seulement les 4 symboles choisie et sa durée est de 25 min.

Processus d'attention

Activité n°: 1

Attention sélective aux stimuli visuels

Les buts :

- 1 Former les étudiants au bon choix dans un sens
- 2 Former les étudiants à choisir l'attention visuelle et l'attention
- 3 Former les étudiants à des déclencheurs non pertinents et à l'exclusion non pertinents

Les outils :

- 1 tableau
- 2 Cartes imprimées sur l'activité
- 3 Photos d'exercices pour chaque élève

Durée d'exercice (25 minute)

Les procédures :

Le chercheur présente des cartes imprimées avec des symboles de manière irrégulière et demande aux élèves de leur prêter attention sur elles et de les cochée

Le Chercheur: Lorsque vous terminez la première ligne, le chercheur demande de passer directement à la deuxième ligne et essayer d'écrire les symboles requis uniquement dans chaque classe avec précision et rapidité. Si l'élève connaît les stimuli fournis, il fournit à chaque élève un cadeau symbolique (crayon). (Eraser. Ruler) avec le soutien de la réussite et atténuer les sentiments de peur et d'hésitation

L'évaluation :

Le lieu d'évaluation correspond au moment où l'enfant a maîtrisé les performances requises à 80%. Si l'enfant ne parvient pas à atteindre cet objectif, l'activité sera recyclée jusqu'à ce que l'enfant atteigne le niveau de maîtrise requis.

Chapitre V Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

*	-	!	x	Δ	←	≠	÷	+	?	*	*	&		%	-	+	<	Δ	(1)
-	x	&	+	>	%	?	Δ	-	≠	*	*	+	!	=	x	&	÷	<	(2)
!	+	Δ	%	*	+	x	>	<	x	=	←	+	?	Δ	*	÷	&	%	(3)
÷	x	≠	<	+	!	=	&	?	÷	x	+	%	*	-	←	≠	?	÷	(4)
=	÷	%	-	&	*	<	!	x	>	≠	*	?	+	x	÷	%	←	?	(5)
?	←	x	Δ	÷	?	≠	&	%	!	*	<	=	%	x	>	+	Δ	*	(6)
%	+	←	*	<	Δ	+	%	÷	-	!	*	≠	&	?	>	+	x	>	(7)
Δ	x	?	←	÷	>	Δ	*	%	>	+	←	*	≠	=	<	x	÷	?	(8)
!	÷	+	x	>	Δ	<	!	?	*	≠	+	=	←	*	-	!	&	Δ	(9)
?	*	←	÷	*	>	*	←	Δ	=	!	x	?	÷	x	+	-	%	=	(10)
=	!	?	←	x	<	>	*	&	?	x	+	Δ	%	+	!	>	<	Δ	(11)
*	Δ	+	÷	≠	!	?	>	x	!	←	?	*	x	÷	x	-	!	←	(12)
*	-	!	x	Δ	←	≠	÷	+	?	*	*	&	x	%	-	+	>	Δ	(13)
←	x	&	+	>	%	?	Δ	-	≠	*	*	+	!	=	x	&	÷	<	(14)
!	+	Δ	%	*	+	x	>	<	x	=	←	+	?	Δ	*	÷	&	%	(15)
÷	x	≠	<	+	!	=	&	?	÷	x	+	%	∅	-	←	≠	?	÷	(16)
=	÷	%	-	&	*	<	!	x	>	≠	*	?	+	x	÷	%	←	?	(17)
?	←	x	Δ	÷	?	≠	&	%	!	*	<	=	%	x	>	+	Δ	*	(18)
%	+	←	*	<	Δ	+	%	÷	-	!	*	≠	&	?	>	+	x	>	(19)
Δ	x	?	←	÷	>	Δ	*	%	>	+	←	*	≠	=	<	÷	÷	?	(20)

1^{er} Cas de Nihad :

- Après qu'on a fait notre entretien avec nihad, sa maman et son enseignante, et on a décrit et diagnostiqué son cas, on a conclu qu'elle souffre d'un déficit d'attention accompagné d'une hyperactivité. alors on est passé à la passation de cet exercice avec elle.
- Dans la première séance on a donnée à nihad la carte et on lui a expliqué la consigne de l'exercice, et on lui a demandé de prêter attention sur les symboles désiré avec précision et rapidité a les cochés.
- Nihad a commencé l'exercice difficilement et lentement par ce que elle n'a pas encore réussi a bien connaitre et faire la différence entre les symboles qu'on lui a demandé de les cochés avec les autres symboles, Alors elle coche les symboles avec hiérarchisation.
- Et à chaque fois que nihad termine une ligne on lui demande de passé à la prochaine ligne et on l'applaudie à chaque fois pour les réponses justes. Mais on a remarqué qu'elle ne fait pas attention à ce qu'elle coche, elle laisse son exercice et elle regarde tout autour et elle se lève chaque minute de sa chaise.
- Et après 10 min d'exercice nihad a coché que 3 sur 20 lignes, elle a commencé à ce dégoûté, elle nous a dit « je suis fatigué, il est très long » alors elle refusé de continuer l'exercice.
- A la fin de l'exercice on a offert à nihad un crayon pour l'effort qu'elle a fourni et sur les bonnes réponses qu'elle a trouvé.
- Dans la deuxième séance on a donnée à nihad une autre carte sur l'exercice précédent, et on lui expliqué la consigne.
- Alors nihad a eu déjà l'idée sur ce que elle va faire. On lui a demandé de faire attention et de ce concentré sur les symboles qu'on lui a demandé de les cochés et d'aller rapidement.
- Nihad a commencé son exercice mieux que la séance précédente, elle essaye de se focalisé que sur les symboles désirés pour les cochés et peut a peut-elle s'améliore, et à chaque fois qu'elle réussit a terminé une ligne on l'applaudie, et on lui demande d'aller vers la prochaine ligne avec encouragement.
- Nihad avais un peu des difficultés a resté assise pendant qu'elle fait son exercice, elle préfère faire l'exercice debout
- Et Dans un quart d'heure (15 min) nihad a arrivé à cochée 8 sur 20 lignes, mais qu'elle a sauté quelques symboles dans quelques lignes. Et la fin elle voulait partir et elle nous a dit « je suis fatigué, moi et ma mère on va partir maintenant à la maison » après on lui donnée un stylo bleu comme un encouragement pour son amélioration.

- Dans la troisième séance, dès que nihad a rentré elle nous a dit « donnez-moi l'exercice je vais le terminé aujourd'hui ». Alors elle a été prête à le faire correctement.
- Comme chaque séance on a expliqué à nihad la consigne de l'exercice et de focalisé son attention sur les symboles qu'il faut cochée. et elle nous a dit « oui je sais ce que je vais faire », après elle a commencé l'exercice rapidement sans faute, et avec concentration.
- Nihad a arrivé a maîtrisé l'exercice très bien, et quand elle termine d'une ligne elle va aller directement vers la ligne suivante sans perdre du temps. Alors on a remarqué que nihad a focalisé toute son attention et son énergie sur son exercice malgré que des fois elle se lève après elle s'assoit et continuer son exercice.
- Et à la fin nihad a arrivé à rester 25 min dans sa place en faisons son exercice, alors pendant 25 min nihad a coché 18 sur 20 lignes sans fautes.
- Alors à la fin on a remarqué que dans chaque séance l'attention de nihad s'est amélioré de plus en plus, et elle peut garder son attention focalisé sue la tâche qu'elle fait, alors on a réussi dans cette exercice a renforcé l'attention de nihad.

2^{eme} cas de Chafaa :

Après qu'on a fait notre entretien avec chafaa, sa maman, et son enseignante .on a fait la description du cas de chafaa. Alors on là diagnostiqué qu'il souffre d'un déficit d'attention accompagné d'une hyperactivité.

Et dans ce cas-là on lui a passé quelque exercices pour améliorer peut a peut son niveau d'attention et de réduire son hyperactivité.

Dans la première séance avec chafaa on lui a donnée une carte de l'exercice et on lui a expliqué la consigne .après on lui a demandé de faire attention seulement a 4 symboles et de les cochés. La première réaction de chafaa était : « il est très long, je ne peux pas le faire » et même il a hésité de commencé, il nous a dit « je vais faire moi tout ça ? » après il a commencé a compté les lignes .mais après on là encouragé et il a commencé à faire son exercice.

Chafaa fait son exercice sans attention car à chaque fois il saute les symboles comme si il est précis de terminé. et à chaque fois qu'il termine une ligne, il va commencer a conté toutes les lignes qui lui reste à faire.

Chafaa a été très agité durant la passation de l'exercice, il bouge trop et il parle trop aussi, et à chaque fois il me demande quelle heure est-t-il ? ce petit enfant a passé tout son exercice debout.

Alors après 10 min d'exercice chafaa a refusé de continuer son exercice, il a fait 4 sur 20 lignes dont dans la première ligne il a sauté 3 symboles qu'il n'a pas cochés, et dans la

deuxième ligne il a sauté un symbole, et pour la troisième ligne il a sauté 2 symboles, et dans la quatrième ligne chafaa a laissé deux symboles.

Après chafaa a refusé carrément de continuer l'exercice et il nous a dit « c'est bon pour aujourd'hui, je suis fatigué, demain j vais continuer le reste de l'exercice ».

Dans la deuxième séance dès que chafaa a rentré, il nous a dit : « aujourd'hui je vais continuer mon exercice et vous aller me donnée des jouets » après on lui a expliqué que c'est un nouveau exercice qu'il va faire, et il a accepté.

On a donné la carte d'exercice a chafaa et on lui a expliqué la consignes de l'exercice, après il a commencé à le faire moins difficile que la première fois, mais toujours on a remarqué que chafaa ne peut pas s'asseoir sur sa chaise, il a arrivé comme même a maîtrisé et a assimilé les 4 symboles désiré a les cochés mieux que avant.

Et durant l'exercice chafaa a dit : « bientôt je vais terminer, il me reste pas beaucoup, je vais terminer rapidement.

Chafaa s'est amélioré par rapport à la première séance, maintenant il a fait 9 sur 20 ligne dont il a résisté 15 min dont il a coché tous les symboles dans toutes les lignes sauf dans la 8em et la 4em ligne il a oublié quelques symboles.

Dans la troisième séance chafaa s'est très bien amélioré par rapport aux séances précédente, on lui a expliqué la consigne comme toujours, après il a commencé son travail avec une attention élevé focalisé que sur les symboles dont on a besoin. Alors chafaa a coché les symboles sans laissé un d'eux, et il a fait 18 sur 20 ligne dans 25 minutes .alors il s'est très bien amélioré, et il a coché toutes les symboles sans erreurs. Alors cet exercice a aidé chafaa a stabilisé son attention et de la gardé focalisé sur une tache le plus longtemps possible.

Et à la fin de notre exercice avec chafaa on lui a donnée un cadeau qui est un crayon pour ses efforts fournis et parce que il est arrivé a assimilé et terminé l'exercice.

3^{eme} cas de Soundous :

Soundous est une petite fille très intelligente, on l'a diagnostiqué d'après l'entretien qu'on lui a fait pour elle, pour sa maman et pour son enseignant, qu'elle souffre d'un déficit d'attention accompagné d'une hyperactivité. et dans ce cas-là on a pris quelques exercices pour améliorer et stabilisé son attention.

Dans la première séance, on a donnée a soundous une carte avec des symboles et on lui expliqué les consignes de l'exercice. Après On lui a demandé de focalisé son attention sur les 4 symboles choisis, et elle va les cochés rapidement.

Au début soundous a refusé carrément de faire l'exercice parce qu'elle n'a pas bien compris le principe de l'exercice, et elle nous a dit « je veux ma mère » mais après on l'a

encouragé et on lui a réexpliqué tout l'exercice, et on lui demandé que si elle fait l'exercice on va lui donner un cadeau, alors l'a soundous a commencé son exercice.

Soundous a commencé par la première ligne dont elle coché 5 symboles et elle a sauté les 3 autres symboles. Après elle est passé à la deuxième ligne ou elle a coché que 3 sur 7 symboles, alors on remarqué que soundous ne fait pas attention aux symboles et même elle coche chaque symbole qu'elle trouve devant elle.

Dans la troisième ligne nihad a coché 5 sur 8 symboles avec autre symboles. et quand soundous a arrivé à la quatrième ligne, elle l'a fait juste mais elle a laissé un seule symbole non coché, après elle a refusé de continué l'exercice. Alors soundous a pris 10 min pour terminer ses 4 lignes.

A la fin de l'exercice on a donné à soundous un crayon pour encouragement sur ses efforts fournis pour arriver a coché les symboles justes.

Dans la deuxième séance, soundous a était prête à faire l'exercice de nouveau car elle avait déjà fait cette exercice dans la première séance, alors on lui a donné la carte et o lui a expliqué la consigne de l'exercice.

Soundous a commencé son exercice correctement, elle s'est focalisée sur les symboles qu'il faut cochés .elle a fait la première ligne correctement sans faute mais elle aller tout doucement pour se concentré et faire attention que sur les symboles qu'il faut cochés.

Soundous a passé à la deuxième ligne et elle a coché tous les symboles désirés, mais elle fait son exercice tout doucement et elle prend beaucoup de temps, alors soundous a commencé a géré son attention et de la gardé focalisé sur son exercice quelque temps.

La petite fille a continué son exercice de la même manière, alors elle est arrivé à la troisième ligne dont toutes ses réponses ont était juste, elle a arrivé a terminé 3 ligne correctement dans 12 min mais dès qu'elle a terminé avec la troisième ligne soundous a était très fatigué parce qu'elle a fourni beaucoup d'attention sur l'exercice, alors elle voulait se reposé.

Soundous cette fois elle a réussi à suivre les consigne et à prêter attention au symbole, alors on lui a offert un stylo bleu comme encouragement.

Dans la troisième séance, on a expliqué comme toujours à soundous la consignes de l'exercice et on lui demandé d'aller cette fois si rapidement, après elle a commencé directement de coché les symboles rapidement et avec attention, et à chaque fois qu'elle termine une ligne elle passe directement vers la prochaine ligne sans qu'on lui demande. et dans les 25 min soundous a arrivé a coché toutes les symboles correctement dans 18 ligne, sauf dans la ligne 16 elle a sauté le premier symbole.

A la fin de l'exercice on a donné une régle pour soundous parce que elle a réussi a gardé son attention focalisé sur son exercice jusqu'au 25 min, et elle a réussi aussi a coché correctement les symboles.

4^{eme} cas de laith :

Après qu'on a fait notre entretien avec laith, et on l'a diagnostiqué qu'il souffre d'un déficit d'attention accompagné d'une hyperactivité.

Dans la première séance On a donné la carte à laith et on lui a expliqué la consigne de l'activité et on lui a demandé de prêté attention sur les symboles qu'il faut cocher

Après laith a commencé de coché les symboles désiré, mais le début a était très difficile car il est très agité, et même il coche les symboles hiérarchiquement sans faire attention et il saute les symboles désirés.

Et après 11min laith nous a dit « c'est bon j'ai terminé, je ne vais pas continuer cette exercice, il est très long »et permis ses résultats, il a coché 4 sur 20 lignes difficilement

Dans la deuxième séance, on a donné à laith la carte de l'exercice et on lui a expliqué très bien la consigne de cette activité

Laith a commencé à faire attention aux symboles qu'il coche, et il essaye d'aller un peu vite sans cocher les autres symboles .mais après 17 min il a arrêté de coché les symboles et il nous a dit qu'il est fatigué.

Laith a coché 15 sur 20 lignes pendant 17 min, alors on a remarqué que laith à évoluer son attention, et il peut la gardé focalisé sur une tache au moins quelques minutes.

Et dans la troisième séance on a donné la carte a laith et on lui demandé de coché juste les symboles désiré, et on lui a expliqué la consigne de l'activité.

Laith a eu déjà l'idée de ce qu'il va faire, alors il n'a pas rencontré des difficultés, alors il a commencé a maitrisé les symboles et a commencé a coché les symboles sans difficultés .alors laith a réalisé 17 lignes sans erreurs dans 25 min. Alors on a conclu que laith a maitrisé les symboles et il peut faire la différence entre ses symboles là, alors il Ya une amélioration après la passation de cette activité

A la fin de l'activité on a donné à laith un crayon comme il a réussi à terminer l'exercice et il a réussi a coché les symboles correctement.

L'attention sélective aux stimuli visuels et auditifs ensemble

Les objectifs :

- 1-Formation de sélection sensorielle dans plus d'un sens.
- 2-Former les élèves à choisir l'attention présentée de manière visuelle et acoustique et à y prêter.
- 3-S'entraîner à recevoir des informations simultanément par deux canaux des sens.

Les outils :

- 1-Le tableau noir.
- 2-Appareil d'enregistrement.
- 3-Cartes imprimées sur l'activité.
- 4-Photos d'exercices d'activité pour chaque élève.

Durée de l'activité (30) minutes.

Les procédures :

Le chercheur propose de fournir aux cartes imprimées le contenu de l'activité avec la présentation de l'activité sur un appareil d'enregistrement en même temps, afin que l'élève entende et examine le contenu de l'activité.

Le chercheur : le chercheur lit le contenu de l'activité, qui consiste en un mot manquant, une lettre devant quatre caractères. L'élève choisit l'un d'entre eux pour compléter la lettre manquante pour devenir le nom d'un animal ou d'une plante.

Exemple :

- **Le chercheur :**.....Azelle (R.A.G.L)
- **L'élève :** la lettre est (G).
- **Le chercheur :** lit le mot avec la lettre manquante.
- **L'élève :** Gazelle.
- **Le chercheur :** très bien, et le chercheur lui offre un stylo abeille pour sa réponse correcte.

Calendrier :

Le test d'évaluation consiste à identifier un élève (80%) des stimuli fournis dans l'activité et en cas d'échec de l'enfant à réaliser ce recyclage pour cette activité.

1	(F.G.P.C)	.....orbeau
2	(F.K.R.S)	.....inge
3	(C.A.G.Q)	.....ne
4	(S.E.N.T)	.....léphant
5	(E.G.D.P)	.....renade
6	(T.Y.M.T)	.....outon
7	(F.G.R.T)	.....aisins
8	(J.H.G.T)	.....aureau
9	(C.A.S.E)	.....rbre
10	(Z.V.L.P)	.....ache
11	(P.Y.T.D)	.....omate
12	(R.H.P.E)	.....oule
13	(Z.F.L.P)	.....aucon
14	(R.L.D.G)	.....oup
15	(D.P.N.B)	.....omme

L'attention sélective aux stimuli visuels et auditifs ensemble.

2-Présentation et analyse du 2^{ème} exercice :

L'attention sélective aux stimuli visuels et auditifs ensemble.

Dans cette exercice qui est une carte qui contient un tableau dont on trouve des mots incomplètes et on va les compléter par la lettre manquante pour obtenir un nom d'animal ou d'une plante. et sa durée est de 30 min.

1^{er} cas de nihad :

Après avoir passé le premier exercice a nihad, on va aller à lui passé le deuxième exercice.

Dans la première séance, on a donné a nihad la carte qui contient le tableau et on lui a expliqué la consigne de l'exercice, dont on lui a demandé de compléter la lettre manquante

après de nous avoir entendu lire le mot incomplet, et aussi de nous entendre quand on lit les lettres proposés pour compléter le mot.

On a commencé à lire le premier mot, et après à lire les lettres proposées, alors nihad au début elle n'as rien compris comme si elle est bloqué, après on lui répété la consigne alors elle a compris l'exercice .nihad a commencé de répondre hiérarchiquement sans se référé au lettres proposé dans l'exercice, alors elle prend beaucoup de temps pour répondre et elle saute les lignes quand elle répond.

Nihad a réussi à répondre juste à 4 lignes du tableau correctement après 10 min. Elle a réussi a complété justes les mots plus simple et facile le : 1, 2, 3,6.

Dans la deuxième séance, on a refait l'exercice avec nihad pour la deuxième fois, et cette fois si elle a commencé a assimilé l'exercice peut a peut bien qu'elle est agité un peut .et à chaque fois qu'on lit le mot, après on lit les lettres, elle nous dit la lettre qui manque, elle a réussi a trouvé 9 lettres dans 15 min qui sont : 1, 2, 3, 5, 6, 9, 11, 12, 15. Alors on a remarqué une amélioration chez nihad par rapport à la première séance.

Dans la troisième séance, l'exercice a était facile pour nihad parce que dès qu'on lui a expliqué la consigne de l'exercice, elle a commencé directement et facilement, et elle répond correctement sauf dans les mots numéro : 4, 13 ,14. Elle ne les a pas trouvés. Alors nihad a trouvé 12 sur 15 lettres pendant 30 minutes.

2^{eme} cas Chafaa :

Après qu'on a fait le premier exercice a chafaa : on va aller à lui faire le deuxième exercice sur : L'attention sélective aux stimuli visuels et auditifs ensembles.

Durant la première séance, on a expliqué à chafaa la consigne de l'exercice, dont on va lui lire des mots incomplètes, et on va lire aussi les lettres, après lui il va choisir la lettre qui manque dans le mot.

Alors chafaa a refusé au début parce qu'il n'a pas bien assimilé l'exercice tellement qu'il est très agité et inattentif, mais après on l'a encouragé, et il a commencé par le premier mot dont il a pris un peu de temps mais après il a trouvé la réponse juste .après chafaa a commencé à répondre sans regardé ou entendre les lettres et il saut les lignes. Et après 13 minute chafaa nous a dit : « ça suffit pour aujourd'hui maintenant je veux jouer » alors chafaa a refusé de continuer l'exercice

Chafaa a trouvé 4 mots seulement pendant 13 min, le numéro : 2, 6, 9, 12.

Dans la deuxième séance, on a expliqué la consigne de l'exercice, et on a demandé à chafaa de répondre par rapport au lettres qui existe dans le tableau, pare que des fois il nous donne des mots et des lettres qui n'existe pas.

Alors chafaa a compris le principe et il a commencé à répondre doucement par rapport au lettre donnés, et à chaque fois on lui demande de focalisé son attention sur les lettres et sur le sens qu'il entend, après chafaa a réussi à répondre correctement et de trouvé 10 lettres pour le : 1 2 3 6 7 8 9 10 11 12.pendant 20min, après il nous a dit qu'il est fatigué et il veut se reposé, après on l'a libéré.

Alors dans cette deuxième séance on a remarqué que chafaa a commencé à s'évoluer par rapport à la première séance.

Dans la troisième séance, on a expliqué à chafaa la consigne de l'exercice après on a commencé à lire les mots incomplets et les lettres, et chafaa a commencé a complété directement les lettres dans les mots. Et là n a remarqué que chafaa s'est évoluer d'une séance a une autre, et maintenant il peut garder son attention focalisé visuellement et auditivement.

3^{eme} cas soundous :

On a passé le premier exercice à soundous et elle a réussi à s'évoluer, et maintenant on va lui passer un autre exercice sur L'attention sélective aux stimuli visuels et auditive.

Dans la première séance, on a donné la carte a soundous et on lui a expliqué la consigne de l'exercice a soundous, et on lui demandé d'entendre les mots incomplets qu'on va lire, et aussi les lettre qui convient à ces mots-là.

Au début soundous a eu des difficultés pour se concentré sur l'écoute et la vision en même temps surtout qu'elle est inattentif et hypéreactif.alors ses première réponses ont était en hiérarchisation et elle saute la ligne, et même elle s'est dégouté dans les premières 09 min, après elle a refusé de continuer l'exercice.

Soundous a trouvé que 3 lettre, le numéro : 9 ,10 ,11. Dans 09 min.

Dans la deuxième séance, on a donné le carte a soundous, et on lui expliqué la consigne, et cette fois si elle n'a pas eu le sentiment d'être dégouté et précis a terminé comme la première fois parce que elle a déjà vu l'exercice dans la première séance.

Alors soundous a essayé de bien faire attention à ce qu'elle écoute et de faire une liaison entre se écoute et cette carte qu'elle a devant elle pour trouver les lettre qui complète les mots qu'elle a devant elle. alors elle a commencé à répondre tout doucement et correctement, elle a arrivé a trouvé 11 lettres correctes le :1 ,2 , 3 ,4 ,6 , 7, 9 , 10 ,11 , 12 , 15, pendant 19 min après elle a refusé de continuer l'exercice.

Dans la troisième séance, on a donné a soundous la carte et on lui a expliqué la consigne, et elle a était prête a commencé l'exercice.

Et dès qu'on a commencé a lires les mots incomplets, soundous a commencé de complété les mots par la lettre qui manque rapidement sans difficultés, et dans 30 minutes

soundous a complété presque tous les mots par les lettres qui lui convient, et lui reste le numéro : 04 ,13.

4^{eme} cas laith :

Après qu'on a passé le premier cas pour laith et on a remarqué une amélioration dans son attention, on a passé au deuxième exercice qui est L'attention sélective aux stimuli visuels et auditifs ensembles

Dans la première séance on a donné à notre cas la carte d'exercice et on lui a expliqué la consigne de l'exercice pour répondre convenablement, dès qu'il a vu l'exercice il refusé directement de le faire, après on lui encouragé et il commencé l'exercice mais il nous écoute pas et il joue, alors il répond d'une manière non sérieuse car il n'est pas intéressé a l'exercice.

Toutes ses réponse ont était hiérarchisé comme il veut lui-même, alors toutes ses réponses ont était fausse sauf deux réponses qui ont était juste par hasard, et ça était pendant 13 min après il voulait sortir.et les deux réponses juste sont le : 11, 7.

Dans la deuxième séance on a donné à notre cas la carte de l'activité et on lui a très bien expliqué la consigne de l'activité et on l'a encouragé, après on a commencé à lire les mots, après les lettres.

Et là laith a commencé a ce concentré un peu sur ce que on lit, et il commence a repéré quelques repenses, mais il a toujours du mal à rester tranquille dans sa place et à chaque fois on lui demande de faire attention à ce que on lit pour qu'il complète les mots de l'exercice. A la fin il a trouvé 7 lettres, le : 1, 2, 3, 6, 10, 11, 12. Et dans 16 min il s'est arrêté, il nous a dit qu'il est fatigué et il veut prendre de l'eau.

Dans la troisième séance, on a donné à laith la carte de l'activité et on lui a expliqué comme toujours la consigne. Alors on a commencé de lire les mots non complets pour lui, après on a lit aussi les lettres pour qu'il trouve la lettre qui convient à chaque mot, après laith a commencé a complété les lettres qui manques , il a réussi a complété 12 mots qui sont le : 1, 2, 3, 4, 5, 6,7, 9, 10, 11, 12, 15.

Alors à la fin laith a réussi a complété la majorité de mots, et il est arrivé à prêter attention durant toute la séance de 30 min.

CONCLUSION

Conclusion

La compréhension des difficultés de l'enfant par la famille et les enseignants et un des fondements du projet thérapeutiques de chaque équipe soignante auprès de ses enfants hyperactif. Aider l'enfant, c'est d'abord lui offrir les moyens d'une meilleure adaptation à son quotidienne, source de son épanouissement. L'hyperactivité, par sa dimension comportementale bruyant, apparait comme un trouble souvent très mal supporté par la famille et stigmatiser par les attitudes et les conduites, se comprendre que l'enfant n'est pas maître de ces comportements et que ce que l'on observe ne résulte pas de sa volonté conscient. Cette perception négative mets en cause les fondements même de son identité psychologique.

Elle favoriser la mise en place d'une représentation de lui-même très négative et une image très dévalorisée de ses compétences, ce qui peut avoir comme conséquence d'augmenter ses difficultés et d'aggraver l'évolution de son trouble.

L'enjeu et aujourd'hui de changer notre regard sur ces enfants car ce trouble n'a pas que des conséquences néfaste ainsi, leur immédiate, leur distractibilité leur donnent parfois une surprenant capacité de réactivité à l'environnement, elles les rendent très compétents dans des situations où la rapidité de leur réactions est sollicitée. De la même manière, leur difficulté à extraire de façon abstrait des normes sociales ou culturelles leur permettent de faire certain lien entre événements et perception, qu'un esprit dépendant des règles aurait dû mal à faire ce qui génère chez ces enfants une créativité parfois exceptionnelle.

Les stratégies d'aide et de soins doivent savoir valoriser l'originalité et la créativité, et acx6 les enfants dans des stratégies d'apprentissage inhabituel.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

I. Ouvrage

1. Benony (h) chahraoui,k, (1999),l'entretien clinique, paris, dunod.
2. **Bernard A. ET Garnier**, psychologie cognitive, édition styderama.
3. **Catal C** ,2007. Les troubles de l'attention avec hyperactivité exposé au congre.
4. de la délinquance qu'en pense aujourd'hui, Bruxelles, édition Fabert.
5. Delion .p, (2010), l'enfant hyperactif : son développement et la prédiction
6. Denechal.j et la, (2001), l'hyperactivité infantile débat et enjeux, paris, dunod.
7. Dsm-5, (2015), manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, masson, paris.
8. Jean Dumas, (2002) psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, 2^{eme} édition, Bruxelles, de boek .
9. Jean Paul mielet ,(1999),l'attention , paris, première édition , puff
10. Jean-Louis pedinielli, Lydia Fernandez,(2015),l'observation clinique et l'etude de cas, paris,armande colin.
11. **Luissier F**, 2011,100 Idée pour mieux gérer les troubles de l'attention ou avec où sont hhyperactivité et pour aider les enseignants, les parents et les enfants, éd ,Tom pousse ,Paris.
12. O.revole,v.brun ,(2010), trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité , Camille Desmoulins, el Sevier mason.
13. **Selon.P**, 2010. « l'enfant hyperactif :son développement et la prédiction de la délinquance qu'en penses aujourd'hui » ,Paris.
14. Vincent brejard, agnes bonnet (2007),l'hyperactivité chez l'enfant Arman colline ,paris.

15. محمود عوض الله سالم, مجدي محمد الشحات, احمد حسن عاشور, 2066, ص, 205

II. Dictionnaire

- **Dorian. R** et **Parot .F**, 2013 « La rousse de la psychologie » , Canada, Janine Faine.

ANNEXES

Guide d'entretien :

Entretien avec l'enseignant :

1. Est-ce que l'enfant est agité (bouge trop, tortille sa chaise....) ?
2. Est-ce que l'enfant a des difficultés à rester assis en classe ?
3. Est-ce qu'il répond toujours à la place de ces camarades et les interrompent ?
4. Est-ce que il répond impulsivement sans que vous terminiez la question ?
5. Est-ce que cet enfant est toujours inattentif quand vous lui posez des questions ?
6. Fait-il attention aux détails ?
7. Cet enfant est-il facilement distrait par les bruits externes ?
8. A-t-il des difficultés à attendre son tour pour répondre en classe ?
9. Est-ce qu'il respecte les consignes données par son enseignant ?
10. Respecte-t-il son enseignant ?
11. A-t-il des difficultés à organiser ses tâches ?
12. Joue-t-il en classe ?
13. Dérange-t-il ses camarades en classe ou à la récréation ?
14. L'enfant fait-il du bruit en classe ?
15. Bagarre-t-il avec ses camarades et nie-t-il ses erreurs et accuse les autres ?
16. Est-ce qu'il oublie toujours ce que l'enseignant lui demande ?
17. Est-ce qu'il oublie ses affaires que ce soit à la maison ou à l'école ?
18. Est-ce qu'il est moins attentif lors de la lecture ?
19. A-t-il des difficultés à terminer les tâches que l'enseignant lui donne ?
20. Est-ce qu'il est mal accepté par le groupe ?

Entretien avec les parents :

1. Est-ce que vous avez eu des difficultés pendant votre grossesse ?
2. Est-ce que ton accouchement était normal ?
3. Comment votre enfant a été après sa naissance et son comportement ?
4. Est-ce que il aime ses frères et ses sœurs?
5. Est-ce vous avez remarqué que votre enfant est toujours en agitation et il bouge trop ?
6. Est-ce que vous criez toujours sur votre enfant ou vous le frappé quand il fait des bêtises ou quand il ne fait pas ce que vous lui demandé ?
7. Est-il attentif quand vous lui parlé ?
8. Est-ce que votre enfant est moins attentif quand il fait ses exercices que quand il joue ?
9. Est-ce que votre enfant s'intéresse-t-il a quelques activités ?les quelles ?
10. Est-ce que votre enfant se concentre on regardant la Télévision, ou quand il joue là où il faut une concentration ?
11. Est-ce votre enfant termine ces devoirs à la maison ?
12. Est-ce que votre enfant est non désiré ?
13. S'énerve-t-il toujours ?
14. Se bagarre-t-il toujours avec ses frères et sœurs ?
15. Votre enfant peut-t-il gardé son attention focalisé sur une tache quelques minutes ?
16. Est-ce que votre enfant vous interrompe toujours quand vous lui parlé ?
17. A-t-il toujours facile à distrait par d'autres bruits quand vous lui parlez ?
18. Ses demandes doivent- être satisfaites immédiatement ?
19. Perturbe-t-il les autres enfants ?
20. Est-il impulsif dans tout ce qu'il fait et dit?
21. Vous jouez avec votre enfant ?
22. Votre enfant fait-il des bêtises quand vous le laissé sans surveillance ?
23. Est-ce que vous aimez votre enfant ?
24. Est-ce que votre enfant vous respecte ?

Entretien avec l'enfant :

1. Tu t'appelles comment ?
2. Quel âge a tu ?
3. Combien de frères et sœurs a tu ?
4. Est-ce que tu aimes tes frères et tes sœurs ?
5. Est-ce que tu aimes tes parents ?
6. En quelle année t'es maintenant ?
7. Aimes-tu ton enseignant ?pourquoi ?
8. Est-ce que ton enseignant te dit toujours que tu bouges trop ?
9. Aimes-tu aller à l'école ?
10. Quelles sont les matières que tu estimes trop ?pourquoi tu n'aimes pas les autres matières ?
11. Est-ce que tu as des difficultés à ce concentré en classe ?
12. Est-ce que t'es attentif quand l'enseignant te parle ?
13. Tu joues en classe ?
14. Tu fais tes devoirs à la maison ?
15. Est-ce que t'as des difficultés a terminé tes devoirs ?
16. Tu oublies facilement ce que l'enseignant de demande ?
17. Tu bagarre avec tes camarades en classe ?
18. Est-ce que t'as déjà refait l'année ?combien de fois ?
19. Est-ce t'as des difficultés a resté assis en classe ?
20. Est-ce que tu peux garder ton attention focalisé sur tes devoirs quelque minute ?
21. Est-ce que tu tournes toujours vers tes camarades quand l'enseignant explique le cours ?
22. A tu des difficultés dans la lecture et l'écriture ?
23. Oublies-tu tes affaires à l'école ou à la maison ?

نشاط رقم (1)

الانتباه الانتقائي للمثيرات البصرية

الأهداف

- 1-تدريب التلاميذ على حسن الاختيار الحسي ضمن حاسة واحدة.
- 2-تدريب التلاميذ على اختيار المثير البصري والانتباه له.
- 3-تدريب التلاميذ على الانتباه للمثيرات ذات العلاقة واستبعاد غير ذات العلاقة.

الأدوات

- 1-السبورة.
- 2-كروت مطبوع عليها النشاط.
- 3-صورة من تدريبات لكل تلميذ.

مدة النشاط (25) دقيقة.

الإجراءات :

يقدم الباحث بعض الكروت مطبوع عليها بعض الرموز بطريقة غير منتظمة ويطلب من التلاميذ الانتباه اليها جيدا مع شطب الرموز الاتية : (* + ÷ ×)

يقول الباحث للتلاميذ عندما تنتهوا من الصف الأول انتقلوا مباشرة الى الصف الثاني

الباحث:

وحاولوا ان تشطبوا على الرموز المطلوبة فقط في كل صف بدقة وبسرعة وإذا تعرف التلاميذ على المثيرات المقدمة يقدم الباحث تعزيزا إيجابيا لكل تلميذ هدية رمزية (قلم جاف-قلم رصاص-ممحاة-مسطرة) مع تدعيم النجاح والتخفيف من مشاعر الخوف التردد.

التقويم

يتمثل محل التقويم عند اتقان الطفل للأداة المطلوب منه بنسبة 80 وفي حالة اخفاق الطفل في تحقيق ذلك يعاد التدريب على هذا النشاط من جديد حتى يصل الطفل الى درجة الاتقان.

نشاط رقم (2)

الانتباه الانتقائي للمثيرات البصرية والسمعية معا

الأهداف

- 1-التدريب على الاختيار الحسي ضمن أكثر من حاسة.
- 2-تدريب التلاميذ على اختيار المثير المعروض بصريا وسمعيا والانتباه له.
- 3-التدريب على استقبال المعلومة من خلال قناتين من الحواس في الوقت نفسه.

الأدوات

- 1-السيورة.
- 2-جهاز تسجيل.
- 3-كروت مطبوع عليها النشاط.
- 4-صور من تدريبات النشاط لكل تلميذ.

مدة النشاط (30) دقيقة.

الإجراءات

يعرض الباحث بتقديم كروت مطبوعة مكتوب عليها محتوى النشاط مع عرض النشاط سماعيا على جهاز تسجيل في الوقت نفسه بحيث يسمع التلميذ وينظر الى محتوى النشاط الباحث يقرأ الباحث محتوى النشاط الذي يتكون من كلمة ناقصة بحرف واحد تعرض امامها أربعة حروف يقوم التلميذ باختيار احدهما لتكلمة الحرف الناقص بالكلمة لتصبح اسما لحيوان او نبات.

مثال

الباحثزال (ر - ع - غ - ل)

التلميذ الحرف هو (غ).

الباحث اقرأ الكلمة مع تكلمة الحرف الناقص.

التلميذ غزال.

الباحث جيد جدا ويعطيه الباحث قلم جاف هدية لإجابته الصحيحة.