



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

Mémoire de fin de cycle

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

Option : psychologie clinique

Thème

**Les attitudes des enseignants primaire sur le TDA/H et son
impact sur les troubles d'apprentissage chez les enfants
âgés de 07-12 ans**

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

Réalisé par :

ZEGAGH Imene

TIMSI Tinhinane

Devant les Membres du jury

Soutenu le 23 /06/2024

Mr BENCHALAL Président

Dr. ABDI Samira..... Rapporteur

Mme BAKLI..... Examineur

Année universitaire : 2023 / 2024



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

Mémoire de fin de cycle

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

Option : psychologie clinique

Thème

**Les attitudes des enseignants primaire sur le TDA/H et son
impact sur les troubles d'apprentissage chez les enfants
âgés de 07-12 ans**

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

Réalisé par :

ZEGAGH Imene

TIMSI Tinhinane

Devant les Membres du jury

Soutenu le 23 /06/2024

Mr BENCHALAL Président

Dr. ABDI Samira..... Rapporteur

Mme BAKLI..... Examineur

Année universitaire : 2023 / 2024



Remerciements

Nous tenons avant tout à exprimer notre gratitude envers Dieu tout-puissant et miséricordieux, qui nous a accordé la force et la patience nécessaires pour réaliser ce modeste travail.

En second lieu, Nous exprimons notre gratitude à notre directrice de recherche, Mme Abdi Samira, pour avoir accepté de superviser notre travail et pour ses précieux conseils, son aide constante tout au long de cette période, ainsi que sa patience ont été inestimables.

Nous adressons également nos sincères remerciements aux membres du jury pour l'intérêt qu'ils ont porté à notre travail de recherche en acceptant de l'examiner et de l'enrichir par leurs suggestions.

Nous exprimons notre profonde gratitude à tous nos proches et amis pour leur soutien et leurs encouragements constants tout au long de nos études et de la réalisation de ce mémoire.

A l'établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie oued-Ghir et leur personnel qui nous a aidé avec toute possibilité durant notre stage aux services pédopsychiatrique.

Dédicaces

Les études sont avant tout Notre unique et seul atout Aujourd'hui, ici rassemblés auprès des jurys ; Nous prions Dieu que cette soutenance Fera signe de persévérance Et que nous serions enchantés Par notre travail honoré.

- ❖ *Je souhaite dédier ce travail à ceux qui me sont très chers :*
- ❖ *Tout d'abord, à mes parents, pour m'avoir donné la vie et l'amour, et pour m'avoir soutenu tout au long de mes études. Je leur en suis infiniment reconnaissant.*
- ❖ *À ma tante Rahima, qui a toujours été présente pour moi.*
- ❖ *À mes frères : Halim et Abd el Madjid.*
- ❖ *À mes sœurs : Cherifa et Sarah.*
- ❖ *À ma cousine : Melaaz.*
- ❖ *À mes nièces : Zigha, Dacine, Ayla et Daris.*
- ❖ *À toute ma famille, tant du côté paternel que maternel, sans exception.*
- ❖ *Je n'oublie pas mes amis, à qui j'exprime une profonde gratitude, en particulier*
 - ❖ *À mon ami : Sofiane.*
 - ❖ *À mes amies : Tinhinane, Djohra, Hinane et Yasmina.*
- ❖ *À tous ceux qui m'aiment et me connaissent, de près ou de loin.*

Imene

Dédicaces

Ce qui porte les hommes à l'étude de toutes choses, ce n'est pas, en général, le simple désir de savoir, de se former des opinions justes ou de découvrir du nouveau, mais c'est de publier ses propres opinions et de les faire admirer. Peu importe de posséder la science, ce qu'on veut avant tout, c'est la faire briller. Étudier car seul l'étude qui est la plus solide nourriture de l'esprit, c'est la source de ses plus belles lumières.

Citation de Mary Sarah Newton.

- ❖ *Je dédie ce travail en premier lieu à ma mère et à la mémoire de mon cher défunt père.*
- ❖ *À mes chères sœurs et frères, en particulier Bilal et Lydia.*
- ❖ *À toute ma famille, tant du côté paternel que maternel, sans exception*
- ❖ *À mes amis intimes, notamment Djohra, Imene et Yasmina.*
- ❖ *À toutes les personnes que je connais et qui m'ont apporté aide et soutien tout au long de mon parcours universitaire.*
- ❖ *À mes chères cousines Kahina, Dehia, Kahina et El Djoher.*
- ❖ *À mes cher cousin Ahmed, Saïd*
- ❖ *À tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à ma réussite*

Tinhinane

Liste d'abréviations

TDA/H : troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité.

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EHS : établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie

MTA : Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder

NIMH : National Institute of Mental Health

TCC : thérapie cognitivo-comportementale

OMS : Organisation mondiale de la Santé

Dys : difficultés ou dysfonctionnements

EHDAA : Élèves handicapés ou en difficultés d'adaptation et d'apprentissage

BPC : (biphényles polychlorés)

TGA : trouble grave d'apprentissage

Liste des tableaux

Tableau N°01 : répartition de la population selon le sexe :	58
Tableau N°02 : L'organisation de la population d'étude.	59
Tableau N°3 : la répartition de la population d'étude selon les moyennes de premier et de deuxième trimestre.	59

Listes des annexes

Annexe 01 : Guide d'entretien destiné aux enseignants	94
Annexe 02 : Guide d'entretien destiné aux parents.....	96
Annexe 03 : Questionnaire de Connors pour les enseignants CTRS-R:S	98
Annexe 04 : Questionnaire d'évaluation Conner, version révisée (L) 1997, pour les parents :	100
Annexe 05 : Liste des tableaux des questionnaires d'évaluation de Connors destiné aux parents	104
Annexe 06 : Liste des tableaux des Questionnaires d'évaluation de Connors pour les enseignants :	121

Table des matières

Introduction générale.....	2
----------------------------	---

Partie théorique

Chapitre I

Le cadre général de la recherche

1. Problématique :.....	6
2. L'hypothèse générale :	9
3. Raison de choix de thème :	9
4. Les objectifs de la recherche :	9
5. L'opérationnalisation des concepts de la recherche :	10
6. Les études antérieures :	10
6.1. Les études antérieures concernant le point de vue des enseignants primaire :.....	10
6.2. Les études antérieures concernant le TDA/H :.....	10
6.3. Les études antérieures concernant troubles d'apprentissage :	12
6.4. Les études antérieures concernant les troubles d'apprentissage et le TDA/H :	13
7. Commentaire :.....	14

Chapitre II

Les attitudes des enseignants primaire

Préambule :	16
1. Définition de l'attitude :	16
2. Définition de l'enseignant :	16
3. Attitudes des enseignants :	16
4. Le rôle de l'enseignant primaire :.....	17
5. Relation enseignants-élève :.....	17
6. L'influence de l'enseignants sur l'élève :	18
7. Les facteurs influençant les attitudes des enseignants du primaire :	19
7.1. Formation initiale :	19
7.2. Expérience professionnelle :.....	19

7.3. Support administratif :.....	19
7.4. Environnement scolaire :.....	20
8. Le soutien des enseignants dans l'inclusion des enfants avec un TDA/H :	20
9. Les défis associés à l'inclusion scolaire des élèves présentant un TDA/H :.....	21
9.1. Les défis associés aux enseignants :.....	21
9.2. Les défis associés à l'organisation scolaire :.....	22
Synthèse	23

Chapitre III

Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

Préambule	25
1. Définitions de TDA/H :.....	25
2. Histoire de TDA/H :.....	26
3. Épidémiologie :.....	27
4. Les principaux symptômes du TDA/H :.....	27
4.1. L'inattention :	27
4.2. L'hyperactivité :.....	27
4.3. L'impulsivité :.....	28
5. Les facteurs de risque de TDA/H :	28
5.1. Facteurs génétiques :.....	28
5.2. Les facteurs environnementaux :	29
5.3. Facteur familiaux et médicaux :.....	30
5.4. Facteur alimentaire :.....	31
5.5. Facteur psychosociales :.....	31
6. Les troubles associés aux TDA/H :.....	32
7. Forme de TDA/H prédominante :.....	33
7.1. Forme à trouble de l'attention prédominante :	33
7.2. Forme mixte :.....	34
8. Les retentissements du TDAH sur l'enfant :	34
8.1. Sur la vie familiale :.....	34
8.2. Sur la vie scolaire :.....	34
8.3. Sur la vie sociale :	35
8.4. Sur l'estime de soi :.....	35
9. Développement et l'évolution de TDAH :.....	35

10.	Critères diagnostique :.....	36
11.	Diagnostic différentiel :	37
12.	Prise en charge :	38
12.1.	La prise en charge non médicamenteuse :.....	38
12.2.	La prise en charge médicamenteuse :.....	39
12.3.	Intégrer l'école à la prise en charge :.....	39
12.4.	Evaluer l'efficacité de la prise en charge :	39
	Synthèse	40

Chapitre VI

Troubles d'apprentissage

	Préambule	42
1.	Définition du trouble de l'apprentissage :.....	42
2.	La différence entre la difficulté d'apprentissage et le trouble d'apprentissage :.....	42
3.	Symptômes ou manifestations de trouble d'apprentissage :.....	43
4.	Les facteurs de risque des troubles d'apprentissage :.....	44
4.1.	Facteurs de risque biologiques/génétiques :.....	44
4.2.	Facteurs de risque cognitifs/comportementaux :	44
4.3.	Facteurs de risque liés à l'environnement scolaire :.....	44
4.4.	Troubles neuro-développementaux :	44
4.5.	Facteurs individuels :	45
5.	Troubles spécifiques d'apprentissage :.....	45
6.	Diagnostic et évaluation des troubles d'apprentissage :	46
7.	Critères de diagnostic de trouble d'apprentissage :.....	48
8.	Diagnostic différentiels du trouble d'apprentissage :	49
9.	Les différents modes de prise en charge thérapeutique :.....	50
	Synthèse	50

Partie pratique

Chapitre V

Méthodologie de la recherche

Préambule	54
1. Les limites de la recherche :	54
2. Les méthodes utilisées dans la recherche :	54
2.1. La méthode descriptive :	55
2.2. L'étude de cas :	56
3. Présentation du lieu de la recherche :	56
3.1. Le lieu de recherche se compose de :	57
4. Groupe de la recherche :	58
4.1. Critères d'inclusion :	58
4.2. Critère d'exclusion :	59
5. Les outils de la recherche :	60
5.1. L'observation clinique :	60
5.2. L'entretien clinique :	60
5.3. L'entretien semi-directif :	61
5.4. L'échelle de Connors :	61
6. Déroulement de la recherche :	62
6.1. La pré-enquête :	62
6.2. L'enquête :	64
7. Attitude de chercheure :	65
7.1. Non directivité :	65
7.2. Respect :	65
7.3. Neutralité bienveillante :	66
7.4. Empathie :	66
8. Difficulté rencontrées :	66
Synthèse	67

Chapitre VI

Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule :	70
1. Présentation des cas :	70
2. Analyse générale des résultats :	81
3. Discussion et interprétation des hypothèses :	83
Synthèse	84
Conclusion générale	86

Bibliographie

Annexes

Résumé

Introduction générale

Introduction générale

Dans le quotidien des enfants touchés par le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), chaque aspect de leur vie, y compris leur parcours scolaire, est profondément influencé par les défis posés par ce trouble neuro-développemental. À la maison, ces enfants peuvent également rencontrer des difficultés dans leurs relations familiales et dans la gestion de leurs émotions, ce qui peut ajouter une couche supplémentaire de complexité à leur vie quotidienne.

Au sein de l'environnement scolaire, ces enfants font face à des obstacles considérables : la lutte pour maintenir leur attention lors des cours, la difficulté à suivre les instructions, ainsi que les manifestations de l'impulsivité et de l'hyperactivité qui peuvent perturber le déroulement des leçons. Ces défis peuvent se traduire par une surcharge cognitive, où l'enfant peine à filtrer les informations pertinentes, ce qui entrave son apprentissage. Ces difficultés affectent non seulement leur performance académique, mais aussi leur interaction avec leurs camarades et leurs enseignants, souvent entraînant des sentiments de frustration et d'isolement. Les comportements impulsifs peuvent être mal interprétés par leurs pairs et leurs professeurs, menant à des malentendus et à une marginalisation sociale.

De plus, les enfants atteints de TDA/H peuvent éprouver des difficultés organisationnelles et de gestion du temps, ce qui complique encore davantage leur capacité à s'adapter aux exigences scolaires. Ils peuvent avoir du mal à planifier et à accomplir des tâches complexes, à gérer leurs devoirs et à respecter les délais, ce qui peut exacerber leur stress et leur anxiété. Comprendre de manière approfondie ces réalités complexes est crucial pour développer des approches éducatives efficaces qui répondent aux besoins spécifiques de ces enfants, favorisent leur réussite académique et encouragent leur épanouissement personnel au sein de l'école et au-delà.

Il est essentiel de reconnaître que ces difficultés ne sont pas le résultat d'un manque de volonté ou de motivation de la part de l'enfant, mais plutôt d'une dysrégulation neurologique qui affecte leur capacité à réguler leur attention, leurs impulsions et leur énergie. Cette compréhension permet aux enseignants et aux membres de la famille de développer des stratégies de soutien adaptées qui prennent en compte les besoins individuels de l'enfant.

Nous avons choisi ce thème pour savoir comment les enseignants du primaire perçoivent et gèrent le TDA/H, un trouble courant chez les élèves, et comment cela influence leur

apprentissage. Comprendre leurs attitudes peuvent aider à améliorer le soutien éducatif et à développer des stratégies efficaces pour répondre aux besoins des enfants atteints de ce trouble, contribuant ainsi à une meilleure réussite scolaire et sociale. En effet, les enseignants jouent un rôle clé dans la détection précoce des symptômes de TDA/H et dans la mise en place de mesures d'adaptation qui peuvent significativement améliorer l'expérience scolaire des élèves.

Notre travail comporte six chapitres. D'abord, le premier contient la problématique, l'hypothèse, l'objectif de la recherche, l'opérationnalisation des concepts et les études antérieures. Ensuite, le second chapitre, intitulé "Les attitudes des enseignants du primaire", explore les définitions des attitudes et de l'enseignant, ainsi que le rôle de l'enseignant primaire. Il examine également la relation enseignant-élève, l'influence de l'enseignant sur l'élève, et les facteurs influençant les attitudes des enseignants du primaire. De plus, il aborde le soutien des enseignants dans l'inclusion des enfants avec un TDA/H, ainsi que les défis associés à l'inclusion scolaire des élèves présentant un TDA/H.

Après, le troisième chapitre dénommer le TDA/H, se concentre sur la simplification et la définition de ce trouble, en s'appuyant sur son historique, son épidémiologie, les signes et les principaux symptômes observés chez l'enfant, ainsi que sur les facteurs de risque associés, les troubles associés, les formes prédominantes du TDA/H, les répercussions du TDA/H sur l'enfant, son développement et son évolution, les critères diagnostiques et le diagnostic différentiel, et enfin, la prise en charge.

Puis, le quatrième chapitre traite des troubles d'apprentissage, en abordant leur définition, leurs signes, les théories explicatives, les critères diagnostiques, leurs facteurs de risque, les troubles spécifiques d'apprentissage, le diagnostic et l'évaluation des troubles, ainsi que le diagnostic différentiel, et se termine par une prise en charge.

Par ailleurs, le cinquième chapitre analyse les méthodes et les outils utilisés pour recueillir des données concernant notre thématique de recherche. Ces méthodes et outils incluent la méthode descriptive, l'étude de cas, l'observation clinique, l'entretien clinique et l'échelle de Conners.

Enfin, le dernier chapitre traite la présentation des cas, de leurs analyses et de la discussion des hypothèses. Également, il propose des recommandations et des perspectives pour les recherches futures.

Partie théorique

Chapitre I

Le cadre général de la
recherche

1. Problématique :

À travers diverses expériences et situations, chaque individu développe sa propre personnalité en traversant l'étape de l'intégration sociale dès son jeune âge. Ce processus implique généralement l'adoption des normes, des valeurs et des comportements acceptés par une société donnée, débutant dès l'enfance avec l'apprentissage des compétences sociales et se poursuivant tout au long de la vie, avec des ajustements constants en fonction des évolutions de la société et des contextes personnels.

Retourner à la famille après une première immersion dans la société peut être à la fois réconfortant et stimulant. On revient enrichi par de nouvelles expériences, des rencontres variées et une meilleure compréhension du monde extérieur. Ce retour offre l'occasion de partager ces découvertes avec sa famille, de renouer avec ses proches et de se replonger dans un environnement familial.

De plus La famille est généralement perçue comme un élément essentiel dans le développement sociale et psychologique où nous apprenons les normes, les valeurs et les comportements sociaux qui nous aident à nous intégrer.

Par ailleurs L'entrée d'un enfant à l'école représente une étape cruciale de son développement psychologique, marquant le début de l'exploration d'un nouvel environnement en dehors du cadre familial. L'école peut renforcer la confiance en soi, favoriser son indépendance, et encourager son apprentissage social en interagissant avec d'autres enfants. Cependant, cette transition peut également susciter des inquiétudes et des peurs, notamment liées à la séparation des parents.

En effet, certaines enfants peuvent rencontrer des difficultés d'adaptations et d'apprentissages à l'école, ce qui peut les amener à faire face à des situations d'échecs. Ces défis peuvent être liée à des facteurs telle que des besoins éducatifs spéciaux, des troubles de l'apprentissage, des problèmes de comportement ou des obstacles émotionnelle.

Au cours du processus de l'apprentissage 20% des enfants rencontrent des difficultés d'apprentissage à des causes multiples, et ils concerneraient au moins 5 à 6 % des enfants, avec un taux d'un enfant par classe (**Benoit, et al., 2009**).

Les difficultés d'apprentissage sont souvent identifiées à l'école lorsque l'élève n'atteint pas le niveau exigé pour son âge, se manifestant d'une baisse de motivation, de difficultés de mémorisation ou de concentration, une incapacité à résoudre les problèmes posés, un

comportement social inadaptés, ces difficultés peuvent prendre des formes très variables : certains sont temporaires, d'autres persistent tout au cours de la scolarité de l'élève.

Il est important de reconnaître que les difficultés d'apprentissage peuvent être associées à divers facteurs, y compris l'organisation, le rythme de la classe et l'anxiété ce qui peut entraver ses résultats scolaires.

Certains enfants rencontrant des difficultés d'apprentissages présentent également des troubles de comportements tels que le manque de concentration, l'inattention ou l'agitation, souvent associés à un trouble connu sous le nom de trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.

Par conséquent Le TDAH se caractérise par la présence de comportement d'inattention, de comportement d'hyperactivité, impulsivité ou par l'association des deux types de comportements.

L'inattention est un signe clé du (TDA/H). Les enfants qui souffrent de ce dernier montrent souvent des difficultés à rester concentrés sur une tâche, à suivre des instructions et à terminer leurs travaux scolaires. Ils peuvent également sembler distraits par des stimuli externes ou leurs propres pensées. Cette inattention peut se manifester par des oublis fréquents, des erreurs d'étourderie et une incapacité à organiser leurs activités. En milieu scolaire, cela se traduit souvent par des résultats académiques inférieurs et une frustration accrue pour l'élève et les enseignants.

Puis, l'impulsivité qui se manifeste par des actions précipitées sans considération des conséquences. Ces enfants peuvent interrompre fréquemment les autres, avoir du mal à attendre leur tour et prendre des décisions hâtives. En classe, cela peut entraîner des comportements perturbateurs, des conflits avec les pairs et des difficultés à suivre les règles de la classe. L'impulsivité affecte également leur capacité à réfléchir avant d'agir, ce qui peut aggraver les défis liés à l'apprentissage et à la socialisation.

En outre, l'hyperactivité se caractérise par une activité motrice excessive et une difficulté à rester immobile. Les enfants hyperactifs bougent souvent de manière incessante, parlent excessivement et ont du mal à rester assis pendant les activités calmes. En classe, cette hyperactivité peut interférer avec leur capacité à se concentrer et à accomplir des tâches académiques. Elle peut également perturber l'environnement d'apprentissage pour les autres élèves, nécessitant des interventions pédagogiques spécifiques.

D'autre part, Les signes du TDA/H varient d'un enfant à l'autre mais incluent généralement des difficultés de concentration, une tendance à l'impulsivité et une hyperactivité. Ces comportements peuvent entraîner des échecs scolaires, une faible estime de soi et des problèmes sociaux. Les enfants atteints de TDA/H sont souvent perçus comme indisciplinés ou paresseux, ce qui peut exacerber les tensions avec les enseignants et les pairs.

D'autre coté, les effets du TDA/H sur l'apprentissage sont significatifs. Les élèves atteints de ce trouble ont souvent des difficultés à assimiler les informations, à mémoriser les leçons et à organiser leur travail. Ils peuvent également avoir du mal à suivre des instructions complexes et à terminer leurs devoirs. Ces défis académiques peuvent conduire à un désintérêt pour l'école, une baisse de motivation et, dans certains cas, des abandons scolaires précoces.

Selon les études de population suggèrent que le TDAH est présent dans la plupart des cultures chez environ 5% des enfants (**Polanczyk et al., 2007**) et 2,5% des adultes (**Simon et al., 2009**) (**DSM V, p.70**).

Malgré le fait que le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) soit décrit depuis longtemps, il reste parfois perçu comme une découverte récente, ce qui crée un certain paradoxe.

Les professionnels de l'éducation sont souvent les premier à détecter les manifestations de ce trouble chez les élèves, ce qui façonne leur approche pédagogique, leur gestion de classe et leur capacité à fournir un soutien adapté. Pour de nombreux enseignants, comprendre les manifestations du TDA/H est un défi majeur, en raison de leur variabilité d'un élève à l'autre. Certains peuvent interpréter les comportements liés au TDA/H comme des actes d'indiscipline, ce qui peut entraîner des frustrations tant pour l'enseignant que pour l'élève.

Cependant, une compréhension approfondie du TDA/H permet aux enseignants d'adapter leurs méthodes d'enseignement, de mettre en place des stratégies de gestion de classe spécifiques et de fournir un soutien individualisé aux élèves concernés. Cela peut inclure des aménagements tels que des périodes de travail en petits groupes, des instructions plus concises et visuelles, ou encore l'utilisation de techniques de gestion du temps.

Dans notre recherche, nous nous intéressons aux troubles d'apprentissage associés au TDA/H. Notre objectif est de mieux comprendre ce trouble, d'explorer son impact sur l'apprentissage et de connaître les attitudes des enseignants à ce sujet. Cette démarche est motivée par notre désir d'aider les personnes concernées et d'approfondir nos connaissances sur le TDA/H.

Ainsi pour mieux comprendre notre thème de recherche et pour avoir des réponses à nos questions nous avons effectué un stage au sein d'Établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie. Ce qui nous a poussé à se demander quelle sont les attitudes des enseignants primaire sur le TDA/H et comment cela influence-t-il sur les troubles d'apprentissage ?

2. L'hypothèse générale :

Les attitudes des enseignants du primaire à l'égard du TDA/H ont un impact significatif sur les résultats d'apprentissage des élèves atteint de ce trouble.

Nous allons présenter ci-dessous notre hypothèse principale et ensuite les hypothèses secondaires. Nous formulant deux (02) hypothèses spécifiques dans le cadre de notre hypothèse générale.

Les hypothèses partielles :

- Les attitudes des enseignants du primaire à l'égard du TDA/H ont un impact négatif sur les résultats d'apprentissage des élèves atteint de ce trouble.
- Le stress à l'école pourrait être liés au TDA/H.

3. Raison de choix de thème :

- La vision des enseignants sur le TDA/H et ses répercussions sur l'apprentissage.
- Le rôle des enseignants primaires dans la détection et la gestion du TDA/H.
- Connaître l'impact du TDA/H sur les capacités d'apprentissage et le comportement en classe.
- Acquérir des connaissances sur ce trouble.

4. Les objectifs de la recherche :

- Comprendre les attitudes des enseignants de primaire sur le TDA/H.
- Identifier les stratégies pédagogiques utilisées par les enseignants pour gérer les élèves atteints de TDA/H.
- Examiner l'impact du TDA/H sur les performances scolaires et les troubles d'apprentissage des élèves.
- Proposer des recommandations pour améliorer l'accompagnement des enseignants et des élèves atteints de TDA/H.

5. L'opérationnalisation des concepts de la recherche :

- **Les attitudes** : c'est la façon dont quelqu'un voit ou pense à quelque chose.
- **Enseignant primaire** : est quelqu'un qui aide les élèves du niveau primaire généralement de 6 à 12 ans à apprendre en leur enseignant différentes matières et compétences dans un environnement scolaire.
- **TDA/H** : est un trouble neuro-développemental marqué par des difficultés d'attention, de contrôle des impulsions et parfois d'hyperactivité, impactant le fonctionnement quotidien et scolaire.
- **Les troubles d'apprentissage** : sont des difficultés qui affectent la capacité d'un individu à apprendre ou à utiliser certaines compétences académiques malgré des efforts et un enseignant adéquat.

6. Les études antérieures :

6.1. Les études antérieures concernant Les attitudes des enseignants primaire :

➤ Smith, J., & Johnson, A. (2015)

Cette étude examine comment les attitudes des enseignants à l'égard du TDAH influencent les résultats académiques des élèves atteints de ce trouble en primaire. Les résultats ont montré que les enseignants qui avaient des attitudes positives envers les élèves atteints de TDAH étaient associés à de meilleurs résultats d'apprentissage pour ces élèves.

➤ Garcia, L., & Rodriguez, M (2018)

Cette étude longitudinale a suivi un groupe d'élèves atteints de TDAH sur plusieurs années pour examiner l'impact du soutien des enseignants sur leur réussite académique. Les résultats ont montré que les élèves qui recevaient un soutien fort de la part de leurs enseignants obtenaient de meilleurs résultats scolaires au fil du temps.

6.2. Les études antérieures concernant le TDA/H :

➤ Mendelson, Johnson et Stewart (1971)

Une étude antérieure sur l'enfant hyperactif a été réalisée par Mendelson, Johnson et Stewart en 1971. Cette étude longitudinale a révélé que 58 % des enfants hyperactifs avaient doublé une ou plusieurs années scolaires.

➤ Étude multicentrique du NIMH sur le TDAH chez les enfants (MTA) :

Réalisée dans les années 1990, cette étude a suivi plus de 500 enfants avec TDAH sur plusieurs années. Elle a comparé quatre traitements : traitement médicamenteux seul, thérapie comportementale seule, combinaison de médication et de thérapie, et des soins de routine. Les résultats ont montré que la combinaison de médicaments et de thérapie était la plus efficace à court terme pour réduire les symptômes, mais à long terme, il n'y avait pas de différences significatives entre les différents traitements.

➤ **Barkley (1998)**

Ce chercheur nous rappelle que, malgré les divers traitements, l'hyperactivité est un trouble qui perdure toute la vie. Il n'existe pas de traitement curatif, ajoute Mantha (2007); l'objectif des interventions est d'atténuer les conséquences du TDAH telles les difficultés scolaires, ainsi que les souffrances liées entre autres au rejet subi ou à la faible estime de soi. Ces progrès notés dans notre étude représentent donc un résultat significatif car ils pourraient avoir des répercussions positives pour leur avenir. Comme le souligne Mantha (2007), les conséquences du TDAH se répercutent sur la famille, les apprentissages et l'intégration sociale. Elles peuvent s'aggraver à l'adolescence et à l'âge adulte et entraîner la dépression, le décrochage scolaire, etc.

➤ **Juneau et Boucher (2004)**

Selon Juneau et Boucher (2004), les études tendent à montrer que les élèves ayant un TDAH sont significativement plus nombreux que les autres à manifester des comportements colériques, agressifs, voire violents envers leurs pairs. Ils ajoutent que s'ensuivent des situations de conflit, d'impopularité et de rejet de la part des pairs ainsi que de l'attention négative de leurs enseignants.

➤ **Julien (2004)**

Constate un nombre grandissant d'enfants diagnostiqués hyperactifs. De plus, un diagnostic fiable, affirme Poissant (2006), reste toujours difficile à poser. La problématique du TDAH est loin d'être nouvelle, rappellent Montgomery et Alem (2006), mais la compréhension de ce diagnostic constitue toujours un défi pour les professionnels du milieu pratique. Ces chercheurs constatent que plusieurs aspects restent à préciser, dont un nombre de plus en plus considérable d'enfants diagnostiqués avec TDAH, constat qui, à leur avis, soulève plusieurs questions dans les milieux médicaux et éducatifs.

➤ **Mantha (2007)**

Soutient que l'enfant ayant un TDAH, à force de subir des réprimandes attribuables à ses troubles de comportement, risque de développer un manque de confiance en soi qui ne fait qu'amplifier le problème. Elle conclut qu'il importe de lui montrer à devenir plus efficace en évitant de souligner ses erreurs. La motivation et les encouragements conduisent à de meilleurs aboutissements. Les sujets de notre étude se sont nettement améliorés sur le plan des apprentissages, de même que du côté de la dimension comportementale.

6.3. Les études antérieures concernant troubles d'apprentissage :

➤ **Shaywitz, S. E. (2003)**

Les troubles d'apprentissage et l'impact sur la réussite scolaire" : Cette étude met en lumière l'impact des troubles d'apprentissage, notamment la dyslexie, sur la réussite scolaire des enfants. Elle explore les aspects cognitifs, sociaux et émotionnels liés à ces troubles et souligne l'importance d'une identification précoce pour une intervention efficace.

➤ **Rutter, M. et al., (2004)**

Les difficultés d'apprentissage chez les enfants : une revue des études récentes : Cette revue examine diverses études récentes sur les difficultés d'apprentissage chez les enfants, en mettant l'accent sur les facteurs environnementaux, génétiques et neurobiologiques qui peuvent influencer ces difficultés. Elle souligne l'importance de considérer une approche holistique pour aider les enfants ayant des troubles d'apprentissage.

➤ **Gabrieli, J. D. E. (2009)**

Les bases neurobiologiques des troubles d'apprentissage" : Cette étude se penche sur les bases neurobiologiques des troubles d'apprentissage. Elle explore les différences dans le fonctionnement cérébral chez les individus présentant des difficultés d'apprentissage, en mettant en évidence les variations neurologiques pouvant contribuer à ces troubles.

➤ **Barnett, W. S. (2011)**

Les interventions précoces pour les enfants présentant des retards de développement, cette étude se concentre sur l'efficacité des interventions précoces pour les enfants présentant des retards de développement, y compris ceux liés à des troubles d'apprentissage, soulignant l'importance d'une intervention précoce pour améliorer les résultats à long terme.

➤ **Vaughan, S. et al., (2013)**

Les stratégies d'intervention pour les enfants atteints de troubles d'apprentissage spécifiques, cette recherche examine les stratégies d'intervention éducative spécifiquement conçues pour les enfants souffrant de troubles d'apprentissage, en mettant l'accent sur les approches pédagogiques efficaces pour soutenir leur réussite académique.

6.4. Les études antérieures concernant les troubles d'apprentissage et le TDA/H :

➤ **Desrosiers et Royer (1995)**

Desrosiers et Royer (1995) mentionnent qu'en milieu scolaire, les élèves présentant des caractéristiques liées à ce trouble éprouvent souvent de nombreux problèmes de comportement et d'apprentissage ainsi que des difficultés à entretenir des relations harmonieuses avec leurs compagnons et les adultes.

➤ **Hélène Poissant et Lucile Rapin**

Les enfants avec un TDAH avaient des performances scolaires plus faibles et une plus forte prévalence des troubles d'apprentissage, oppositionnel, des conduites et anxieux que celle des enfants contrôles. Des difficultés d'apprentissage étaient plus souvent rapportées chez les pères d'enfants avec un TDAH. Par ailleurs, l'isolement social et les accidents de la route étaient davantage présents chez les mères d'enfants avec un TDAH. Ces dernières souffraient plus de dépression et de trouble anxieux et prenaient davantage de médicaments que les mères contrôles. Conclusion : L'étude de facteurs de risque révèle un lien entre les parents et les enfants, spécifiquement la présence de dépression parmi les mères d'enfants avec un TDAH et de difficultés d'apprentissage chez les pères. Suggérant une composante familiale dans le trouble. La sous-représentation du TDAH chez les pères d'enfants avec un TDAH est discutée.

➤ **BOUCHEFA. S et ZENADIS (2015)**

L'étude sur l'hyperactivité chez les enfants scolarisés révèle que ce trouble touche diverses tranches d'âge, prédominant chez les garçons. Les facteurs incluent des influences biologiques, sociales, environnementales et alimentaires, avec des conséquences telles que le rejet social et des impacts sur la réussite scolaire. L'école, bien que souvent le lieu où l'hyperactivité est redoutée, peut négliger les difficultés des enfants hyperactifs par manque de compréhension du trouble. La stigmatisation sociale, le rejet par les pairs et les enseignants, ainsi que les difficultés d'apprentissage, soulignent l'importance du repérage précoce et d'une prise en charge adaptée pour minimiser les risques d'échec scolaire.

➤ **Zeggagh.M et Zeggagh.K (2021)**

Cette étude explore les difficultés d'apprentissage chez les enfants souffrant d'hyperactivité. Elle met en évidence que ce trouble affecte les enfants, les adolescents et même les adultes, plus fréquemment chez les garçons que chez les filles. Les facteurs biologiques, sociaux, environnementaux et alimentaires sont impliqués. L'influence sur le rendement scolaire est significative, surtout avec le risque de rejet par l'entourage. L'école est souvent le lieu où ces difficultés sont moins comprises, impactant l'apprentissage de l'enfant. L'évaluation Connors a confirmé les liens entre TDA/H et difficultés d'apprentissage. Il est crucial de repérer ce trouble tôt, avant la scolarisation, pour une prise en charge adaptée et prévenir de cette difficulté. Traiter ce trouble demande des techniques spécifiques et une adaptation constante.

7. Commentaire :

D'après ces différentes études de plusieurs chercheurs sur le TDA/H et les troubles d'apprentissage nous constatons qu'elles montrent clairement que ces conditions ont des effets significatifs et durables sur les performances scolaires et académique, le comportement social et le bien-être émotionnel des enfants.

Ses recherches soulignent l'importance de détecter tôt ces problèmes, d'interventions combinant médication et thérapie comportementale, et d'adopter une approche globale impliquant les parents et les enseignants. Bien que le TDA/H soit un trouble persistant, une gestion adaptée et des stratégies éducatives ciblées peuvent atténuer ses conséquences négatives et améliorer la vie des enfants affectés. Les relations familiales jouent également un rôle important, et un soutien continu est essentiel pour maximiser les résultats positifs à long terme.

Chapitre II

Les attitudes des
enseignants primaire

Préambule :

Dans le domaine de l'éducation primaire, les enseignants jouent un rôle fondamental dans la formation des jeunes esprits et le développement des compétences fondamentales. Leur point de vue offre un éclairage précieux sur les défis, les opportunités et les aspirations au cœur de l'enseignement primaire.

Cependant, la perception des enseignants à l'égard du TDAH peut varier considérablement. Certains enseignants peuvent voir ces comportements comme des défis éducatifs qui nécessitent des stratégies d'enseignement spécifiques et des aménagements particuliers. D'autres peuvent ressentir une frustration face au manque de ressources et de soutien pour gérer efficacement ces comportements en classe.

1. Définition de l'attitude :

L'attitude renvoie à un ensemble stable et systématisé d'idées, de croyances, de principes ou d'opinions intervenant comme centre de référence permanent (ou plus ou moins durable) de tout ce qu'on pense, dit, ou fait à propos de la réalité considérée (**Lang,P, 2006, p.21**).

Nous retenons la définition du mot « attitude » de Shapiro ; elle possède trois composantes inter-reliées : émotive (les sentiments positifs ou négatifs), cognitive (les croyances), et comportementale (les agissements). Ainsi, Shapiro (1999) définit d'ailleurs une attitude comme étant la tendance d'un individu d'agir ou de réagir selon son mode de croyances, de valeurs et de paradigmes enracinés par ses expériences sociales.

2. Définition de l'enseignant :

Un enseignant est, par définition, une personne dont l'activité professionnelle suppose de planifier, d'organiser et de mener des activités de groupe, grâce auxquelles les élèves acquièrent les connaissances, compétences et aptitudes stipulées dans les programmes d'enseignement » (**OCDE, 2022, p.153**).

3. Attitudes des enseignants :

L'attitude des enseignants a un impact significatif sur les apprentissages, l'estime de soi, la motivation et la réussite scolaire des élèves. En fait, la relation affective pédagogue-élève peut favoriser la réussite ou l'échec, d'où l'importance chez l'enseignant de procéder à une autoanalyse de ses attitudes. Une attitude positive peut par ailleurs contribuer à diminuer les

problèmes de comportements en classe et peut changer la perception des élèves à l'égard des pairs qui ont des besoins particuliers. Cloutier et Renaud (1990) insistent d'ailleurs sur ce point: « La personnalité de l'enseignant marque définitivement celle de l'enfant; la marque est parfois profonde, parfois superficielle, parfois blessante et parfois réparatrice, selon la qualité de la relation établie (p. 435). Au même titre, les attitudes des enseignants à l'égard de l'inclusion scolaire jouent un rôle primordial dans la réussite ou non de son implantation. **(Rousseau.N & Bélanger.S ,2004, p.40).**

4. Le rôle de l'enseignant primaire :

L'enseignant est un élément essentiel du processus d'apprentissage. Il est destiné non seulement à remplir une série de tâches liées à son travail, mais aussi, à établir les contacts avec les enfants et leurs parents.

L'enseignant remplit un rôle social précis dans un système éducatif. Ce rôle social ne devrait pas outrepasser les normes culturelles et sociales qui touchent le domaine scolaire. Il est lié aux exigences socio-économiques et politiques mises en œuvre dans la société. L'enseignant est une valeur sûre, c'est le pilier de l'institution.

Pour d'autres, son rôle est aussi celui d'un ordonnateur, d'un dirigeant dans sa classe. A côté de toutes ces vertus qui lui sont prêtées, insiste sur l'importance de "l'équilibre psychologique de l'enseignant "qui selon lui" est primordial". Le professeur doit donc se maîtriser et contrôler ses sentiments. Dans le cas contraire, l'instabilité émotionnelle et impulsive du maître peut influencer négativement sa relation avec les élèves **(Boudjneck.B & Mezroua.M, 2013).**

Les enseignants jouent aussi le rôle protecteur. Ils apprennent à rechercher les signes de problèmes chez les élèves. Lorsque les comportements de ceux-ci changent ou que des signes physiques d'abus sont remarqués, les enseignants doivent se pencher sur le problème.

5. Relation enseignants-élève :

Pour fournir un enseignement individualisé et intervenir efficacement auprès des élèves, l'enseignant doit savoir ce qui caractérise chacun : ses forces, ses difficultés, ses qualités et ses intérêts. Le fait d'établir une relation chaleureuse, caractérisée par l'implication émotionnelle, peu de dépendance et de conflits avec chacun des élèves favorise leur motivation, leur réussite et le développement d'un sentiment d'appartenance à l'école. De plus, cette relation constitue un

facteur de protection pour les problèmes d'inadaptation. Plusieurs auteurs suggèrent donc à l'enseignant de s'intéresser à ses élèves et d'établir une relation positive avec chacun (Beyda et al., 2002; Klem et Connell, 2004; Ryan et Patrick, 2001). Certaines des autres stratégies qui permettent de développer de bonnes relations sont notamment d'adopter et de faire adopter aux élèves des attitudes positives, de fournir des occasions aux élèves de connaître le succès et de développer leurs compétences et de les encourager à consigner leur progrès (Schmidt.S, 2009, p.49).

Les relations entretenues avec les adultes offrent aux élèves des exemples pour leurs interactions avec d'autres élèves. Une relation positive entre un enseignant et un élève offre un modèle positif à l'élève pour entrer en relation avec ses pairs. Selon Fields et Boesser (2002), les interactions entre les élèves à l'intérieur de la classe reflètent les interactions entre l'enseignant et les élèves. Ainsi, un enseignant se montrant attentionné et respectueux envers ses élèves augmente la probabilité de voir apparaître des comportements et des attitudes de respect entre ses élèves.

De son côté, Pianta (1998) mentionne que bien que ces compétences soient importantes pour le développement de l'enfant, tous les élèves ne maîtrisent pas les mêmes compétences au même moment et au même rythme (Essa, 1996). Chaque enfant est différent et le comportement de l'enseignant peut différer d'un enfant à l'autre. Par exemple, l'enseignant peut porter une attention particulière et expliquer davantage à un enfant présentant des difficultés d'apprentissage.

6. L'influence de l'enseignants sur l'élève :

L'influence de l'enseignant sur l'élève est la plus considérable GonzalezMena (2001) puisqu'il est le premier responsable des activités et du climat de classe. Par conséquent, le contexte relationnel joue un rôle clé dans l'adaptation de l'enfant et le développement de compétences scolaires et sociales (Dumont et Moss, 1992; Pianta, 1998). À l'intérieur de chaque compétence à développer le contexte et surtout la relation entre l'adulte et l'enfant peuvent faciliter ou entraver l'adaptation et la compétence de l'enfant (Pianta, 1998). Par exemple, un élève qui progresse dans une bonne relation avec son enseignant peut se référer à ce modèle d'interaction positif pour entrer en relation avec ses pairs. Dans le cas contraire, un élève qui vit un rapport nébuleux avec son enseignant peut projeter ce modèle d'interaction dans ses relations avec ses pairs. Or, la qualité du lien entre l'enseignant et l'élève devient un facteur déterminant dans le développement des compétences et le cheminement scolaire et social de l'enfant. Ainsi,

la relation entre l'enseignant et l'élève semble avoir un impact sur le comportement des élèves en classe.

7. Les facteurs influençant les attitudes des enseignants du primaire :

7.1. Formation initiale :

La formation initiale des enseignants est importante pour développer les compétences pédagogiques, les connaissances disciplinaires et les attitudes professionnelles nécessaires. Une formation solide peut renforcer la confiance des enseignants et leur engagement envers la profession.

Des programmes de formation bien conçus qui intègrent à la fois la théorie et la pratique permettent aux enseignants de mieux comprendre les besoins des élèves et d'adopter des méthodes pédagogiques efficaces. Une étude de Darling-Hammond (2000) a montré que les enseignants bien formés sont plus susceptibles d'adopter des attitudes positives envers l'enseignement et de rester plus longtemps dans la profession (**Darling-Hammond, L., 2000**).

7.2. Expérience professionnelle :

L'expérience professionnelle influence fortement les attitudes des enseignants. Les enseignants plus expérimentés ont tendance à être plus confiants et compétents, ce qui peut leur permettre de gérer les défis de l'enseignement avec plus de sérénité. Une étude de Klassen et Chiu (2010) montre que l'expérience permet aux enseignants de développer des stratégies plus efficaces et de mieux comprendre les besoins de leurs élèves, ce qui améliore leur attitude générale envers l'enseignement (**Klassen, R., & al., 2010**).

7.3. Support administratif :

Le soutien administratif est également crucial. Un environnement de travail où les enseignants se sentent soutenus par leur administration peut considérablement améliorer leurs attitudes. Des études comme celle de Tschannen-Moran et Hoy (2001) montrent que le soutien des administrateurs scolaires, y compris la reconnaissance du travail bien fait et l'aide à la résolution des problèmes, est essentiel pour maintenir une attitude positive et un haut niveau de motivation chez les enseignants (**Tschannen-Moran, & al., 2001**).

7.4. Environnement scolaire :

L'environnement scolaire, comprenant à la fois les ressources matérielles et l'ambiance générale de l'école, influence aussi les attitudes des enseignants. Des écoles bien équipées et un climat scolaire positif, caractérisé par des relations harmonieuses entre collègues et une bonne communication, favorisent des attitudes plus positives. Selon une recherche de Cohen, McCabe, Michelli, et Pickeral (2009), un environnement scolaire positif contribue à une meilleure satisfaction professionnelle et à une attitude plus engagée envers l'enseignement (Cohen, J., & al., 2009).

8. Le soutien des enseignants dans l'inclusion des enfants avec un TDA/H :

L'inclusion scolaire des Élèves handicapés ou en difficultés d'adaptation et d'apprentissage (EHDAA) en classe ordinaire est favorisée dans la plupart des pays industrialisés. Parmi les EHDAA, les élèves qui présentent des difficultés comportementales telles que le Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) sont reconnus comme étant les plus difficiles à intégrer en classe ordinaire (Kauffman et Landrum, 2009). Les enseignants sont les acteurs-clés pour favoriser le succès de l'inclusion scolaire de ces élèves. Dans une recension des écrits sur les élèves ayant un TDA/H, Sherman, Rasmussen et Baydala (2008) concluent que les enseignants représentent un facteur très important pour le rendement scolaire et l'adaptation socioaffective de ces élèves. Comme ils sont aux premières loges pour observer les difficultés des élèves, les enseignants sont souvent les premiers à dépister le trouble et à recommander aux parents de consulter un spécialiste pour un diagnostic.

L'influence des enseignants se reflèterait également par leurs pratiques éducatives, puisque les interventions prenant place à l'intérieur de la classe sont reconnues pour leur efficacité dans l'amélioration du fonctionnement scolaire de l'élève ayant un TDA/H (Hoza, Kaiser et Hurt, 2008). Cependant, leur efficacité est largement dépendante de leur mise en œuvre par l'enseignant. Sans une formation appropriée et sans un soutien adéquat, il peut être difficile pour les enseignants de choisir les interventions appropriées.

9. Les défis associés à l'inclusion scolaire des élèves présentant un TDA/H :

9.1. Les défis associés aux enseignants :

L'étude de Pace, Mullins, Beesley, Hill et Carson (1999) révèle que plus les élèves présentent des difficultés comportementales extériorisées, plus les enseignants sont réticents à enseigner à ces élèves, moins ils ont envie d'interagir avec eux ou plus ils cherchent à les éviter. Par conséquent, ces élèves risquent de vivre un sentiment de rejet et d'obtenir moins de soutien affectif de la part des enseignants. Or, il est reconnu que la qualité de la relation entre l'enseignant et l'élève présentant un TDA/H joue un rôle crucial pour la réussite scolaire et l'adaptation de ces derniers (Sherman, Rasmussen et Baydala, 2008).

Les enseignants se sentent souvent peu ou mal informés sur la problématique du TDA/H ainsi que sur les interventions recommandées auprès de ces élèves. Pourtant, une recherche montre que les enseignants qui ont reçu une formation modérée ou intensive sur la question rapportent une plus grande utilisation des méthodes recommandées (Martinussen, Tannock et Chaban, 2010). Maints enseignants éprouvent des difficultés à comprendre les manifestations comportementales liées au TDA/H et à en reconnaître la source (Massé, Lanaris, Dumouchel et Tessier, 2008). Par défaut de moyens, certains ont plus recours à des stratégies disciplinaires négatives comme les réprimandes, les menaces ou les punitions en réaction aux comportements perturbateurs des élèves, plutôt qu'à des stratégies éducatives pour compenser les déficits des élèves ou des stratégies proactives pour prévenir l'apparition de ces comportements. Le recours à des stratégies négatives est susceptible de provoquer des conflits avec les élèves et d'augmenter leurs problèmes de comportement plutôt que de les diminuer. L'utilisation marquée de stratégies négatives est en effet liée à une augmentation du stress chez les enseignants et à une diminution des comportements d'attention à la tâche chez les élèves (Clunies-Ross, Little et Kienhuis, 2008).

D'autre part, certains enseignants seraient résistants à mettre en œuvre les interventions recommandées en respectant toutes leurs conditions d'efficacité (Arcia, Frank, Sanchez-LaCay et Fernandez, 2000) ou d'autres auraient des croyances et des valeurs qui vont à l'encontre de ces stratégies (par exemple, l'utilisation des récompenses pour améliorer les comportements des élèves) et refuseraient de les appliquer (Couture, Royer, Potvin et Dupuis, 2003).

9.2. Les défis associés à l'organisation scolaire :

Les principales conditions de l'organisation scolaire pouvant faciliter ou entraver l'inclusion scolaire des élèves présentant des difficultés comportementales, identifiées par Rousseau et ses collaboratrices, sont ici adaptées pour les élèves présentant un TDA/H.

- **Le ratio enseignant/élèves** : il sera difficile pour l'enseignant d'inclure un élève présentant un TDA/H dans une classe surpeuplée. Aussi, devant les efforts supplémentaires demandés à l'enseignant pour adapter son enseignement, celui-ci devrait avoir une valeur supérieure à 1 dans le calcul du ratio enseignant/élèves (par exemple, équivaloir à deux élèves).
- **Le temps de concertation** : l'enseignant a besoin de périodes de concertation dans son horaire de travail pour rencontrer les autres acteurs impliqués dans l'éducation de l'élève ayant un TDA/H (parents, psychologues, psychoéducateur, éducateur spécialisé, etc.), échanger à son sujet et trouver des solutions aux problèmes rencontrés.
- **Les politiques, les règles, et les procédures** : celles-ci doivent aller dans le même sens que les pratiques jugées probantes pour les élèves ayant un TDA/H ou ne pas constituer un frein à leur mise en œuvre. Par exemple, si les règles de l'école sont axées sur la punition des comportements dérangeants, il sera difficile de mettre en place un système de renforcement où on demande à l'enseignant de renforcer les comportements désirés et d'ignorer certains comportements dérangeants.
- **La répartition des ressources humaines**: L'enseignant doit pouvoir compter sur des ressources humaines (aide-enseignant, éducateur spécialisé, conseiller pédagogique ou tout autre professionnel spécialiste du TDA/H) à l'intérieur ou à l'extérieur de sa classe pour le soutenir. Le succès de l'inclusion de l'élève ayant un TDA/H ne devrait pas reposer uniquement sur les épaules de l'enseignant. Par exemple, pour faciliter l'inclusion de l'élève ayant un TDA/H, celui-ci devrait faire l'objet d'une évaluation psychosociale par un professionnel (par ex., psychologue, psychoéducateur). Cet intervenant devrait par la suite rencontrer l'enseignant, afin de l'aider à planifier un plan d'intervention personnalisé tenant compte des besoins particuliers de l'élève et du contexte scolaire particulier. Tout au long de l'année scolaire, un soutien régulier devrait être offert à l'enseignant pour l'aider à mettre en place les interventions recommandées (Line massé, PH & al., 2014, pp.86-88).

Synthèse :

Les attitudes des enseignants du primaire se caractérisent par un engagement profond et un dévouement envers leurs élèves, une grande adaptabilité et une innovation constante face aux défis éducatifs. Ils établissent des relations bienveillantes et encourageantes avec les élèves, créant un environnement de confiance propice à l'apprentissage et au développement socio-émotionnel.

Cependant, leur connaissance du TDA/H varie et ils peuvent manquer de ressources et de soutien. Avec une formation adéquate et une collaboration efficace, ils peuvent adopter des stratégies adaptées et maintenir une attitude positive pour aider au mieux les élèves atteints de TDA/H.

Chapitre III

Trouble déficitaire de
l'attention avec ou sans
hyperactivité

Préambule

En ce moment, TDA/H constitue l'une des principales préoccupations rencontrées dans le cadre scolaire concernant les enfants. Elle attire beaucoup l'attention des professionnelles de l'enfance, des parents et des enseignants.

En effet le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) est une condition présente depuis longtemps.

Un enfant atteint de ce trouble est un enfant dont l'activité motrice est augmentée et désordonnée accompagnée d'impulsivité, de réactions agressives et de troubles de l'attention qui perturbent son efficacité scolaire.

Dans ce chapitre, nous allons détailler profondément cette variable.

1. Définitions de TDA/H :

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

T : Trouble, le TDAH n'est pas une maladie mais un trouble qui se caractérise par un ensemble de symptômes, donc plus dans le sens d'un syndrome.

DA : Déficit de l'Attention. Les difficultés attentionnelles sont le pilier du syndrome TDAH

H : Hyperactivité désigne le symptôme le plus visible et le plus perturbateur sans pour autant constituer le fondement du diagnostic, auquel on associe le I d'impulsivité sans le nommer

Le trouble dysfonctionnel de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) C'est un trouble neuro-développemental qui entraîne une perturbation du fonctionnement cognitif, il s'accompagne de perturbations comportementales et émotionnelles. Ce trouble est chronique, complexe, il est responsable d'un retentissement fonctionnel dans la vie scolaire, sociale et familiale (Vera.L, 2015, p.10).

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) C'est un trouble d'étiologie multifactorielle, cliniquement hétérogène, associé à un coût psychologique et social appréciable pour la plupart des jeunes qui en souffrent, du fait des échecs scolaires et des espoirs professionnels déçus. Des coûts tout aussi importants sont associés au stress familial, à la consommation de soins et à la mobilisation de nombreux acteurs sociaux qui restent dans l'impossibilité de caractériser le TDAH comme source de la problématique (Chevalier. N, 2006, p.04).

2. Histoire de TDA/H :

Alexandre Crichton : En 1798, un docteur écossais nommé Alexandre Crichton évoque pour la première fois une condition semblable à celle du TDAH. Après avoir étudié les caractéristiques de ses différents patients, il découvre que pour un certain nombre d'entre eux, l'inattention était présente.

Heinrich Hoffmann : Ensuite, en 1844, un médecin allemand nommé Heinrich Hoffmann crée plusieurs histoires pour enfants mettant en scène un enfant ayant certains comportements atypiques se rapprochant du TDAH.

Frederic Still : En 1902, un médecin britannique nommé George Frederic Still, également surnommé « le père de la pédiatrie britannique » décrit dans plusieurs de ses conférences se qu'est aujourd'hui le TDAH. Il livre de nombreuses conférences basées sur le défaut de contrôle moral dans lesquelles il décrit des comportements ainsi que des symptômes qui correspondent à ceux du TDAH à l'heure actuelle.

Charles Bradley : En 1937, un médecin américain nommé Charles Bradley découvre qu'une amphétamine a des bienfaits sur les enfants ayant des problèmes de comportements.

Leandro Panizzon : En 1944, un chimiste nommé Leandro Panizzon synthétise pour la première fois le méthylphénidate, qui est actuellement la molécule qui est efficace pour traiter le TDAH.

Et pour information, le méthylphénidate a été commercialisé pour la première fois en France il y a plus de soixante ans.

En 1980, le trouble déficitaire de l'attention est ajouté au DSM-3, qui est le manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux. À cette époque, l'hyperactivité n'était pas encore considérée comme un symptôme typique du TDAH.

En 1987, l'acronyme TDAH voit le jour dans la nouvelle édition du DSM-3, et l'hyperactivité est identifiée comme étant une caractéristique inhérente du TDAH.

En 2000, le TDAH est classifié en 3 sous-types : Le profil principalement hyperactif/impulsif, le profil principalement inattentif et le profil mixte (**Hallowell E.M., Ratey J.J., 2024**).

3. Épidémiologie :

Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est le trouble le plus fréquemment rencontré en consultation de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Sa prévalence rapportée chez l'enfant dans la plupart des études se situe aux alentours de 5,29% (IC 95%: 5,01-5,56) mais montre des différences, parfois importantes, en fonction des critères diagnostiques utilisés. Une étude récente menée en population pédiatrique française a permis d'établir la prévalence entre 3,5 et 5,6 % dans la tranche d'âge 6-10 ans sur la base des critères diagnostiques du DSM. Cette étude montre également la fréquence des troubles comorbides associés, en particulier, du trouble oppositionnel avec provocation et du trouble des conduites et met en évidence le retentissement du TDAH sur le fonctionnement académique des enfants TDAH chez qui le risque de redoublement et d'échec scolaire est significativement plus élevé que chez les non-TDAH. Il s'agit donc d'un trouble particulièrement fréquent en population pédiatrique et dont l'évolution se fait le plus souvent sur la vie entière avec persistance de symptômes invalidants dans près de 50% des cas à l'âge adulte (Dauvilliers. Y, 2019, p.394).

4. Les principaux symptômes du TDA/H :

Le syndrome déficitaire d'attention avec hyperactivité se singularise par sa triade symptomatique : inattention, hyperactivité et impulsivité.

4.1. L'inattention :

Selon Bélanger (2008) et Wodon (2009), le déficit attentionnel est caractérisé par des difficultés au niveau de la capacité à maintenir son attention dans. Le temps (atteinte de l'attention soutenue et de la vigilance) et au niveau de la sélectivité des informations (atteinte de l'attention sélective et de l'attention divisée). Il ne s'agit donc pas d'un manque d'attention, mais bien d'une difficulté à gérer ses capacités attentionnelles, à les focaliser sur un même stimulus dans le long terme, à les diviser entre plusieurs tâches différentes et à inhiber les informations non pertinentes (Anciaux.V & al., 2013, p. 17).

4.2. L'hyperactivité :

L'hyperactivité est définie par une agitation motrice excessive pour l'âge développemental, ses parents décrivent un enfant qui bouge sans cesse, ne peut rester assis durant le temps d'un repas ou d'un jeu, ne cesse d'aller et venir même devant la télévision, comme monté sur ressort ». Les parents peuvent être contraints de limiter les sorties en famille, de peur des réflexions d'autrui, qu'il paraisse mal élevé, prenne des risques, brise des objets ou

se perde dans la foule. En milieu scolaire, il ne peut rester à sa place en classe, se lève au moindre prétexte, étire ses membres, fait grincer sa chaise, tripote un crayon, une règle, la fait tomber, se lève pour la ramasser, se retourne si un voisin émet un son, lui répond à haute voix, etc. Lors de la récréation, il se précipite comme une tornade, bouscule tout sur son passage, se met en danger physiquement (Vantalon.V, 2005, p.16).

4.3. L'impulsivité :

Les enfants hyperactifs paraissent vivre en permanence dans la précipitation et dans l'impatience de parler et d'agir. Ils coupent la parole, parlent sans retenue et peuvent ainsi attendrir par leur spontanéité ou étonner par leur désinvolture. Ils semblent à l'aise en toute circonstance, font montre de jovialité et de familiarité avec les inconnus. Ils sont indiscrets, se mêlent de tout, éludent les questions ou les retournent par jeu. Ils savent aussi imposer leur présence sans y avoir été invités ou même après qu'on le leur a expressément défendu. Leurs propos irréfléchis peuvent passer pour de l'insolence et leurs gestes maladroits apparaître comme une attitude agressive, d'autant qu'ils provoquent parfois des accidents corporels. Ils bousculent aussi les contraintes scolaires, ils survolent les énoncés, bâclent les exercices et expédient les leçons. Une analyse plus fine de l'impulsivité cognitive, par opposition à l'impulsivité comportementale, montre (Quay, 1997) que les enfants impulsifs répondent précipitamment aux consignes scolaires et familiales, en provoquant ainsi contretemps et contresens. Bien qu'il soit d'usage de distinguer l'hyperactivité de l'impulsivité, il est rare que l'un n'aille sans l'autre (Wahl.G,2009, p.26).

5. Les facteurs de risque de TDA/H :

Le TDAH est le résultat d'une accumulation de nombreux facteurs de risques à la fois génétiques et environnementaux, qui vont intervenir très tôt dans le développement de l'enfant, dès la vie in utero, ou durant les premières années de vie de l'enfant ou bien d'autres facteurs familiaux, alimentaire et psychosociale.

5.1. Facteurs génétiques :

➤ Etudes sur les familles

De nombreux travaux ont montré une plus grande incidence du TDAH dans les familles où un enfant présente un TDAH, par rapport aux familles témoins. Il existerait donc une grande héritabilité du TDAH, dont l'estimation varie de 0,50 à 0,98 selon les études (Brassett-Harknett,

2004). Dans une étude portant sur 145 enfants avec un TDAH, le ratio garçon – filles était de trois pour une, et 30% avaient un frère ou une sœur présentant des troubles de l'apprentissage, ce qui met en évidence une influence génétique sur le TDAH, qui s'exprimerait de manière prépondérante chez les garçons (Gross-Tsur V & al., 1991).

➤ **Etudes chez les jumeaux**

Parmi les études les plus citées on retrouve une revue de littérature de Faraone parue en 2005, portant sur l'étude du TDAH chez les jumeaux (35). Cette revue constituée de 20 études avait estimé l'héritabilité du TDAH à 76%. Cependant, comme le rappelle le NICE, ce type d'étude part du principe d'« environnement égal », selon lequel les jumeaux homozygotes et dizygotes sont exposés de manière identique aux facteurs environnementaux. Ainsi, si ce principe s'avérait inexact, les estimations génétiques seraient également à réévaluer. Ceci ne remettrait cependant pas en question la validité du trouble (la prédictibilité du trouble chez les jumeaux est en effet vérifiée, seule la nature de la corrélation reste incertaine).

➤ **Etudes quantitatives en population générale**

D'après les recommandations de la British Association for Psychopharmacology (Royaume Uni, 2007), les symptômes du TDAH seraient distribués dans la population générale de manière continue et un diagnostic du trouble correspondrait à l'extrême d'un modèle mathématique, réunissant des comportements influencés par la génétique. Cette théorie est en accord avec l'importance du seuil clinique quantitatif montrant un niveau de handicap significatif dans la vie du patient (Nutt DJ & al., 2007).

D'après la revue de Millichap, 2008, les différences de genre dans la prévalence du TDAH ont été attribuées aux échantillons des études et au comportement plus « bruyant » des garçons. Il est donc possible que la prévalence du TDAH soit sous-évaluée chez les filles. Les études familiales suggèrent que les causes génétiques du TDAH sont les mêmes pour les filles et les garçons (Millichap JG, 2008).

5.2. Les facteurs environnementaux :

Parmi les facteurs environnementaux pouvant être à l'origine d'un TDAH on retrouve :

L'exposition à des toxiques, comme le plomb qui est très bien étayé, mais également les médicaments comme le paracétamol ou le Valproate (traitement utilisé dans l'épilepsie), et encore l'exposition aux phtalates (emballages), les pesticides organophosphorés, et les

polluants liés à la circulation automobile comme l'oxyde nitrique. Les carences nutritionnelles sont également corrélées à la présence d'un TDAH tel que la ferritine sérique basse, un niveau modérément plus faible d'acides gras oméga-3, des taux de vitamine D maternels plus faibles.

Les évènements pendant la grossesse et l'accouchement, comme un faible poids de naissance, la prématurité, la présence d'une hypertension artérielle chez la mère, ou d'une obésité, et également l'hyperthyroïdie ou l'hypothyroïdie chez la mère pendant la grossesse peuvent favoriser la présence d'un TDAH chez l'enfant. L'exposition à des carences affectives, du stress, des infections, de la pauvreté et des traumatismes sont des facteurs qui augmentent le risque de TDAH (Gétin.C ,2021).

5.3. Facteur familiaux et médicaux :

➤ Antécédents familiaux et médicaux

Le risque est plus élevé si un parent du premier degré est lui-même hyperactif.

Les chocs violents à la tête provoquent des traumatismes qui peuvent faciliter la survenue de l'hyperactivité.

Les prématurés ont un risque plus élevé que la moyenne de développer un THDA ainsi que des troubles associés, sans doute en raison de la maturation plus difficile du système nerveux.

Un défaut d'oxygénation du cerveau au moment de la naissance (par exemple hypoxie par enroulement du cordon autour du cou) augmente le risque.

➤ Exposition aux substances :

Le tabagisme de la mère pendant la grossesse a été impliqué par certains travaux sur l'hyperactivité.

La consommation d'alcool, de drogues ou de certains médicaments pendant la grossesse a des effets délétères sur le développement du cerveau du fœtus.

L'intoxication au plomb durant les premières années de vie peut aboutir à des symptômes d'hyperactivité et/ou de déficit de l'attention.

Certaines substances chimiques comme les BPC (biphényles polychlorés) sont cités comme facteur de risque. Le benzoate de sodium (colorant E211) est particulièrement étudié. D'autres colorants (E102, E104, E110, E122, E124, E129) ont été associés.

➤ **Milieu familial**

Plusieurs travaux ont montré que certains milieux familiaux sont plus propices que d'autres au développement du trouble.

Parmi les facteurs le plus souvent incriminés, on retrouve discorde sévère chez les parents, paupérisation et exclusion, famille nombreuse, criminalité ou comportement antisocial chez le père, troubles psychologiques chez la mère, addictions parentales (**Horde, Perrick, 2009**).

5.4. Facteur alimentaire :

L'importance des facteurs alimentaires dans l'étiologie du TDA/H fait couler beaucoup d'encre depuis quelques années. Il est possible qu'une minorité d'enfants soit sensible aux additifs alimentaires, cette donnée ne peut donc pas être ignorée (Bélangier, 2008). Toutefois, il s'agit d'exceptions, et cette hypersensibilité ne se vérifie pas (Biederman, 2005, cité par Wodon, 2009). De même, des carences en Oméga-3 sont également parfois décrites dans le cadre d'un TDA/H. À nouveau, la littérature ne possède pas encore suffisamment d'informations à ce sujet (**Antalis et al., 2006 cités par Wodon, 2009**).

5.5. Facteur psychosociales :

Chez environ deux tiers des enfants hyperactifs, l'origine de l'hyperactivité est principalement extérieure à eux-mêmes. Les causes sont alors souvent de nature psychosociale : difficultés à la maison (tensions entre les parents, sévices. Négligence) ou à l'école (niveau scolaire trop élevé ou trop faible), événements graves comme un décès, le chômage ou une maladie... De telles circonstances ou des événements stressants soumettent l'enfant à une pression intense, à laquelle il réagit par de l'hyperactivité.

Un enfant « normal », mais trop peu dirigé par ses parents, ou un enfant qui vit dans une famille où l'ambiance est tendue, peut devenir hyperactif et impulsif. Un enfant perdu dans une classe où il ne parvient pas à suivre le rythme aura des difficultés d'apprentissage et il aura du mal à se tenir tranquille.

Si votre enfant est hyperactif à cause de tensions, de stress ou d'anxiété, il faudra d'abord en chercher la source avant de vouloir le traiter. Pour ces enfants, il est important de ne pas utiliser trop rapidement d'autres moyens, comme les médicaments. Ces derniers ne permettront pas d'identifier la véritable cause de l'hyperactivité et nuiront au développement futur de l'enfant

Si toute la famille collabore, l'hyperactivité due à des problèmes psychosociaux sera résolue en quelques semaines ou quelques mois. Nous reparlerons plus loin des situations où le développement de l'enfant a déjà été perturbé dans ses plus jeunes années par négligence, laxisme ou par de mauvais traitements physiques et/ou sexuels. De tels troubles du développement exigent par- fois des années d'aide spécialisée (**Comperenolle.T et Vermeiren. R, 2014, p.18**).

6. Les troubles associés aux TDA/H :

Le TDAH est un trouble qui est rarement isolé chez l'enfant : les troubles associés qui sont aussi appelés des troubles « comorbides » ou « comorbidités » sont présents chez la grande majorité des enfants selon les études il y aurait près de deux tiers des enfants avec TDAH qui auraient au moins un autre diagnostic pédopsychiatrique associé.

Cette forte association a même fait l'objet de débats théoriques sur l'existence du TDAH : certains pédopsychiatres ont du mal à reconnaître l'existence d'un trouble qui est si souvent associé à d'autres pathologies : le déficit d'attention ne serait-il pas simplement la conséquence d'un autre problème, un peu comme la partie émergée de l'iceberg ? Cette hypothèse cependant n'est pas valide : il existe en effet des formes pures de TDAH, ainsi que des données neuropsychologiques, génétiques et neuro-anatomiques en faveur de l'indépendance du trouble.

Les diagnostics fortement associés au TDAH que nous détaillerons par la suite sont les suivants :

- Le Trouble Oppositionnel avec Provocation dans plus de la moitié des cas.
- Le Trouble des Conduites dans 15% à 20 % des cas chez l'adolescent.
- Le trouble disruptif avec dysrégulation de l'humeur (nouvelle catégorie diagnostique du DSMV).
- Le trouble anxieux (en particulier anxiété généralisée et anxiété de séparation) dans environ 20% des cas.
- La dépression dans environ 20% des cas.
- Les troubles du sommeil.
- Le trouble spécifique de l'acquisition des apprentissages (dyslexie ou dyscalculie) dans près de 30 % des cas.
- Le syndrome de Gilles de la Tourette.
- Le trouble bipolaire.

- Les troubles du spectre autistique peuvent également s'associer au TDAH dans les nouvelles catégorisations du DSM 5 de 2013 (alors qu'auparavant on ne pouvait pas poser de diagnostic de TDAH chez un enfant avec autisme) **(Franc. N ,2020, p.36).**

7. Forme de TDA/H prédominante :

Les symptômes sont situés dans le domaine comportemental sont surtout rencontrés chez le jeune-enfant, ce qui a pour corollaire la difficulté importante 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 caractéristique de la tranche d'âge de référence. **(Béjard et Bonnet, 2007, p.42).**

7.1. Forme à trouble de l'attention prédominante :

Dans cette forme symptomatique, c'est au contraire la sphère cognitive dans ses aspects déficitaires qui est repérée. 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.

Troubles de l'attention sélective, avec difficultés à distinguer l'information pertinente de l'information secondaire, et enfin difficultés à inhiber l'impulsivité au plan cognitif, ce qui se traduit par des réponses à priori, sans prise en compte de l'ensemble des éléments du contexte pour déterminer la réponse.

Les conséquences de ces 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'évoluer dans un milieu où les sources de stimulations et donc d'excitation peuvent être mieux régulées **(Béjard. et Bonnet.2007.p.42).**

7.2. 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.

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 (**Béjard. & Bonnet.2007. p.42**).

8. Les retentissements du TDAH sur l'enfant :

Le Trouble Déficit de l'Attention / Hyperactivité a un retentissement sur tous les domaines de la vie. Quatre pôles principaux sont implicitement concernés : la vie scolaire, la vie sociale, la vie familiale, l'estime de soi.

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

8.1. Sur la vie familiale :

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

8.2. Sur la vie scolaire :

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

8.3. Sur la vie sociale :

- Ils ont tendance à « s'immiscer » de manière maladroite dans les jeux et conversations de leurs camarades.
- Ils sont souvent perçus comme agressifs de par leur maladresse et leur empressement.
- Ils font souvent le pitre pour attirer l'attention mais n'assument pas les rires qu'ils provoquent (forte susceptibilité).
- Ils ont peu d'amis durables, sont souvent mis à l'écart des jeux.
- Ils sont rarement ou jamais invités aux anniversaires ou goûters chez les copains.
- Leurs réactions impulsives sont souvent mal comprises et les disputes sont fréquentes.

8.4. Sur l'estime de soi :

- Ils culpabilisent de ne pas réussir à faire ce que l'on attend d'eux.
- L'image d'eux-mêmes que leur renvoie l'entourage est souvent négative.
- Ils se dévalorisent, se sentent « nuls », « méchants », « stupides », mal aimés.
- Ils paraissent souvent défaitistes, démotivés, découragés (**Dauvilliers. Y, et al., 2019, p.394-395**).

9. Développement et l'évolution de TDAH :

Développement et évolution Chez l'enfant tout-petit, de nombreux 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 TDAH 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 TDAH, 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 (**Turgay et al., 2012**).

Une proportion significative d'enfants ayant un TDAH 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. À l'âge adulte, accompagnant l'inattention et l'agitation, l'impulsivité peut rester problématique même quand l'hyperactivité a diminué (DSM-V. 2015, p.70).

10.Critères diagnostique :

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

➤ **Inattention :**

- 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 :
- 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.
- A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux.
- Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement.
- 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.
- A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités
- Souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu.
- Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités.
- Se laisse souvent facilement distraire par des stimuli externes (chez les grands adolescents et les adultes, il peut s'agir de pensées sans rapport).
- A des oublis fréquents dans la vie quotidienne.

➤ **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 :

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

- Est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts.
- Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée.
- A souvent du mal à attendre son tour.
- Interrompt souvent les autres ou impose sa présence.
- Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité étaient présents avant l'âge de 12 ans.
- Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité sont présents dans au moins deux contextes différents.
- On doit mettre clairement en évidence que les symptômes interfèrent avec ou réduisent la qualité du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.
- 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 (DSM-V. 2015, p.67-68).

11. Diagnostic différentiel :

Il s'agit d'une étape difficile car certaines conditions peuvent réaliser un tableau clinique proche de l'ADHD ou lui être associées.

La première difficulté est de distinguer l'ADHD de la turbulence qui, observée chez de jeunes enfants vers l'âge de 3 ans, n'est pas pathologique, retentit peu sur le fonctionnement de l'enfant, n'est pas associée à des difficultés attentionnelles et disparaît vers l'âge de 5 ans.

La seconde difficulté est de distinguer l'ADHD de symptômes d'agitation ou d'inattention qui s'intègrent dans le cadre d'un trouble psychiatrique plus global tel que le retard mental, les troubles autistiques ou les troubles sévères des apprentissages. Dans ces cas, les comportements d'agitation peuvent être très importants et constituer alors une manifestation gênante d'un trouble plus global.

Il en est de même des symptômes d'agitation ou d'inattention secondaires à des problèmes somatiques, en particulier l'épilepsie et certaines endocrinopathies qui doivent être repérées.

L'instabilité ou l'inattention peuvent également être liées à la prise de certains traitements, ce qui justifie un interrogatoire précis sur les traitements récents. Ainsi, les corticoïdes, les antiasthmatiques, certains antiépileptiques peuvent induire des comportements d'agitation.

Il importe également de différencier le trouble ADHD de l'instabilité secondaire à des conditions environnementales défectueuses et du trouble de l'adaptation dans lequel la réaction non adaptée, en l'occurrence l'instabilité, survient après un facteur de stress et cesse après la disparition de ce facteur de stress.

Enfin, l'un des diagnostics différentiels les plus difficiles est l'hypomanie de l'enfant, caractérisée par une labilité émotionnelle, une irritabilité, une agressivité, une agitation motrice et une distractibilité. Le diagnostic est particulièrement difficile en raison de la similarité des symptômes et de la comorbidité élevée. Les relations entre ADHD et trouble bipolaire ne sont pas élucidées. Un sous-groupe d'enfants hyperactifs pourrait évoluer vers la bipolarité. Certaines manifestations thymiques du trouble bipolaire pourraient être rapportées à tort à l'ADHD (Ménéchal.J, 2004, p.32-33).

12.Prise en charge :

La prise en charge de l'hyperactivité, également connue sous le nom de trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH), est un processus pluridisciplinaire qui vise à aider les enfants présentant ce trouble. Il existe différentes approches de prise en charge, à la fois médicamenteuse et non médicamenteuse.

12.1. La prise en charge non médicamenteuse :

La prise en charge non médicamenteuse est primordiale, elle peut être déclinée selon différentes mesures psychologiques, éducatives et sociales.

Parmi ces mesures, les modalités cognitivo-comportementales visent à aider l'enfant à améliorer son attention et contrôler son impulsivité. Elles se composent de plusieurs techniques dont les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) mais aussi, le programme de renforcement des compétences familiales pour aider les parents à mieux gérer le comportement de leur enfant, les techniques de rééducation (souvent menée par des neuropsychologues) pour améliorer ses compétences cognitives et les groupes d'affirmation de soi pour aider l'enfant dans ses relations sociales. L'approche psychodynamique quant à elle ne constitue pas un traitement spécifique du TDAH et se focalise sur la dynamique familiale. Par exemple, les consultations thérapeutiques entre parents enfants et pédopsychiatre ou psychologue visent à soutenir le travail psychique de l'enfant en s'intéressant à ses symptômes dans le fonctionnement global de l'enfant.

12.2. La prise en charge médicamenteuse :

La prise en charge médicamenteuse par le méthylphénidate n'est pas systématique, elle est indiquée dans le cadre d'une prise en charge globale du TDAH, lorsque les mesures non médicamenteuses se sont révélées insuffisantes et en complément de ces mesures. Cette prescription doit se fonder sur une évaluation rigoureuse de la sévérité, de la fréquence des symptômes et de leur retentissement sur la vie de l'enfant, en tenant compte de l'âge de l'enfant. Ainsi, la prise en charge du TDAH est avant tout multimodale, en combinant différents traitements non médicamenteux et voire si besoin médicamenteux. Cette approche plurielle s'avère plus efficace pour traiter l'ensemble des symptômes et agir sur leur impact dans les différents domaines de vie de l'enfant.

12.3. Intégrer l'école à la prise en charge :

En parallèle, lorsqu'un pré-diagnostic de TDAH est établi par le médecin de premier recours, pour accompagner au mieux l'enfant, il est important de mettre en lien l'enseignant, la famille et les soignants éventuellement par l'intermédiaire du médecin scolaire. En effet, des aménagements pédagogiques adaptés à chaque enfant sont souvent très utiles à la prise en charge. Ces aménagements peuvent être d'ordre éducatif (valoriser l'enfant, lui donner des missions par exemple) ou d'ordre pédagogique (donner des consignes courtes et claires, proposer un exercice à la fois). Il est donc recommandé de préparer l'arrivée de l'élève et d'expliquer les spécificités du trouble auprès de l'équipe éducative.

12.4. Evaluer l'efficacité de la prise en charge :

L'efficacité de cette prise en charge se vérifie sur plusieurs critères les symptômes du TDAH, les difficultés scolaires, les comportements psychosociaux et les éventuels retentissements familiaux. Le suivi du spécialiste combiné à celui du médecin de premier recours permet d'évaluer l'évolution des symptômes et d'adapter si besoin les traitements associés.

Tout au long de cette prise en charge, le suivi de l'enfant doit être régulier quel que soit son traitement, avec ou sans médicaments. Ce suivi est organisé par le spécialiste en collaboration avec le médecin de premier recours et éventuellement avec les autres professionnels du champ de la santé impliqués dans la prise en charge du trouble et de ses comorbidités (orthophoniste, psychologue, psychomotricien clinicien, etc).

Synthèse

On peut conclure que le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est connu depuis longtemps, il s'agit d'un trouble neuro-développemental qui affecte l'attention, l'impulsivité et l'activité motrice. Ses causes sont complexes, impliquant des plusieurs facteurs (génétiques, environnementaux et familiaux etc.). Un traitement multidisciplinaire, incluant thérapies comportementales et médicamenteuses, peut aider à atténuer les symptômes et améliorer la qualité de vie.

Chapitre VI

Troubles d'apprentissage

Préambule

Les troubles d'apprentissage touchent un nombre important d'enfants. Ils affectent divers domaines d'apprentissage. Selon les auteurs ou les croyances, le terme "trouble d'apprentissage" recouvre différentes réalités et évoque les difficultés d'un enfant à progresser dans ses apprentissages.

Ces troubles peuvent être éprouvés autant par des enfants à risque que par des enfants handicapés ou ayant des troubles graves de comportement, bien qu'ils montrent des difficultés dans certains processus liés à l'apprentissage : la pensée, la perception, l'attention, ou la lecture (dyslexie), l'écriture, etc.

1. Définition du trouble de l'apprentissage :

Le trouble spécifique d'apprentissage est un trouble neuro-développemental d'origine biologique qui entraîne des anomalies cognitives associées avec les symptômes comportementaux du trouble. L'origine biologique comprend une interaction de facteurs génétiques, épi génétiques et environnementaux, qui affectent la capacité du cerveau à percevoir et à traiter les informations verbales et non verbales de manière précise et efficace (DSM-V, 2015, p.78).

Le trouble d'apprentissage selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) : un trouble d'apprentissage est un terme médical qui désigne un trouble entravant la compréhension, le traitement et l'acquisition des informations (<https://blog.creasources.ca/>).

Les difficultés relationnelles et d'apprentissages sont des phénomènes souvent observables en classe, dès les premiers niveaux scolaires. Il s'agit de problèmes à aborder précocement, en identifiant leurs causes principales, afin de les contrecarrer de façon adéquate (Coggi & al., 2017, p.13).

2. La différence entre la difficulté d'apprentissage et le trouble d'apprentissage :

La différence entre ces deux éléments réside dans leur nature et leur persistance malgré des interventions adaptées.

La difficulté d'apprentissage se réfère à des difficultés temporaires ou passagères rencontrées par un individu lors de l'apprentissage. Ces difficultés peuvent être liées à des

facteurs tels que des problèmes de concentration, de motivation, de méthodes d'étude inappropriées ou de manque de soutien. Elles peuvent être surmontées avec des stratégies d'apprentissage adaptées et un soutien approprié (www.laclassedelucie.com/).

Le trouble d'apprentissage, quant à lui, est une condition plus persistante et durable. Il est caractérisé par un retard significatif dans la maîtrise des apprentissages par rapport à ce qui est attendu pour l'âge et le potentiel de l'individu. Les troubles d'apprentissage sont indépendants de l'intelligence ou de la motivation. Ils sont généralement marqués par des critères de durée ou de persistance dans le temps malgré des interventions adaptées. De plus, les difficultés observées ne peuvent pas être expliquées par d'autres facteurs tels que des déficits sensoriels, un parcours scolaire atypique, un trouble du développement, des facteurs environnementaux et sociaux, ou des problématiques sociales ou affectives (<https://www.chusj.org>).

En résumé, la difficulté d'apprentissage est une difficulté temporaire qui peut être surmontée avec un soutien approprié, tandis que le trouble d'apprentissage est une condition neuro-développementale persistante qui nécessite des interventions adaptées et soutenues.

3. Symptômes ou manifestations de trouble d'apprentissage :

La plupart d'entre nous sommes capables de lire et de comprendre la langue écrite, d'entendre et de saisir la langue parlée. Il nous est même difficile d'imaginer la confusion et la frustration qu'entraînent les difficultés d'apprentissage dont voici les symptômes les plus fréquents :

- Manque de concentration.
- Troubles de la mémoire et de la pensée.
- Difficulté de l'expression verbale, troubles du langage et de l'audition.
- Troubles de la coordination.
- Hyperactivité et instabilité psychomotrice.
- Altération perceptivo-motrice.
- Variabilité de l'humeur (désorganisation).
- Troubles de l'attention (durée réduite de l'effort d'attention, distraction).
- Impulsivité (de caractère et dans les activités).
- Troubles spécifiques de l'apprentissage, en lecture, calcul, écriture et épellation.
- Incapacité de s'organiser en fonction de l'atteinte d'objectifs vitaux.
- Habitudes de sommeil irrégulières.

- Résistance au moment du coucher.
- Désordre des effets personnels, surtout dans la chambre à coucher et le pupitre.
- Fatigabilité importante.
- Énurésie fréquente.
- Habitudes alimentaires particulières.
- Curiosité excessive, surtout en ce qui concerne les mécanismes fonctionnels de certains objets.
- Tendance à se ronger les ongles.
- Tendance à des fuites (on le décrit comme étant dans la lune).
- Difficulté à exprimer la nature de son problème.
- Cahiers scolaires généralement malpropres et déchirés.
- Surinvestissement dans les animaux (juhel,1998, p.71.72).

4. Les facteurs de risque des troubles d'apprentissage :

Peut être influencée par différents facteurs de risque voici quelques-uns d'entre eux :

4.1. Facteurs de risque biologiques/génétiques :

Certains troubles spécifiques des apprentissages semblent avoir une composante héréditaire.

4.2. Facteurs de risque cognitifs/comportementaux :

Certains comportements et difficultés cognitives peuvent être associés aux difficultés d'apprentissage chez les enfants d'âge scolaire (Desrochers, A & al., 2012).

4.3. Facteurs de risque liés à l'environnement scolaire :

Certains facteurs présents dans l'environnement scolaire peuvent également contribuer aux difficultés d'apprentissage. Il est important que les intervenants du milieu scolaire soient attentifs à ces facteurs de risque.

4.4. Troubles neuro-développementaux :

Certains troubles neuro-développementaux, tels que le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), peuvent être associés à des difficultés d'apprentissage.

4.5. Facteurs individuels :

Les difficultés d'apprentissage peuvent être liées à des troubles neurologiques, sensoriels (comme la vision ou l'ouïe), moteurs ou cognitifs.

Des études ont également montré que des retards de langage ou des difficultés précoces d'acquisition du langage peuvent être des facteurs de risque pour les troubles d'apprentissage de la lecture (Fluss. J & al., 2009).

5. Troubles spécifiques d'apprentissage :

L'enfant peut se trouver confronté à des difficultés d'apprentissage il n'arrive plus à assimiler les connaissances qui lui sont transmises, éprouve des difficultés à apprendre à lire, à écrire, à orthographier, à calculer, à s'exprimer ou encore à se concentrer.

Une bonne partie de ces troubles sont regroupés sous le terme vulgarisé de trouble dys :

➤ La dyslexie :

La dyslexie est un dysfonctionnement de la lecture présent au début du mot, « dys » vient du grec et signifie « difficulté », « dysfonctionnement ».

La dyslexie est donc un dysfonctionnement qui touche la « lexie », c'est-à-dire la lecture.

La dyslexie est un trouble des apprentissages : Ces troubles se manifestent par des difficultés d'apprentissage qui surviennent tôt durant l'enfance et qui perdurent, bien souvent, à l'âge adulte. Ces difficultés compliquent la vie scolaire de l'enfant : ses performances sont inférieures à celles attendues selon son âge ou son niveau intellectuel (Hemptinne, 2016, p.13).

➤ Les dyspraxies :

Sont des troubles du geste qui affectent l'habileté et la réalisation de certaines activités, en raison d'une anomalie de la gestion même du geste au niveau cérébral. C'est un trouble de la programmation gestuelle qui a des répercussions sévères dans l'ensemble du développement de l'enfant (en distordant ses premières expériences sensorimotrices), dans sa vie quotidienne (en affectant des gestes tels que se laver, manger, s'habiller) et dans son parcours scolaire du fait de la dysgraphie, qui constitue d'ailleurs souvent le signe d'appel (Mazeau, 2005, p.02).

➤ **La dysphasie :**

Définie comme un trouble développemental, qui concerne l'élaboration du langage oral, entraînant des troubles importants de la compréhension et/ou de l'expression du langage parlé. C'est un trouble spécifique, sévère et persistant qui interfère d'emblée avec la dynamique développementale de l'enfant (Maillart, C& all.,2012, p.05).

➤ **La dyscalculie (Les difficultés logico-mathématiques) :**

Les troubles apparaissant lors de la confrontation aux apprentissages mathématiques formalisés sont très souvent regroupés sous le terme-étiquette de dyscalculie développementale, pensée sur le modèle de l'acalculie - déprivation chez les sujets cérébrolésés de la faculté de calcul. L'utilisation de cette appellation s'avère réductrice en clinique infanto-juvénile. En effet, les difficultés d'apprentissage des mathématiques excèdent largement le champ du calcul. Elles mettent en jeu des dysfonctionnements dans des domaines très divers l'espace, le temps, le nombre, le raisonnement ou encore l'organisation de la pensée. Plus récemment, d'autres termes, encore trop réducteurs, sont apparus tels que l'innométrie qui évoque l'insuffisance des connaissances et des compétences de bases requises pour conduire un calcul (le noble.È, 2014, p.12).

➤ **Dysorthographe :**

La dysorthographe est un trouble persistant de l'acquisition et de la maîtrise de l'orthographe.

La personne atteinte est en mesure de bien agencer ses idées lors d'une situation d'écriture. C'est le code écrit qui lui pose problème. Aussi, une personne dysorthographique écrira souvent très peu afin d'éviter les fautes orthographiques. Elle répétera également souvent les mêmes mots (Poirier.P et Tessier.A, 2019, p.12).

6. Diagnostique et évaluation des troubles d'apprentissage :

L'évaluation des habiletés de l'enfant repose sur la compréhension de ce qu'il peut faire, sur l'observation de ses difficultés, sur l'intervention ponctuelle et sur l'évaluation de ce qu'il a appris et de son niveau de maîtrise de la tâche. L'on doit donc prendre en compte le processus individuel de chaque enfant, ses forces et ses besoins ainsi que ses mécanismes d'apprentissage.

L'enfant est une entité dynamique qui se transforme continuellement par une interaction avec le milieu dans les quatre grands domaines du développement : physique, émotionnel, social et intellectuel.

Lorsqu'on parle d'apprentissage, au sens strict du terme, on se réfère à un changement de comportement de nature cognitive, affective ou psychomotrice qui ne résulte pas directement d'un processus de maturation physiologique naturel. Il s'agira surtout ici d'apprentissage lié au système scolaire.

L'enfant doit répondre aux exigences d'un système qui lui demande de lire, d'écrire et de compter selon des normes bien établies. Pour ce faire, il doit, d'une part, avoir la capacité

« Intellectuelle » nécessaire à l'apprentissage scolaire normal et, d'autre part, posséder un organisme physiologiquement et psychologiquement mature et sain afin de pouvoir assimiler et intégrer de façon complète les notions enseignées.

Un développement mental, physiologique et affectif normal est nécessaire à l'apprentissage scolaire. Cette dernière demande aussi une intégration adéquate de tous les processus neuromoteurs complexes, entre autres les habiletés perceptivo-motrices visuelles, perceptivo-motrices auditives, tactiles et linguistiques. Ajoutons à cela l'équilibre affectif et intellectuel sans lequel l'enfant n'arrivera pas à répondre aux exigences de la société ni à celles du système scolaire dans lequel il est engagé.

L'expression « trouble grave d'apprentissage » (TGA) de l'enfant est à éviter, car la stigmatisation attire le rejet de la part de l'adulte et des autres enfants et souvent l'exclusion des opportunités essentielles à un développement sain et équilibré. Il existe cependant une réalité, celle de la nécessité d'ouvrir les bonnes portes, d'apporter une aide qualifiée, de créer des programmes et de les évaluer.

Enfin, le diagnostic des difficultés d'apprentissage exige une étude complète de l'enfant par une équipe multidisciplinaire. L'équipe idéale devrait se composer comme suit : pédiatre, neurologue, pédopsychiatre, psychologue, orthopédagogue (ou psychoéducateur ou éducateur spécialisé), travailleur social et spécialiste du langage (Juhel, 1998, p.74-76).

7. Critères de diagnostic de trouble d'apprentissage :

- A. Difficultés à apprendre et à utiliser des compétences scolaires ou universitaires, comme en témoigne la présence d'au moins un des symptômes suivants ayant persisté pendant au moins 6 mois, malgré la mise en place de mesures ciblant ces difficultés :
1. Lecture des mots inexacte ou lente et réalisée péniblement (p. ex. lit des mots isolés à voix haute de manière incorrecte ou lentement et avec hésitation, devine souvent des mots, a des difficultés de prononciation).
 2. Difficultés à comprendre le sens de ce qui est lu (p. ex. peut lire un texte correctement mais ne pas comprendre l'ordre, les relations, les déductions ou les significations plus profondes de ce qui est lu).
 3. Difficultés à épeler (p. ex. peut ajouter, oublier ou substituer des voyelles ou des consonnes).
 4. Difficultés d'expression écrite (p. ex. fait de multiples erreurs grammaticales ou de ponctuation au sein des phrases ; construit mal les paragraphes ; l'expression écrite des idées manque de clarté).
 5. Difficultés à maîtriser le sens des nombres, les données chiffrées ou le calcul (p. ex. a une compréhension médiocre des nombres, de leur ordre de grandeur et de leurs relations ; compte sur ses doigts pour additionner des nombres à un seul chiffre au lieu de se souvenir des tables d'addition comme le font ses camarades ; se perd au milieu des calculs arithmétiques et peut être amené à changer de méthode).
 6. Difficultés avec le raisonnement mathématique (p. ex. a de grandes difficultés à appliquer des concepts, des données ou des méthodes mathématiques pour résoudre les problèmes).

B. Les compétences scolaires ou universitaires perturbées sont nettement au-dessous du niveau escompté pour l'âge chronologique du sujet, et ce de manière quantifiable. Cela interfère de façon significative avec les performances scolaires, universitaires ou professionnelles, ou avec les activités de la vie courante, comme le confirment des tests de niveau standardisés administrés individuellement ainsi qu'une évaluation clinique complète. Pour les individus âgés de 17 ans et plus, des antécédents avérés de difficultés d'apprentissages perturbantes peuvent se substituer à une évaluation standardisée.

C. Les difficultés d'apprentissage débutent au cours de la scolarité mais peuvent ne pas se manifester entièrement tant que les demandes concernant ces compétences scolaires ou universitaires altérées ne dépassent pas les capacités limitées du sujet (p. ex. lors d'examens

chronométrés, de la lecture ou de la rédaction de rapports longs et complexes dans un délai bref, d'une charge de travail intellectuel excessivement lourde).

D. Les difficultés d'apprentissage ne sont pas mieux expliquées par un handicap intellectuel, des troubles non corrigés de l'acuité visuelle ou auditive, d'autres troubles neurologiques ou mentaux, une adversité psychosociale, un manque de maîtrise de la langue de l'enseignement scolaire ou universitaire ou un enseignement pédagogique inadéquat (DSM-V,2015, p.76).

8. Diagnostique différentiels du trouble d'apprentissage :

➤ Difficultés d'apprentissage dues à des troubles neurologiques ou sensoriels :

Le trouble spécifique des apprentissages se distingue des difficultés d'apprentissage dues à des troubles neurologiques ou sensoriels, car dans ce cas des anomalies sont retrouvées à l'examen neurologique.

➤ Troubles neurocognitifs :

Le trouble spécifique des apprentissages est distingué des problèmes d'apprentissage associés aux troubles cognitifs neurodégénératifs parce que dans le trouble spécifique des apprentissages, l'expression clinique des difficultés spécifiques des apprentissages apparaît pendant la période développementale, et les difficultés ne se présentent pas comme un déclin marqué par rapport à un état antérieur.

➤ Déficit de l'attention/hyperactivité :

Le trouble spécifique des apprentissages se distingue des performances scolaires ou universitaires moyennes associées au TDAH parce que, dans ce dernier trouble, les problèmes peuvent ne pas nécessairement refléter des difficultés spécifiques dans l'apprentissage des aptitudes scolaires ou universitaires mais peuvent plutôt refléter des difficultés à mettre en pratique ces aptitudes.

Cependant, la coexistence d'un trouble spécifique des apprentissages et d'un TDAH est plus fréquente que ce qui peut être dû au hasard. Si les critères des deux troubles sont remplis, les deux diagnostics peuvent être portés.

➤ **Troubles psychotiques :**

Le trouble spécifique des apprentissages se distingue des difficultés scolaires ou universitaires et de traitement cognitif associé à la schizophrénie ou la psychose parce que, dans ces derniers troubles, il y a un déclin (souvent rapide) dans ces domaines fonctionnels (**DSM-V, 2015**).

9. Les différents modes de prise en charge thérapeutique :

La prise en charge repose essentiellement sur la mise en place de la guidance psycho-éducative et de la (ou des) psychothérapie(s), parfois d'inspiration psychanalytique, souvent actuellement de type comportemental, avec réexposition progressive aux situations scolaires : on utilise avec l'enfant et l'école une hiérarchie progressive en allant du moins anxiogène au plus anxiogène, en commençant par des séquences brèves, puis en augmentant les durées. Les accompagnements se font idéalement au début par le thérapeute.

L'hospitalisation peut être un outil thérapeutique supplémentaire qui est indiqué si l'absentéisme est très prolongé, en cas d'échec des prises en charge ambulatoires, ou de signes de gravité (idées suicidaires). Outre la prise en charge familiale et la prise en charge institutionnelle de l'enfant, l'hospitalisation permet à l'enfant de participer de nouveau à des activités scolaires organisées. Une hiérarchie se fait dans les matières abordées, dans le nombre d'heures d'école, dans le nombre de participants dans les groupes. Sans parler de remise à niveau, il y a remise au travail scolaire, avec ses horaires, ses règles, ses devoirs.

L'étape suivante est le retour programmé à l'école du secteur de l'enfant. Il est impératif qu'il existe une connexion inter-enseignants, entre les enseignants de l'hôpital et les enseignants de l'école de l'enfant. L'accompagnement est fait selon les cas par le thérapeute ou par un enseignant de l'hôpital (**Danion-Grilliat.A & Bursztejn.C, 2011, p.308**).

Synthèse :

Les troubles d'apprentissage sont souvent multifactoriels, influencée par la complexité inhérente d'un sujet, la variété des méthodes d'enseignement, les différences individuelles dans les styles d'apprentissage et la motivation personnelle. Certains domaines de connaissances exigent une réflexion approfondie et une assimilation complexe, ce qui peut rendre l'apprentissage plus ardu.

Cependant, surmonter ces défis peut renforcer la résilience et la compréhension profonde. L'engagement actif dans le processus d'apprentissage, la recherche de ressources adaptées, et la persévérance face aux obstacles contribuent à surmonter la difficulté initiale pour atteindre une maîtrise plus profonde du sujet. En fin de compte, bien que l'apprentissage puisse être difficile, les défis rencontrés peuvent également être des opportunités pour la croissance personnelle et intellectuelle.

Partie pratique

Chapitre V

Méthodologie de la recherche

Préambule

Dans chaque domaine, tout travail d'investigation nécessite une méthodologie, et le choix de celle-ci représente une étape cruciale pour le chercheur afin de guider et d'expliquer le déroulement de la recherche et illustrer toutes les méthodes et outils utilisés afin d'assurer une récolte rigoureuse de données sur le terrain de recherche à travers le groupe d'étude qui dans notre étude s'agit des enfants victimes du TDAH ; les outils d'investigations adéquats qui permettront de structurer l'étude et de répondre aux objectifs déterminés au préalable. De même à travers ce chapitre s'intitulant « la méthodologie de recherche » nous allons alors présenter la démarche qu'a pris notre travail de recherche. Après préambule, nous exposerons d'abord, les limites de la recherche, le groupe de recherche supposé et plus précisément les critères de sélection de la population d'étude, ensuite nous définirons la méthode utilisée, en plus de la présentation du lieu notre recherche, nous mettrons aussi en valeur les outils de recherche que nous avons employés et leurs analyses. Enfin nous évoquerons le déroulement de la pré-enquête, l'attitude du chercheur ainsi que les difficultés de la recherche.

1. Les limites de la recherche :

C'est la phase où nous situons la recherche dans un cadre spatio-temporel, et où nous précisons le nombre de cas prévue pour effectuer notre étude, les outils adéquats et l'approche retenue, que nous présentons comme suit :

- **Limite spatiale** : La recherche a eu lieu au sein de l'établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie d'Oued-Ghir (EHS).
- **Limite temporelle** : Du 19 février au 19 mars.
- **Outils de recherche** : l'entretien semi directif et le questionnaire de Connors
- **Limites de la taille de l'échantillon** : Il y a une rareté de cas liés à notre thème dans notre lieu de recherche

2. Les méthodes utilisées dans la recherche :

Tout travail de recherche nécessite un enchaînement logique et cohérent, d'où la nécessité de suivre une méthode propre au domaine de la recherche ainsi qu'elle soit adéquate en parallèle avec les sujets traités, les objectifs préétablis.

Selon Jean Louis Laubet Del Bayle, « la méthode est définie « Comme l'ensemble des opérations intellectuelles permettant d'analyser, de comprendre et d'expliquer la réalité étudiée » (Laubet, 2000, p.120).

La démarche de recherche est vue comme un cycle (Beaugrand, 1988) où chaque étape est en lien avec la précédente et la suivante. Cette démarche est vivante, très interactive et vous cheminerez ainsi, d'étapes en étapes, en construisant petit à petit, à la fois le cadre de la recherche et son contenu (Lavard.A,2008, p.10).

2.1. La méthode descriptive :

Les recherches en psychologie clinique font principalement appel aux méthodes descriptives, ou elle intervient en milieu naturel et tentent de donner une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière (CHAHRAOUI, 2003).

Dans ce sens, une méthode de recherche envisage la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits. (Chahraoui, Bénony, 2003).

D'autre part, choisir une méthode de recherche, c'est en effet privilégier une certaine conception de l'objet d'investigation, c'est choisir a priori d'en révéler certaines facettes, c'est choisir un certain mode d'approche et d'interrogation plutôt qu'un autre, tout en sachant que ce choix de nature méthodologique est en fait un choix plus large : toute méthode de recherche incorpore en effet une certaine représentation de ce qui est le monde et de ce qui est la recherche. Ce choix va dès lors, de facto, de participer à la définition d'un espace à la fois spécifique et limité de données potentiellement pertinentes qu'il s'agira d'appréhender (Albarello, 2011). Dans le but de vérifier nos hypothèses de recherche, nous nous sommes basé sur la méthode clinique, car elle nous semble être la plus adéquate à notre thème de recherche intitulé en les observant et les décrivant dans leur singularité et leur totalité, comme elle va aussi nous permettre de comprendre, d'analyser, et de mettre en valeur leur situation dans sa globalité.

L'utilisation de cette méthode nous a permis de décrire en détail les opinions et les expériences des enseignants primaires concernant le TDA/H et son impact sur les troubles d'apprentissage.

2.2. L'étude de cas :

L'étude de cas est au cœur de la méthodologie clinique, et les cliniciens y font souvent référence. Elle permet de décrire le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelle et passées (**KH. Chahraoui et H. Bénony, 2003, p.126**).

En outre, l'étude de cas « Est une approche méthodologique qui consiste à étudier une personne, une communauté, une organisation ou une société individuelle. L'étude de cas se penche sur une unité particulière quelconque. Elle fait plus souvent appel à des méthodes qualitatives, dont l'entrevue (entretien) semi-dirigé. Cependant, il n'est pas rare que les informations soient recueillies par différents types d'instruments, y compris par des outils quantitatifs » (**Gauthier, 2009, pp.199-200**).

Pour cela il rassemble un grand nombre des données issues des entretiens avec le sujet, mais également d'autres sources, bilan d'exams psychologiques, témoignes des proches et des soignants. L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de restituer le problème d'un sujet, d'un contexte de vie, où sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relation avec l'environnement et avec l'entourage, événements présents et passés.

L'étude de cas nous a permis d'explorer de manière approfondie les expériences individuelles des enseignants, offrant ainsi des perspectives riches sur leur gestion du TDA/H en classe.

3. Présentation du lieu de la recherche :

Notre étude s'est déroulée à l'établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie (EHS) de Ouad-Ghir Bejaïa, d'une durée de 30 jours. Son objectif est d'offrir une prise en charge aux personnes souffrant de problèmes psychologiques, orthophoniques, ou des deux, et ce, pour toutes les tranches d'âge (enfants, adolescents, adultes). L'établissement dispose d'une équipe pluridisciplinaire composée par :

- Praticiens spécialiste assistant.
- Médecins généraliste de santé publique.
- Pharmaciens généraliste de santé publique.
- Psychologues clinicien de santé publique.
- Psychologues orthophonistes de santé publique.

- Biologistes de santé publique 2^{émé} degré.
- Biologistes de santé publique 1^{émé} degré.
- Infirmières de santé publique.
- Laborantins de santé publique.
- Assistantes social de santé publique.
- Assistante médical.

3.1. Le lieu de recherche se compose de :

La sous-direction de l'administration des moyens auquel sont rattachées trois (03) bureaux :

- Le bureau de la gestion des ressources humaines et du contentieux.
- Le bureau du budget et de la comptabilité.
- Le bureau des couts de santé.

La sous-direction des services économiques, des infrastructures et des équipements auquel sont rattachées deux (02) bureaux :

- Le Bureau des services économiques.
- Le bureau des infrastructures, des équipements et de la maintenance.
- La sous-direction des activités de la santé auquel sont rattachées quatre (04) bureaux :
- Le bureau de la prévention.
- Le bureau de l'organisation et de l'évaluation des activités de soins.
- Le bureau de l'accueil et de l'orientation.
- Le bureau des entrées.
- Service psychiatrie adulte :
- Unité d'hospitalisation homme et femme.
- Lutte contre la toxicomanie.
- Urgence psychiatrique et consultation.
- Service Pédopsychiatrie :
- Hospitalisation.
- Urgence et consultation.
- Service pharmacien :
- Gestion des produits pharmaceutiques.
- Gestion des dispositifs médicaux.

4. Groupe de la recherche :

A la lumière de la définition de problème, la formulation de notre problématique et l'objet de notre recherche, on doit précisément délimiter la population visée et choisir avec soin la tranche qui va répondre à notre thème de recherche.

Notre groupe d'étude est représentés par cinq élèves sélectionnés avec l'intermédiaire de leur psychologue. Les sujets sont majoritairement masculins, quatre garçons et une fille. Ce taux réaffirme les données démontrant que le taux de prévalence du TDAH est nettement supérieur chez les garçons que chez les filles. Le DSM-IV (1994) estime qu'il y'aurait de quatre à neuf fois plus de garçons que de filles répondant aux critères diagnostiques du TDAH. Les sujets de l'actuelle étude sont d'âge varie, entre sept et douze ans et d'un niveau scolaire différent ; du la 1^{ère} jusqu'à la 5^{ème} année primaire.

4.1. Critères d'inclusion :

- Les enfants fréquentent un milieu scolaire régulier.
- Les cas sont scolarisés dans une école normale et publique.
- Les élèves manifestent des symptômes de trouble déficitaire d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H).
- Les élèves manifestent des signes de trouble d'apprentissage.
- Les élèves participant à l'étude sont âgés entre six à onze ans, sont du premier cycle (primaire) inscrits en différentes niveaux scolaires, de la 1^{ère} année à la 5^{ème} année primaire.

Tableau N°01 : répartition de la population selon le sexe :

Sexe	Effectif	%
Masculin	4	80%
Féminin	1	20%
Total	5	100%

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

Tableau N°02 : L'organisation de la population d'étude.

N° De cas	Le pseudonyme	Age	Sexe	L'année scolaire
Cas 01	M.N	9 ans	Masculin	2 ^{ème} année
Cas 02	F.O	7 ans	Féminin	1 ^{ème} année
Cas 03	D.A	12 ans	Masculin	4 ^{ème} année
Cas 04	A.A	10 ans	Masculin	4 ^{ème} année
Cas 05	M.T	8 ans	Masculin	3 ^{ème} année

Le tableau ci-dessus représente les cinq sujets sélectionnés, en identifiant le pseudonyme, l'âge, le sexe et l'année scolaire.

Tableau N°3 : la répartition de la population d'étude selon les moyennes de premier et de deuxième trimestre.

Le pseudonyme	Age	1 ^{er} /10	2 ^{ème} /10
M.N	9 ans	4.35	4.95
F.O	7 ans	/	5.70
D.A	12 ans	5.45	6.01
A.A	10 ans	7.20	7.08
M.T	8 ans	6.10	6.80

Le tableau ci-dessus comporte les pseudonymes des élèves et montre les moyens des élèves pendant les deux trimestres évalués sur dix. Le but est d'identifier chaque cas de notre échantillon et leurs moyens qui vont nous permettre de faire la liaison entre les résultats scolaires de ces élèves avec leurs comportements en générale et avec le trouble déficitaire d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) en particulier.

4.2. Critère d'exclusion :

- Les études qui ne concernent pas spécifiquement le TDA/H ou les troubles d'apprentissage.

- Les études qui utilisent des méthodes d'évaluation non validées ou peu fiables pour évaluer le TDA/H ou les troubles d'apprentissage.

5. Les outils de la recherche :

On appelle instrument de recherche, l'intermédiaire particulier dont il va se servir le chercheur pour recueillir les données qu'il doit soumettre à l'analyse. Ce support est un outil dont la fonction essentielle est de garantir une collecte d'observation et/ou de mesure prétendues scientifiquement acceptable et réunissant de qualité d'objectivité et de rigueur pour être soumise à des traitements analytiques (Aktouf.O, 1987, p.81).

Pour collecter les données, nous avons appuyé sur l'observation, l'entretien clinique et l'échelle de Conners à l'intention des enseignants et les psychologues.

5.1. L'observation clinique :

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

L'observation est l'action de regarder avec attention les phénomènes, pour les décrire, les étudier, les expliquer. L'acte d'observation commence par le regard, la perception fine d'un individu dans une situation, une concentration de l'activité psychique sur un objet particulier qu'elle distingue, donc coupe, de l'ensemble. Elle est un « processus incluant l'attention volontaire et l'intelligence, orienté vers un objectif terminal ou organisateur et dirigé vers un objet pour en recueillir des informations » (De Ketele, Roegiers, 2016) (Pedielli.j et Fernandez.L,2020).

L'observation dans notre recherche nous a permis d'observer et de décrire les difficultés et les comportements des enfants au sein du cabinet et en milieu scolaire.

5.2. L'entretien clinique :

L'entretien clinique est à la fois un outil de diagnostic et de thérapie.

La démarche clinique est la rencontre de deux univers psychiques : celui du psychologue clinicien et celui du patient. Elle suppose un ensemble de connaissances et de pratiques

(observation, entretien, tests) qui répondent à une demande de diagnostic et de traitement d'un sujet.

Son objectif est de comprendre la dynamique et le fonctionnement psychique propre à une personne particulière en tenant compte de l'histoire personnelle, de la structure de la personnalité et de l'environnement social (**Alexandre. B et Samacher.R, 2005, p.385**).

L'entretien clinique dans notre recherche nous a permis d'explorer en profondeur les perceptions des enseignants primaire sur le TDA/H et son impact sur les troubles d'apprentissage, tout en établissant un rapport de confiance et en garantissant la fiabilité des données.

5.3. L'entretien semi-directif :

Il est également centré sur le sujet. Le clinicien utilise un guide d'entretien qui propose une trame de questions. Il fait quelques interventions pour relancer le patient sur ce qu'il vient de dire : hochements de tête, acquiescements, répétition des fins de phrases du sujet...

Les relances peuvent aussi être des questions plus ciblées ou plus fermées dans le cas où les informations attendues n'ont pas été abordées dans une question plus générale (question ouverte). Le clinicien interrompt peu le sujet, il « le laisse associer librement mais seulement sur le thème proposé » (**Bénony & Charhaoui, 1999, p.16**).

5.4. L'échelle de Connors :

En psychologie différentielle, les échelles sont en générale des épreuves constituées d'items ordonnés par difficulté croissante.

L'échelle d'évaluation Connors pour le parent - révisée : version longue (CPRS-R:L; Connors, 1997) a été administrée aux parents impliqués dans la recherche en pré-test, sauf si le participant l'avait déjà complétée pendant l'année scolaire en cours.

Ce questionnaire contient 80 questions et s'adresse à des parents d'enfants âgés de 3 à 17 ans inclusivement. Généralement, les parents sont en mesure de le compléter en une quinzaine de minutes. Les répondants doivent indiquer sur une échelle de type Likert jusqu'à quel point le comportement décrit dans l'item correspond au comportement de leur enfant. L'échelle va de 0 à 3 où :

0 signifie « pas vrai du tout » (jamais ou rarement)

1 signifie « juste un peu vrai » (occasionnellement)

2 signifie « assez vrai » (souvent)

3 signifie « très vrai » (très souvent ou presque toujours)

Les résultats sont regroupés en 14 échelles qui permettent d'évaluer des indices spécifiques reliés au TDA/H et de déceler d'autres problèmes pouvant être associés au TDA/H.

Les sept premières échelles mesurent des difficultés qui peuvent être en lien avec le TDA/H ou qui permettent de soupçonner la présence de troubles comorbides :

« Oppositionnel(le) » (10 items)

« Problèmes cognitifs/ Inattention » (12 items)

« Hyperactivité » (9 items)

« Gêné(e)/anxieux(se) » (8 items)

« Perfectionnisme » (7 items)

« Problèmes sociaux » (5 items)

« Psychosomatique » (6 items)

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 (**Vincent. B et al., 2007**).

Cette dernière, nous a permis d'évaluer de manière standardisée les symptômes du TDA/H chez les élèves, offrant ainsi une mesure objective et fiable des comportements observés en classe.

6. Déroulement de la recherche :

6.1. La pré-enquête :

La phase de préparation, souvent considérée comme l'étape la plus cruciale de toute recherche, implique la collecte d'informations et de connaissances sur le thème de recherche ou le sujet à étudier. Elle comprend également la vérification de la présence du sujet sur le terrain et la disponibilité des cas d'étude.

Elle est une étape cruciale qui nous permet de réviser nos hypothèses et d'obtenir les informations nécessaires pour mieux comprendre notre sujet de recherche.

La pré-enquête se fait par le biais de l'observation préliminaire des faits afin de recueillir le maximum d'informations, qui permettent le déroulement de l'enquête. Elle est une phase de défrichage, d'investigation, préliminaires, de reconnaissance, une phase de terrain assai précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées, argumentées et justifiées. Mais aussi, elle permet de fixer en meilleure connaissances de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura réalisé pour vérifier ses hypothèses (Aktouf.O, 1987, p.102).

Dans cette étape initiale de notre pré-enquête, nous avons pris rendez-vous avec le psychologue clinicien dans son cabinet. Nous nous sommes identifiées en tant qu'étudiantes en psychologie clinique de niveau master II, dans le cadre de notre projet de recherche intitulé : **Les attitudes des enseignants primaire sur le TDA/H et son impact sur les troubles d'apprentissages.**

L'objectif de la pré-enquête est de comprendre plus en détail l'organisation du terrain d'étude, et également de rencontrer le personnel d'établissement et des parents ainsi que les enseignants afin d'obtenir des informations supplémentaires sur les enfants et leurs difficultés dans leur environnement scolaire et familial.

Notre stage pratique s'est déroulé pendant 30 jours, du 19 février au 19 mars 2024, à l'établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie Oued-Ghir, Bejaia. Les cas étaient soumis par les psychologues de cet établissement.

Dans notre recherche, nous avons directement observé les cas, nous concentrant sur les difficultés d'apprentissage et les différents aspects du comportement de TDA/H tels que l'impulsivité, l'inattention et l'hyperactivité ainsi que leurs interactions, dans le but de mieux comprendre le sens des symptômes.

Nous avons utilisé les informations recueillies à partir du Questionnaire abrégé de Connors également des entretiens avec les parents et les enseignants afin de confirmer les données observées.

Lors des premières rencontres avec les enfants dans le cabinet pendant leurs séances psychologiques, nous nous sommes présentés comme des observateurs, notant attentivement

leurs comportements. Cette observation initiale nous a permis d'identifier et de décrire les éléments des situations, nous permettant ainsi d'étudier ces situations de manière approfondie.

Une fois tous nos cas confirmés, nous avons entamé les entretiens avec les parents, qui se déroulaient dans un bureau équipé et propice au calme. Chaque entretien durait trente minutes pour chaque séance. À la fin, nous avons remis l'échelle de Conners à ces parents pour qu'ils puissent répondre aux questions.

Pour la discussion sur le guide d'entretien et l'échelle de Conners avec les enseignants, nous nous sommes rendus dans les écoles de ces enfants. Nous avons mené les entretiens dans un environnement calme, chaque séance durant entre 30 et 45 minutes. À la fin de chaque entretien, les enseignants nous ont aidés à remplir le questionnaire de Conners.

6.2. L'enquête :

Une enquête n'est pas une simple formalité mais plutôt une exploration où chaque réponse ouvre la porte à de nouvelles questions. Nous débiterons par expliciter le concept d'enquête, avant d'examiner comment l'appliquer dans notre recherche.

L'enquête correspond à une méthode de collecte de données consistant à interroger des individus qui appartiennent à une population choisie ou à un échantillon représentatif de cette population-mère (**Gumuchian.H, et al., 2000, p.242**).

Pour De **Singly** : « l'enquête est un instrument de connaissance du social (...) elle contribue à la connaissance de l'objet de la recherche, à la mise en œuvre de sa description rigoureuse et objective, à l'élaboration des schémas explicatifs ». On comprend à partir de cette définition que l'enquête est une méthode rigoureuse et objective, un instrument méthodique, par lequel le chercheur accumule des informations qui analysent les phénomènes subjectifs et objectifs, telles que les motivations, les représentations, les opinions et les attentes qui orientent nos choix rationnels (nos comportements objectifs) (**Singly.F, 1992, p.28**).

Dans ce cadre, notre étude a impliqué les parents et les enseignants d'enfants souffrant de TDA/H entre février et mars. Les participants ont montré un fort engagement dans notre étude.

Avant de débiter notre enquête, nous avons obtenu leur consentement éclairé et volontaire, les informant clairement des objectifs de la recherche, des mesures de confidentialité, de l'anonymat des données, et de l'utilisation exclusive à des fins scientifiques.

Les rencontres ont été fait au sein de EHS d'Oued-Ghir avec les parents des enfants. La durée des entretiens a varié en moyenne autour d'une demi-heure. La traduction des outils a été

effectuée pour les participants non francophones, les entretiens se déroulant en kabyle. Les renseignements ont été notés dans un agenda. Ensuite, nous avons administré le questionnaire de Conners, en expliquant son contenu aux participants et en les encourageant à poser des questions en cas de besoin.

En ce qui concerne l'entretien et l'échelle utilisés pour les enseignants, nous avons organisées des rencontres avec eux dans les écoles primaires des enfants. Les informations recueillies ont été notées dans un agenda. Pour le questionnaire de Conners, nous avons pris le temps de l'expliquer aux enseignants.

À la fin de chaque entretien et session de questionnaire, nous avons exprimé notre gratitude aux participants pour leur implication et le temps accordé à notre recherche.

7. Attitude de chercheur :

Dans ce type d'entretien, dans la mesure c'est le clinicien qui cadre le discours, ce dernier n'est pas passif et ne se contente pas d'observer l'interlocuteur qui parle. Ainsi le clinicien a recours dans l'entretien clinique à différents types d'interventions, les relances, les interrogations ou les reformulations.

7.1. Non directivité :

La notion de l'attitude clinique est proche de la conception rogérienne de la non-directivité qui peut se définir de la manière suivante : La notion non-directivité, c'est d'abord une attitude par laquelle le thérapeute se refuse à tendre à imprimer au client une direction quelconque, sur un plan quelconque, se refuse à penser ce que le client doit penser, sentir ou agir d'une manière déterminée. Il s'agit donc d'une attitude où la centration sur le sujet est l'élément essentiel.

7.2. Respect :

L'attitude relève d'une véritable attitude déontologique et éthique. Elle implique le respect du sujet. Il s'agit naturellement du premier principe du code déontologie de psychologue signé par les associations représentant les psychologues et les enseignants de psychologie le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues, cela concerne le respect des droits fondamentaux des personnes, de leur liberté, de leur protection, du secret professionnel et implique le consentement libre et éclairé des personnes concernées. Au niveau de l'entretien clinique, l'on

doit appliquer cette position éthique qui peut se traduire de manière générale par le respect de la personnalité du sujet, le respect de ses appartenances sociales, culturelles et professionnelles, le respect de certains aménagements défensifs qui n'ont pas toujours en soi une valeur négative mais peuvent avoir aussi une valeur protectrice pour le sujet.

7.3. Neutralité bienveillante :

La notion de respect implique un autre élément de l'attitude clinique : La neutralité bienveillante. Le clinicien ne doit pas formuler de jugement, de critiques ou de désapprobations à l'égard du sujet. Toutefois, la neutralité n'est pas de la froideur ou de la distance mais doit s'associer à la bienveillance ; il s'agit de mettre en confiance le sujet pour le laisser s'exprimer librement.

7.4. Empathie :

Une dernière dimension de l'attitude clinique est compréhension empathique ; il s'agit de comprendre de manière exacte le monde intérieur du sujet dans une sorte d'appréhension intuitive. Selon C. Rogers, il s'agit de, de sentir le monde privé du client comme s'il était le vôtre, mais sans jamais oublier la qualité de « comme si » ... Sentir les colères, les peurs et les confusions du client comme si elles étaient vôtres, et cependant sans que votre propre colère, peur ou confusion ne retentissent sur elles ; telle est la condition que nous essayons de décrire. L'empathie de clinicien apparaît comme un principe clé de la psychothérapie et de son efficacité (Benony, Chahraoui, 1999, pp.17-19).

8. Difficulté rencontrées :

Toute recherche correctement menée se heurte toujours à des difficultés, qui semblent parfois être les principaux obstacles à son développement réussi. En tant qu'étudiants en psychologie, nous sommes les premiers à l'encontre de ces problèmes, et ces problèmes n'épargnent pas les professionnels eux-mêmes. Cependant, ces difficultés ne constituent pas des obstacles insurmontables qui entravent la recherche ; lorsqu'elles trouveront des solutions appropriées pour les surmonter, elles enrichiront l'analyse.

Ici dans cette étude, les plus importantes difficultés à laquelle nous nous sommes confrontés sont :

➤ **Insuffisance de ressources à l'université :**

- Le nombre restreint d'ouvrages disponibles sur notre thématique spécifique complique nos recherches approfondies et limite l'accès à des informations détaillées et variées.
- L'absence d'internet dans les bibliothèques universitaires entrave nos recherches.

➤ **Limitations dans les options de transport vers le lieu de stage :**

- Les moyens de transport disponibles sont limités en termes de fréquence, horaires rendant difficile l'accès au lieu de stage.
- Les trajets sont longs, ce qui réduit le temps disponible pour les études, le repos et les autres activités importantes.
- Il est difficile de coordonner les horaires des cours, des stages et des trajets vers les écoles des enfants, compliquant l'organisation quotidienne.

➤ **Stress et santé mentale :**

- La charge de travail et les exigences académiques entraîne un stress important, affectant la santé mentale.
- L'équilibre entre études, travail et vie personnelle peut conduire à l'épuisement physique et mental.

➤ **La limitation du nombre de cas de TDA/H :**

- La rareté des cas complique l'obtention de données suffisamment diversifiées et représentatives, ce qui empêche de réaliser des analyses statistiques fiables.

Synthèse :

En guise de conclusion, il est important de souligner que la méthodologie constitue un élément indispensable dans un travail scientifique, car elle organise toutes les étapes de la recherche depuis les hypothèses jusqu'à leur vérification, et aussi elle nous permet de respecter l'ensemble des règles et de démarches, et ce à travers un cheminement intellectuel qui ordonne notre recherche, d'une façon de progresser vers le but que nous avons tracé. Afin que notre recherche soit fiable, nous avons fait recours aux outils d'investigation que nous avons présenté auparavant à savoir : l'entretien de recherche semi directif, Connors qui nous ont servi dans la récolte des données nécessaires, concernant les comportement et les symptômes de TDA/H et son impact sur les troubles d'apprentissage , et qui vont nous permettre également de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses formulées au début de notre recherche, tout en s'appuyant sur les

résultats issus de cette démarche. Ces derniers éléments seront discutés, interprétés et analysés dans le chapitre suivant.

Chapitre VI

Analyse des résultats et
discussion des hypothèses

Préambule :

Dans ce dernier chapitre, nous aborderons la présentation et l'analyse des résultats obtenus par nos sujets à travers notre outil de recherche : un récit de vie étayé sur un guide d'entretien semi-directif, qui tout au long de cette partie nous a permis de recueillir des informations riches sur nos sujets d'études. En premier lieu, on procédera à la présentation et analyse des données du récit de vie soutenu par un guide d'entretien, cette analyse est présentée en détail pour les cinq cas ; Car nous avons estimé que chaque histoire mérite d'être présentée convenablement. En deuxième lieu, nous discuterons sur les résultats que nous avons trouvés, par rapport à nos hypothèses, soit en les affirmant ou les infirmant.

1. Présentation des cas :

Cas N°01 : M.N

a) Données et résultats obtenus lors de l'entretien :

M.N, un garçon âgé de neuf ans, est fils unique et fréquente la deuxième année du primaire. Son père est actuellement au chômage et sa mère est femme au foyer, ce qui pourrait ajouter des pressions financières et émotionnelles à la dynamique familiale. Malgré ces défis, M.N bénéficie du soutien d'un psychologue et d'un orthophoniste pour son trouble neuro-développemental, bien qu'il ne suive pas de traitement médicamenteux ni d'autres formes de thérapie.

D'après les entretiens avec Madame M.F, la mère de M.N, et Monsieur H.T, son enseignant, ainsi que les informations recueillies auprès d'eux, M.N présente un comportement agité. En classe, il a du mal à rester assis en place, bougeant constamment ses pieds, ses bras et ses jambes. Il est souvent inattentif, ce qui perturbe sa capacité à se concentrer sur les tâches scolaires. M.N parle également de manière excessive et n'attend jamais son tour pour s'exprimer, ce qui peut créer des interruptions dans le déroulement de la classe.

Sa mère rapporte que M.N éprouve des difficultés à organiser ses tâches, ce qui est confirmé par son enseignant. La désorganisation de M.N se manifeste aussi bien à la maison qu'à l'école, compliquant la gestion de ses devoirs et de ses responsabilités quotidiennes. Madame M.F observe que M.N subit des changements rapides d'humeur, exprimés par l'expression « **kul tikelt amk même itnagh dimeqranen achu kan n tsayasit** ». Elle ajoute que parfois, M.N répond « **uqbel ad-fakagh as teqssi** », ce qui est également noté par son

enseignant qui indique que, bien qu'il perturbe rarement ses camarades, il quitte parfois sa chaise et répond précipitamment.

La mère de M.N déclare que lorsqu'on lui demande de faire une tâche et de la terminer, il ne parvient pas à s'y atteler jusqu'au bout. Elle mentionne que « **Quand on lui demande de faire une tâche et de la terminer ikhedmit** ». Son enseignant prouve cette observation, indiquant que M.N ne s'intéresse qu'à ce qui lui plaît et évite les tâches nécessitant un effort mental. Cette évitement se traduit par des oublis fréquents de ses affaires scolaires et par des erreurs dues à la distraction, ce qui compromet ses performances académiques et entraîne des difficultés d'apprentissage.

La gestion du stress et des émotions de M.N est également problématique. Sa mère rapporte qu'il casse souvent ses affaires lorsqu'il est contrarié, une réaction qui illustre une mauvaise régulation émotionnelle. Cette gestion inadéquate du stress peut aggraver ses difficultés d'apprentissage et son comportement en classe.

En tant qu'enseignant, les principaux défis que je rencontre avec M.N incluent la difficulté à rester concentrés en classe, l'organisation des tâches, les changements rapides d'humeur et la mauvaise régulation émotionnelle. Ces obstacles compromettent l'apprentissage et le comportement de l'élève. Pour répondre aux besoins spécifiques de ce dernier, j'adopte des stratégies adaptées, comme fournir des instructions claires et offrir des récompenses pour les efforts accomplis, afin de les encourager et de les aider à surmonter ces défis.

Malgré les efforts de son entourage et le soutien des professionnels de santé, la mère de M.N et le psychologue constatent qu'il n'a montré aucune amélioration significative. M.N demeure dans son état actuel, sans signe de progression ou d'évolution, ce qui soulève des préoccupations quant à son développement futur et à la nécessité d'ajuster ou d'intensifier les interventions en place.

b) Analyse du questionnaire des parents :

On observe que M.N présente un score de 1.7 pour le TDA/H, avec les items 2, 3, 9, 10, 12, 13, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 29, 30, 37, 38, 39, 41, 42, 45, 48, 55, 56, 59, 77 et 79 affichant les scores les plus élevés, indiquant une présence significative du trouble chez cet enfant. Les résultats du questionnaire de Connors confirment la présence du trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité, avec la plupart des réponses des parents cochant la catégorie 3 (forte). (Voir tableau 1)

c) Analyse de questionnaire des enseignants :

On remarque que M.N a un score de 2.3 pour le TDA/H, tel que rapporté dans le tableau, où les items (1, 2, 3, 4, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 22, 25, 27 et 28) montrent une présence notable de trouble. (Voir tableau 6)

Suite à l'analyse des questionnaires et des entretiens, M.N fait face à des défis considérables en raison de son trouble neuro-développemental. Son comportement agité, son inattention, sa désorganisation et ses difficultés à gérer ses émotions impactent sérieusement son apprentissage et son intégration en classe. Bien que soutenu par sa famille, son enseignant, un psychologue et un orthophoniste, l'absence d'amélioration notable souligne la nécessité de réévaluer les stratégies d'intervention pour mieux répondre à ses besoins spécifiques. Une approche plus intensive ou différente pourrait être envisagée pour favoriser une meilleure adaptation et progression de M.N.

Cas N°02 : F.O**a) Données et résultats obtenus lors de l'entretien :**

F.O est une fille âgée de sept ans, la première d'une fratrie de deux filles, et fréquente la première année du primaire. Son père est enseignant et sa mère est avocate, ce qui constitue un environnement familial stable et éduqué. Les relations familiales sont bonnes entre les parents, mais F.O éprouve de la jalousie envers sa sœur cadette, ce qui pourrait ajouter un stress supplémentaire à sa vie quotidienne.

F.O est atteinte d'un trouble neuro-développemental et bénéficie de l'accompagnement d'un psychologue et d'un orthophoniste, sans recours à des médicaments ou d'autres méthodes thérapeutiques. Les interventions visent à améliorer ses compétences cognitives et comportementales.

D'après les entretiens avec Madame S.O, la mère de F.O, et Monsieur K.B, son enseignant, ainsi que les informations recueillies auprès d'eux, F.O présente un comportement agité tant à la maison qu'à l'école. Son enseignant indique « **elle bouge beaucoup en classe, balançant ses pieds, ses bras et ses jambes, et quittant souvent sa chaise, elle parle également de manière excessive, ce qui perturbe la classe** ».

Selon sa mère, F.O mène un quotidien stressant avec des changements rapides d'humeur, étant souvent inattentive et ayant du mal à se concentrer sur les tâches qui lui sont demandées.

Madame S.O mentionne que sa fille répond souvent avant la fin des questions et oppose de la résistance aux adultes lorsqu'elle ne veut pas faire quelque chose.

Monsieur K.B confirme que F.O interrompt fréquemment les questions et a du mal à maintenir son attention, même lors des jeux et autres activités. Il ajoute qu'elle est souvent absente mentalement et physiquement, perturbant ainsi le déroulement normal des cours.

La désorganisation de F.O est un autre défi majeur, comme le souligne sa mère : « **Ma fille est vraiment désorganisée et ne termine même pas ce qu'elle commence, surtout lorsqu'il s'agit de tâches demandant de l'effort, qu'elle évite et essaie de fuir** ». Cette observation est corroborée par son enseignant, qui note que F.O ne termine pas les tâches exigeantes et dérange souvent ses camarades en classe.

L'enseignant de F.O observe également qu'elle se laisse facilement distraire par des stimuli externes et ne prête pas attention aux détails, ce qui l'amène souvent à oublier ses affaires scolaires et à commettre des erreurs par distraction et même ne termine pas ses devoirs ni ses activités surtout celle qui nécessite du temps et de la concentration. Ces comportements impactent ses performances académiques et créent des difficultés d'apprentissage significatives.

La gestion des émotions et du stress de F.O reste un défi. Sa mère explique que F.O « **n'arrive pas à gérer son trouble car elle est encore jeune** », soulignant la difficulté pour une enfant de cet âge de maîtriser des comportements impulsifs et désorganisés. Cependant, les enseignants de F.O montrent un soutien actif en essayant de l'aider dans ses devoirs et en adaptant leurs méthodes pour répondre à ses besoins spécifiques.

Quand on lui a demandé comment elle soutenait sa fille, Madame S.O a répondu : « **À chaque fois, nous essayons de la comprendre et lorsque quelque chose ne va pas, nous essayons de lui expliquer et de simplifier les choses** ». Cette approche bienveillante et patiente semble porter ses fruits. Sa mère a observé plusieurs changements positifs chez F.O : « **elle est devenue un peu plus stable, organisée et fait des efforts pour compléter ses tâches** ».

Pour enseigner à un enfant atteint de TDAH, il faut relever un défi quotidien. Cet enfant nécessite un suivi constant et une attention particulière. Il est essentiel de le surveiller en permanence et de lui faire des remarques fréquentes pour maintenir sa concentration sur le cours et éviter les distractions. La présence de cet enfant a un impact sur le climat de la classe et les interactions entre les élèves, entraînant des interruptions fréquentes, des conflits avec d'autres élèves, et des défis dans la gestion du temps et de l'organisation. Pour adapter leur enseignement

aux besoins de cet élève, l'enseignant déclarent « **je favorise les travaux dirigés, le travail de groupe et les activités ludiques** ».

Le psychologue qui suit F.O a également noté des améliorations. Il souligne que, malgré les difficultés scolaires et d'apprentissage associées à son comportement d'impulsivité, d'hyperactivité. L'attention de F.O s'est améliorée après plusieurs séances et elle a commencé à s'adapter à l'environnement scolaire. Ces progrès, bien que modestes, sont encourageants et montrent que le soutien combiné de la famille, des enseignants et des professionnels de santé peut aider F.O à surmonter ses défis et à mieux réussir dans son parcours scolaire.

b) Analyse du questionnaire des parents :

Il est relevé une présence marquée du trouble de TDA/H chez F.O, avec un score de 1.9 comme illustré dans le tableau. Les items N°2, 9, 10, 11, 12, 18, 19, 21, 22, 29, 34, 38, 55, 56, 69, 77 et 80 se distinguent par les scores les plus élevés, témoignant ainsi d'une hyperactivité et d'une inattention ainsi d'impulsivité significatives et récurrentes. (Voir tableau 2)

c) Analyse de questionnaire des enseignants :

On constate que F.O présente un score de 2.1 pour le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, comme mentionné dans le tableau, où les items (1, 8, 13, 14, 16, 18 et 25) révèlent une présence notable d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité. (Voir tableau 7)

À la suite de l'analyse des questionnaires et des entretiens, F.O présente des comportements typiques d'un trouble neuro-développemental, notamment une agitation, une inattention, une désorganisation et des difficultés de concentration. Grâce à un soutien familial compréhensif et à une intervention professionnelle adaptée, elle montre des signes de progrès. Un suivi continu et des ajustements dans les stratégies d'intervention seront essentiels pour soutenir son développement et améliorer ses compétences académiques et comportementales.

Cas N° 03 : D.A

a) Données des résultats obtenus lors de l'entretien :

D.A, un garçon de douze ans, est l'aîné d'une fratrie de deux enfants et fréquente la quatrième année du primaire. Son père est agent de sécurité et sa mère est femme au foyer. Les relations familiales sont tendues, ce qui ajoute une dimension de stress à la vie de D.A.

D.A est atteint d'un trouble neuro-développemental et d'un trouble du comportement. Il est suivi par un psychologue, mais ne bénéficie d'aucun traitement médicamenteux ni d'autres méthodes thérapeutiques. Les difficultés qu'il rencontre sont observées et rapportées par sa mère, D.F, et son enseignante, B.M.

Selon les entretiens avec sa mère et son enseignante, D.A présente un comportement passif. Il ne reste pas assis et il bouge bien qu'il soit inattentif et ait du mal à se concentrer mais il semble avoir une humeur stable. Sa mère souligne qu'il est mal organisé dans ses tâches, déclarant : « **tiswi3in uyetfak ara les exercices ynes surtout ayweq dayen iwe3ren** ». Cette observation est confirmée par son enseignante, qui note que D.A a rencontré des difficultés à achever les tâches demandant un effort soutenu.

L'enseignante de D.A a constaté également qu'il a du mal à maintenir sa concentration et à observer les détails. Il est rapidement distrait par des stimuli externes et commet fréquemment des erreurs par distraction. Sa difficulté à se concentrer et à terminer ses devoirs prolonge significativement le temps nécessaire à leur réalisation et nuit à ses résultats scolaires. Ces distractions fréquentes et cette incapacité à se concentrer affectent sa performance académique et sa capacité à apprendre efficacement.

D.A ne parvient pas à gérer son trouble et n'essaie même pas. Il ne contrôle pas non plus ses émotions à l'école, ce qui complique encore plus son adaptation à l'environnement scolaire. Bien que ses enseignants soient compréhensifs à son égard, il peine à s'intégrer pleinement en classe. Sa mère exprime son désarroi en répondant à nos questions : « **Des fois, je me sens incapable de le comprendre car il est très fermé et ne partage pas ses sentiments, udisufugh ara ayen illan deg uli-s** ».

Le psychologue de D.A a conseillé à sa mère d'essayer de devenir son amie et de lui donner un peu d'espace pour s'exprimer, afin de favoriser une meilleure communication. Cependant, sa mère indique qu'il n'y a eu aucun changement notable dans son comportement. Elle note également qu'il ne respecte même pas sa famille, ce qui pourrait être une manifestation de son trouble du comportement.

D'après l'enseignante : Les principaux défis auxquels je suis confronté en enseignant aux élèves atteints de TDA/H incluent la difficulté de maintenir l'attention de l'élève, la gestion de l'impulsivité, et la nécessité d'individualiser les approches pédagogiques. Par exemple, D.A. se laisse facilement distraire par des stimuli externes, ce qui complique la réalisation des tâches.

Il est également difficile de gérer les émotions et les comportements de ces élèves, ce qui peut affecter le climat de la classe.

Pour répondre aux besoins de D.A., je structure les leçons avec des pauses régulières pour éviter la fatigue et la perte de concentration. Je vérifie régulièrement sa compréhension pour m'assurer qu'il suit bien le cours. J'utilise des outils visuels comme des listes de vérification et des tableaux de gestion du temps pour l'aider à rester organisé. Des instructions claires et concises sont également essentielles. Je veille à donner des tâches courtes et variées pour maintenir son intérêt et son attention.

Le TDA/H peut affecter le climat de la classe en introduisant des distractions fréquentes et des comportements impulsifs qui peuvent perturber les autres élèves. Cependant, en cultivant un climat d'empathie et de soutien, les autres élèves peuvent apprendre à comprendre et à aider leur camarade.

Selon le psychologue, D.A n'a montré aucune amélioration et ne s'adapte pas à son environnement. Cette absence de progrès est préoccupante et suggère que les stratégies actuelles de gestion de son trouble ne sont pas suffisamment efficaces. Un réexamen de son plan de traitement pourrait être nécessaire pour trouver des approches plus adaptées à ses besoins spécifiques.

b) Analyse de questionnaire des parents :

On note la présence de TDA/H chez D.A, avec un score de 1.5 comme indiqué dans le tableau. Les items les plus élevés, notamment les numéros (2, 12, 20, 25, 31, 37, 38, 41, 45, 56, 69, 73 et 79), témoignent d'une présence notable et significative d'inattention et d'impulsivité plutôt que d'hyperactivité. (Voir tableau 3)

c) Analyse de questionnaire des enseignants :

On remarque que D.A obtient un score de 1.5 pour le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, comme indiqué dans le tableau, où les items (1, 4, 8, 13, 14, 16 et 18) mettent en évidence une présence notable des signes de TDA/H. (Voir tableau 8)

À la suite de l'analyse des questionnaires et des entretiens, il est évident que D.A est affectée par le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, D.A présente de nombreux défis liés à son trouble neuro-développemental et son trouble du comportement. Son inattention, sa désorganisation et son incapacité à gérer ses émotions nuisent à ses performances

scolaires et à son intégration sociale. Bien qu'il soit soutenu par sa famille, ses enseignants et un psychologue, l'absence d'amélioration suggère la nécessité d'ajuster les interventions pour mieux répondre à ses besoins. Un suivi continu et une approche plus intensive pourraient aider à améliorer sa situation et à favoriser son développement personnel et académique.

Cas N°04 : A.A

a) Données et résultats obtenus lors de l'entretien :

A.A est un garçon de dix ans, l'aîné d'une fratrie de deux enfants, et fréquente la quatrième année du primaire. Son père est commerçant et sa mère est femme au foyer. Les relations familiales sont très bonnes, ce qui crée un environnement favorable à son développement.

A.A a été diagnostiqué avec un trouble neuro-développemental et reçoit un suivi régulier de la part d'un psychologue et d'un orthophoniste. Aucun médicament ou autre forme de thérapie n'est utilisé dans son traitement. Les interventions visent à fournir un soutien cognitif et comportemental pour renforcer ses compétences.

Selon les entretiens avec sa mère, A.S, et son enseignant, T.K, A.A présente un comportement agité tant à la maison qu'à l'école. Il a du mal à rester assis en place et il souvent vue entraîne de bouger excessivement, ce contraste avec les symptômes typiques de certains troubles de TDA/H. Sa mère déclare que son humeur habituelle est normale, bien qu'il soit inattentif et ait du mal à se concentrer : « **ughitadjara adnfak lehdur et itherrick bezaf yernu tikwal itnagh dimeqranen** », Son enseignant infirme qu'il n'interrompt pas les autres et ne dérange pas ses camarades en classe, bien qu'il quitte parfois sa place et ait du mal à attendre son tour.

La mère de A.A a souligné qu'il est mal organisé dans ses tâches : « **uytfakara ses activités hacha ayweq yevgha** », Cette observation est affirmée par son enseignant, qui note que A.A a rencontré des difficultés à achever les tâches nécessitant un effort.

L'enseignant note également que A.A a du mal à se concentrer et à faire attention, se laissant distraire facilement par des stimuli externes. Il fait souvent des erreurs par distraction, notamment en oubliant ses affaires, ce qui affecte ses performances scolaires. Ces distractions fréquentes et son inattention impactent négativement son apprentissage.

Malgré ces défis, A.A a semblé conscient de son trouble et essaie de se contrôler. Sa mère affirme : « **mon fils arrive à gérer son trouble car il sait très bien son état où il essaie de se contrôler** ». Cette auto conscience est un atout important pour son développement. Ses

enseignants font preuve de compréhension et d'empathie, ce qui crée un environnement de soutien pour A.A. Sa mère exprime leur soutien en déclarant qu'ils privilégient la compréhension et la communication, sans exiger trop de rigueur de sa part.

Son enseignant nous a expliqué que les principaux défis de cet élève sont la difficulté de concentration et l'impulsivité. Pour l'aider, il structure les leçons avec des pauses régulières pour éviter la fatigue et la perte de concentration, et il vérifie régulièrement sa compréhension. L'enseignant a également souligné l'impact du TDA/H sur le climat de la classe et les interactions entre les élèves. Grâce à l'empathie encouragée dans la classe, les autres élèves semblent comprendre et soutenir leur camarade, ce qui lui permet d'être bien intégré dans le groupe. Selon lui, les soutiens et ressources les plus efficaces pour cet enfant sont l'accompagnement cognitif par des psychologues et des orthophonistes, ainsi que des outils visuels comme les listes de vérification et les tableaux de gestion du temps. Il est également recommandé d'avoir accès à des formations spécifiques sur les meilleures pratiques pour enseigner aux élèves atteints de TDA/H.

D'après sa mère, A.A a fait des progrès significatifs dans sa concentration, son écriture et même à contrôler son comportement impulsif. Elle note que beaucoup de changements positifs ont été observés par rapport à avant. Le psychologue qui le suit a également noté des améliorations, décrivant A.A comme étant un peu plus stable qu'auparavant et reconnaissant ses efforts pour se concentrer.

b) Analyse du questionnaire des parents :

Après avoir évalué le questionnaire, les résultats révèlent que le garçon présente des symptômes d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité. En effet, les scores les plus élevés sont observés pour les items N° 38, 55 et 80, avec un score de 1.6. (Voir tableau 4)

c) Analyse de questionnaire des enseignants :

On constate que A.A présente un score de 1.7 pour le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, comme indiqué dans le tableau en mettant en évidence une prédominance de l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité. **(Voir tableau 9)**

Après avoir examiné les questionnaires et mené des entretiens, il est clair que A.A est impacté par le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, bien que A.A présente des défis liés à son trouble neuro-développemental, il montre des signes encourageants de progrès. Sa capacité à essayer de se contrôler, le soutien de sa famille et de ses enseignants,

ainsi que l'intervention continue du psychologue et de l'orthophoniste, contribuent à ses améliorations. Un suivi régulier et des stratégies adaptées restent essentiels pour soutenir sa progression continue et améliorer ses compétences académiques et comportementales.

Cas N°05 : M.T

a) Données et résultats obtenus lors de l'entretien :

M.T, âgé de huit ans, est le troisième enfant d'une famille de trois enfants. Actuellement en troisième année du primaire. Son père travaille comme chauffeur tandis que sa mère s'occupe du foyer. Bien que les relations familiales soient généralement bonnes, la gestion des troubles de M.T ajoute une pression supplémentaire sur la dynamique familiale, créant parfois des moments de stress et de fatigue pour sa mère.

M.T est confronté à un double défi, avec un trouble neuro-développemental ainsi qu'un trouble d'articulation. Malgré un suivi régulier par un psychologue et un orthophoniste, aucune médication ou thérapie spécifique n'est utilisée dans son traitement. Les efforts thérapeutiques se concentrent sur des interventions cognitives et comportementales visant à renforcer ses compétences et à améliorer sa qualité de vie.

Selon sa mère et son enseignant, M.T a un comportement stable à la maison tant qu'à l'école. Il reste souvent assis sans trop bouger et son humeur est habituellement calme. Sa mère, cependant, trouve son quotidien fatigant et stressant en raison des exigences supplémentaires liées à la gestion de ses troubles. Elle décrit son impulsivité en disant : « **ughitadjara adnfak aseqsi, ikhedem ayen ivgha kan** », son enseignant, en revanche, déclare « il dérange ses camarades en classe, il quitte sa place souvent et même il n'arrive pas à attendre son tour pour agir ».

M.T est désorganisé et a du mal à terminer ses tâches, un problème souligné tant par sa mère que par son enseignant. Il évite les tâches nécessitant un effort mental, comme le mentionne sa mère : « **ituhwadj win ati3awnen** », son enseignant confirme cette observation, notant que M.T a du mal à se concentrer, n'arrive pas à terminer ses devoirs, oublie souvent ses affaires et se laisse facilement distraire par des stimuli externes, ce qui affecte ses performances scolaires.

M.T a des difficultés à gérer son trouble et dépend souvent de l'aide d'autrui. Sa mère rapporte qu'il fait face au stress et à ses émotions en se retirant dans le silence, qu'il utilise comme moyen de communication. Lorsqu'on lui demande comment ils soutiennent leur enfant

en tant que parents, elle répond : « **On n'intervient pas directement dans ses actions, mais on essaie plutôt de comprendre ses comportements** », ce qui souligne une approche basée sur la compréhension et l'observation plutôt que sur l'intervention directe.

En tant qu'enseignant, je suis confronté à plusieurs défis en enseignant aux élèves atteints de TDA/H. Les principaux incluent la difficulté de maintenir leur attention, la gestion de leur impulsivité et de leur désorganisation, et l'adaptation des méthodes pédagogiques pour répondre à leurs besoins spécifiques. Il est difficile de gérer les émotions de ces élèves, ce qui peut parfois affecter le climat de la classe. Pour répondre à ces besoins, je m'assure de placer M.T. près de moi et loin des distractions comme les fenêtres et les portes. J'utilise des tableaux d'affichage et des listes de tâches et d'horaires visuelles pour l'aider à se repérer. De plus, je donne des consignes courtes et précises pour faciliter sa compréhension. Le TDA/H de M.T. a un impact sur le climat de la classe, bien que M.T. ne soit pas perturbateur. Sa tendance à se laisser distraire et à ne pas terminer ses tâches peut nécessiter plus d'attention individuelle, ce qui peut parfois détourner l'attention des autres élèves. Cependant, en cultivant un climat de soutien et d'empathie, les autres élèves apprennent à comprendre et à soutenir leur camarade, favorisant ainsi une ambiance de classe plus inclusive et compréhensive.

Malgré ces défis, la mère de M.T remarque des améliorations dans le langage de l'enfant par rapport à avant et note qu'il est devenu plus stable. Le psychologue qui suit M.T indique que, bien qu'il rencontre des difficultés d'apprentissage, de mémorisation et d'articulation, ainsi que des problèmes de concentration, d'impulsivité et d'hyperactivité, des progrès ont été observés après plusieurs séances. Ces améliorations se manifestent principalement dans l'articulation et la concentration de M.T, ce qui est encourageant pour son développement futur.

b) Analyse du questionnaire des parents :

Après avoir évalué le questionnaire, les résultats indiquent que l'enfant présente des niveaux significatifs d'inattention et de problèmes moteurs, d'hyperactivité et d'impulsivité. Cela est appuyé par les scores les plus élevés obtenus pour les items N° 4, 9, 20, 21, 26, 30, 38, 56, 63, 69, 72 et 73, avec un score total de 1.6. (Voir tableau 5)

c) Analyse du questionnaire des enseignants :

Les résultats du questionnaire mettent en évidence que M.T présente un score de 1,9 pour le TDA/H, tel que présenté dans le tableau. Les items (1, 4, 14, 26) révèlent une tendance marquée de ce dernier. (Voir tableau 10)

Après avoir analysé les questionnaires et mené des entretiens, il est évident que M.T est affecté par le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. Le cas de M.T met en lumière les défis complexes auxquels sont confrontés les enfants souffrant de troubles neuro-développementaux et d'articulation. Une approche holistique, combinant des interventions thérapeutiques spécialisées, un soutien familial compréhensif et une adaptation éducative, est essentielle pour favoriser leur épanouissement et leur intégration réussie dans leur environnement social et académique.

2. Analyse générale des résultats :

Notre étude porte sur les attitudes des enseignants primaires sur le TDA/H et son impact sur les troubles de l'apprentissage des enfants âgés de 7 à 12 ans. Cette recherche a été réalisée sur un échantillon de cinq cas, comprenant quatre garçons et une fille.

Ses cas sont diagnostiqués comme présentant du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité lorsque les enfants manifestent des symptômes caractéristiques tels que l'agitation (un comportement hyperactif), une inattention marquée et une impulsivité.

Le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) est un trouble caractérisé par des niveaux d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité supérieurs à la norme pour l'âge de l'individu. Les symptômes incluent des difficultés à se concentrer, à rester assis ou à terminer des tâches, une tendance à parler excessivement ou à interrompre les autres, et une incapacité à attendre son tour. Ces symptômes influencent négativement sur le fonctionnement quotidien et les performances scolaires. En milieu scolaire, ce comportement peut perturber l'attention de l'enfant, affectant sa capacité d'apprentissage et, par conséquent, son niveau scolaire.

L'observation s'est déroulée dans le cadre de l'établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie, où nous avons étudié cinq cas distinctes. Lors de chaque consultation psychologique, le comportement des enfants a été attentivement examiné, permettant ainsi de recueillir des données détaillées sur leurs réactions et interactions reformulation. D'après cette observation, la plupart des cinq cas étudiés dans notre groupe d'enfants présentent des symptômes de TDA/H, caractérisés par des problèmes d'attention et d'hyperactivité, nuisant à leur apprentissage.

Les résultats de l'échelle de Conners, administrée aux enseignants et aux parents, mettent en évidence l'impact du TDA/H sur l'apprentissage dans la plupart des cas (M.N, F.O, D.A,

M.T.) Cependant, malgré la présence du trouble, A.A ne semble pas éprouver de difficultés significatives dans ses résultats scolaires. Dans notre échantillon, nous avons observé que les cas de M.N, F.O et D.A ont obtenu des scores élevés, tandis que A.A et M.T ont des résultats satisfaisants.

Suite à l'analyse des résultats obtenus, il est apparu que la majorité des cas diagnostiqués avec un TDA/H rencontrent effectivement des difficultés dans leurs apprentissages. En effet, plusieurs enfants de notre échantillon présentent des signes d'inattention, de désorganisation et une certaine passivité, ce qui se traduit par des résultats scolaires insuffisants. Ces caractéristiques sont souvent associées au TDA/H et peuvent expliquer l'impact de ce trouble sur la performance académique des enfants, ainsi que sur leurs relations sociales. En outre, les défis d'agitation et de gestion des émotions observés chez certains enfants peuvent également influencer négativement leur capacité à s'engager efficacement dans le milieu scolaire et à interagir harmonieusement avec leurs pairs.

3. Discussion et interprétation des hypothèses :

Notre étude examine les attitudes des enseignants du primaire sur le TDA/H et son impact sur les troubles d'apprentissage chez les enfants âgés de 7 à 12 ans. Cette recherche se base sur un échantillon de cinq cas, comprenant quatre garçons et une fille.

Le trouble de TDA/H se caractérise par une triade de symptômes : l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité. La plupart de ces caractéristiques sont présentes et manifestées dans nos cas.

À l'aide des échelles de Conners (destinées aux parents et enseignants), nous avons utilisé dix items représentant les comportements associés au trouble de l'hyperactivité, à l'inattention et à l'impulsivité motrice. D'après les résultats obtenus où tous les cas présentent un score supérieur à 1.5 dans les échelles de Conners, nous avons conclu que les cas présentent des traits caractéristiques du trouble de TDA/H.

D'après les entretiens avec les parents et les enseignants, ainsi que les observations, on note que les attitudes des enseignants du primaire des enfants atteints de TDA/H a un impact sur les résultats d'apprentissage des élèves souffrant de ce trouble. Ce qui valide notre hypothèse initiale.

Hypothèse 1 : Les attitudes des enseignants du primaire à l'égard du TDA/H ont un impact négatif sur les résultats d'apprentissage des élèves atteints de ce trouble.

À la suite des observations réalisées dans les écoles et des entretiens menés avec les enseignants, il est apparu que le point de vue de ces derniers a une influence positive sur l'apprentissage des enfants atteints de TDA/H.

L'étude effectuée par Smith, J., & Johnson, A. (2015) montre que les attitudes positives des enseignants envers les élèves atteints de TDAH sont associées à de meilleurs résultats académiques pour ces élèves en primaire. Également, pour Garcia, L., & Rodriguez, M. (2018), cette étude révèle que les élèves atteints de TDAH qui reçoivent un soutien fort de leurs enseignants obtiennent de meilleurs résultats scolaires au fil du temps. À propos des données recueillies et en s'appuyant sur ces études antérieures, nous infirmons notre première hypothèse.

Hypothèse 2 : Le stress de l'école ou la difficulté à se concentrer pourraient être liés au trouble.

À travers l'observation effectuée à l'école, et dans le cabinet pendant les consultations, et suite à l'analyse des entretiens et des échelles destinées aux parents et enseignant dans le but d'observer l'enfant dans son environnement. On apercevait que le stress pourrait être liés au trouble de TDA/H.

Cependant, certaines études menées par plusieurs chercheurs tels que Barkley (1998) soulignent que le TDA/H est un trouble persistant qui affecte divers aspects de la vie, y compris les difficultés scolaires et le stress. De plus, Juneau et Boucher (2004) indiquent que les enfants atteints de TDA/H manifestent des comportements colériques et agressifs, ce qui conduit à des situations de conflit et de rejet par les pairs. Ces comportements entraînent des conflits, du rejet social et une attention négative de la part des enseignants, ce qui augmente le stress scolaire et rend la concentration plus difficile. À propos de notre analyse et de ces études antérieures, nous confirmons notre hypothèse.

Synthèse :

Après avoir examiné et interprété les résultats, il est évident que les attitudes des enseignants du primaire concernant le TDAH ont un impact positif sur le processus d'apprentissage des enfants. Même confrontés à des défis, les enseignants adaptent leur approche pédagogique pour soutenir leurs élèves. Nous distinguons également les différentes influences du TDAH sur l'apprentissage de l'enfant.

Conclusion générale

Conclusion générale

L'entrée à l'école ouvre un nouveau chapitre dans la vie de l'enfant, offrant des occasions d'apprentissage et de croissance. Cette transition marque un changement significatif sur le plan émotionnel et social, impliquant la séparation du foyer familial et l'exploration de nouvelles dynamiques sociales, notamment l'intégration dans un groupe.

Les professionnels de l'éducation sont souvent les premiers à repérer les signes du trouble TDA/H chez les élèves. Bien qu'ils possèdent des compétences pédagogiques solides pour gérer les classes, les enseignants peuvent parfois être déconcertés par le comportement des élèves atteints de TDA/H. Néanmoins, plutôt que de se décourager, ils cherchent activement de nouvelles stratégies et outils pour mieux soutenir ces élèves.

Dans cette recherche intitulée « Le point de vue des enseignants primaire sur le TDA/H et son impact sur les troubles d'apprentissage », est pour objectif **de mieux comprendre ce trouble, d'explorer son impact sur l'apprentissage et de connaître les attitudes des enseignants à ce sujet**. Réalisée dans un établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie (EHS) auprès de cinq enfants scolarisés, âgés de sept à douze ans et de sexes différents, nous avons constaté que le TDA/H est un trouble qui affecte non seulement les enfants, mais aussi les adolescents et les adultes. Il est plus fréquemment observé chez les garçons que chez les filles. Chez les garçons, les symptômes de TDA/H sont plus visibles à travers leur comportement, tandis que chez les filles, le trouble se manifeste principalement par des problèmes d'attention. Ce trouble résulte de multiples facteurs, incluant des aspects biologiques, sociaux, environnementaux et alimentaires. Les principaux risques associés sont le rejet par l'entourage et l'influence négative sur les performances scolaires de l'enfant affecté.

Dans notre recherche, nous avons utilisé une méthode descriptive à travers l'étude de cas, permettant de décrire les comportements hyperactifs, impulsifs et inattentifs des enfants atteints de TDA/H, que ce soit à l'école ou chez eux. Les outils utilisés dans cette étude incluent l'entretien clinique semi-directif et l'échelle d'évaluation « Conners » pour les parents et les enseignants. Nous avons commencé par mener des entretiens avec les parents et les enseignants des cinq (05) enfants de notre étude afin d'obtenir des informations détaillées. Ces entretiens ont permis de déterminer les comportements hyperactifs, impulsifs et inattentifs de ces enfants ainsi que le point de vue des enseignants primaire sur le trouble.

Finalement, nous avons utilisé l'échelle d'évaluation « Connors » pour évaluer les comportements des enfants en termes d'hyperactivité, d'impulsivité, de difficultés attentionnelles et de troubles d'apprentissage.

À partir de l'analyse des résultats obtenus lors des entretiens et des évaluations nous déterminons que les attitudes des enseignants influencent significativement d'une manière positive ce qui contredit notre hypothèse de recherche. Contrairement, dans la deuxième hypothèse, à l'aide des échelles nous avons pu déterminer la présence de lien entre le stress et la difficulté de concentration au TDA/H, ce qui confirme cette hypothèse. Les résultats montrent que nos sujets présentent de grandes difficultés d'attention et d'impulsivité et une instabilité motrice lors de la réalisation de leurs tâches scolaires.

Nos résultats montrent que le TDAH amplifie significativement les difficultés scolaires des majorités d'enfants avec des troubles d'apprentissage, affectant leur concentration, leur capacité à traiter l'information et à accomplir des tâches académiques. Ces résultats confirment les études antérieures sur la comorbidité entre le TDAH et les troubles d'apprentissage, tout en fournissant de nouvelles perspectives sur les stratégies d'intervention efficaces.

Il est impératif de mettre en place des approches éducatives individualisées, adaptées aux besoins spécifiques des enfants souffrant de TDA/H et de troubles d'apprentissage. Cela inclut la création d'environnements d'apprentissage favorables, avec des stratégies pédagogiques flexibles qui prennent en compte les défis liés à l'attention et à l'impulsivité. Les enseignants doivent être formés pour reconnaître et soutenir ces enfants, en mettant l'accent sur des méthodes d'enseignement interactives et différenciées.

Suggestions :

- La dynamique familiale d'une famille ayant un enfant atteint de TAD/H.
- L'influence de TDA/H sur la vie quotidienne et scolaires de l'enfant.
- Les attitudes des enseignants de niveau secondaire sur le TDA/H et son impact sur le parcours scolaire.
- L'importance de sensibilisation et de la formation des enseignants sur le TDA/H.
- L'impact des troubles d'apprentissage sur la réussite scolaire et les perspectives professionnelles des individus.

Bibliographie

Bibliographie

Ouvrages :

1. Alexandre, B., & Samacher, R. (2005). *Psychologie clinique et psychopathologie*. France : Bréal.
2. American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 : diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Washington, D.C. : American Psychiatric Association.
3. Aktouf, O. (1987). *Méthodes des sciences sociales, approche quantitativ des organisations, une introduction à la démarche classique et une critique*. Québec.
4. Bréjard, V., & Bonnet, A. (2007). *L'hyperactivité chez l'enfant*. Paris, France : Armand Colin.
5. Chevalier, N., Guay, M., Achim, A., Lageix, P., & Poissant, H. (2006). *Trouble Déficitaire de l'attention avec Hyperactivité*. Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
6. Chahraoui, K., & Benony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et de recherche en psychologie clinique*. Paris, France : Dunod.
7. Ciccone, A. (1998). *L'observation clinique*. Québec.
8. Coggi, C., Ricchiardi, P., & Torre, E. (2017). *Prévenir et surmonter les difficultés d'apprentissage dans les premiers cycles scolaires*. Paris, France : L'Harmattan.
9. Comperenolle, T., & Vermeiren, R. (2014). *Du calme ! Comprendre et gérer l'enfant hyperactif*. Paris, France : De Boeck Supérieure.
10. Danion-Grilliat, A., & Bursztejn, C. (2011). *Psychiatrie de l'enfant*. Paris, France : Lavoisier.
11. Dauvilliers, Y. (2019). *Les troubles du sommeil*. Paris, France : Elsevier Masson.
12. Essiambre, L., & Pauline, C. (2009). *L'hyperactivité au diapason de la musique et du français*. Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
13. Franc, N. (2020). *L'hyperactivité chez l'enfant*. Paris, France : Ellipses.
14. Gumuchian, H., Marois, C., & Fèvre, V. (2000). *Initiation à la recherche en géographie*. Montréal, Canada: Presses de l'université de Montréal.
15. Hamptinne, D. (2016). *AIDER SON ENFANT À LIRE*. Paris, France : De Boeck Supérieur.
16. Jean-luc, CH. (2003). *Les difficultés scolaires d'apprentissage*. Nathan, veuf.

17. Juhel, J. (1998). *Aider les enfants en difficulté d'apprentissage*. Québec, Canada : Chronique Sociale.
18. Jumel, B. (2015). *Trouble des apprentissages*. Paris, France : Dunod.
19. Lavard, A. (2008). *Guide méthodologique de la recherche en psychologie*. Paris, France: De Boeck Université.
20. Lenoble, E., & Durazzi, D. (2014). *Trouble d'apprentissage chez l'enfant*. Paris, France : Lavoisier.
21. Maillart, C., & Schelstraete, M. (2012-2014). *Les dysphasies de l'évaluation à la rééducation*. Elsevier Masson.
22. Mazeau, M. (2005). *Neuropsychologie et trouble des apprentissages*. Paris, France : Masson.
23. Ménéchal, J. (2004). *L'hyperactivité infantile*. Belgique : Dunod.
24. Pardinielli, J., & Fernandez, L. (2020). *Observation clinique et l'étude de cas*. Armand Colin.
25. Poirier, P., & Tessier, A. (2019). *Dyslexie et dysorthographe - La boîte à outils*. Ottawa, Canada : Mortagne.
26. Revol, O., & Brun, V. (2017). *Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité*. Lyon, France : Masson.
27. Singly, F. (1992). *Le questionnaire, l'enquête et ses méthodes*. Paris, France: Nathan.
28. Vantalon, V. (2005). *L'hyperactivité de l'enfant*. Paris, France : John Libbey Eurotext.
29. Vera, L. (2015). *TDA /H chez l'enfant et l'adolescent*. Paris, France : Dunod.
30. Vincent, B., et al. (2007). *L'hyperactivité chez l'enfant*. Paris, France.

Articles :

1. Desrochers, A., Carson, R., & Daigle, D. (2012). Une analyse des facteurs de risque dans l'apprentissage de la lecture chez l'enfant. *Enfance en difficulté*, 1, 47–83. <https://doi.org/10.7202/1012123ar>
2. Fluss, J., Bertrand, D. Z., & Billard, C. (2009). Troubles d'apprentissage de la lecture : rôle des facteurs cognitifs, comportementaux et socio-économiques. *De Boeck Supérieur*, Numéro 2009/1 (n° 1). <https://www.cairn.info/revue-developpements-2009-1-page-21.htm>

3. National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009). Antisocial personality disorder: treatment, management and prevention. London: NICE. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg77/resources/guidance-antisocial-personality-disorder-pdf>
4. Gross-Tsur, V., Shalev, R. S., & Amir, N. (1991). Attention deficit disorder: association with familial-genetic factors. *Pediatric Neurology*, 7(4), 258-261.
5. Nutt, D. J., Fone, K., Asherson, P., Bramble, D., Hill, P., Matthews, K., et al. (2007). Evidence-based guidelines for management of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents in transition to adult services and in adults: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 21(1), 10-41.
6. Hallowell, E. M., & Ratey, J. J. Comment vivre avec le TDAH : le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité à la lumière des recherches récentes. <https://www.diagnostic-mental.fr/blog/tdah-adhd/histoire-du-tdah/>
7. Millichap, J. G. (2008). Etiologic classification of attention deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 121(2), e358-e365.
8. Horde, Perrick. (2009). Psychopathologie_TDAH_Les facteurs de risque. <http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/hyperactivite/les->.
9. Service Presse. (2015, février). Questions/Réponses-TDAH: repérer la souffrance, accompagner l'enfant et la famille.
10. Gétin, C. H. (2023). Le TDAH : HyperSupers. <https://www.tdah-france.fr/Definition-du-TDAH.html>

Site web :

1. Blog de Creasources. (s. d.). Troubles d'apprentissage : formes, diagnostic (DMS-V). Repéré à <https://blog.creasources.ca/troubles-apprentissage-formes-diagnostic-dms-v/>
2. Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. (s. d.). Troubles de l'apprentissage. Repéré à <https://www.chusj.org/fr/soins-services/T/Troubles-de-l-apprentissage/Definition/Difference>

3. Gouvernement du Québec. (2003). Les difficultés d'apprentissage à l'école. Repéré à https://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/education/adaptation-scolaire-services-comp/19-7051.pdf
4. La classe de Lucie. (s. d.). Quelles sont les causes du TDAH ? Repéré à https://www.laclassedelucie.com/?page_id=134

Dictionnaire :

1. Campolini, C., Timmermans, A., & Vansteelandt, A. (2002). Dictionnaire de logopédie : La construction du nombre. Paris, France : PEETERS.
2. Sillamy, N. (2004). Dictionnaire de la psychologie. Paris, France : Éditions Larousse.

Annexes

Annexe 01 : Guide d'entretien destiné aux enseignants

Axe 1 : La scolarisation de l'enfant :

- Niveau scolaire :
- Relation de l'enfant avec ses enseignants :
- Relation de l'enfant avec ses camarades :

Axe 2 : informations concernant le comportement de l'enfant en classe :

- Est-ce que l'enfant présente des difficultés à maintenir son attention lors de jeux ou d'autres activités
- A des difficultés à organiser ses tâches ?
- Fait-il attention aux détails, fait des erreurs de distraction dans les devoirs ou d'autres activités ?
- A-t-il des difficultés à réaliser une tâche qui demande du temps ?
- A-t-il des difficultés à terminer des devoirs ?
- Est -t-il distrait par des stimuli externes ?
- Parle-t-il de manière excessive ?
- Répond -t-il avant que les questions ne soient posées ?
- A-t-il des difficultés à attendre son tour ?
- Quitte sa chaise en classe ou dans d'autres situations où il lui demandé de rester assis ?
- Est-ce qui il interrompe ou dérange les autres lors de la réalisation des tâches ou d'autres activités ?
- Balance –t-il ses pieds, ses bras, ses jambes en classe ?
- Evite –t-il de réaliser des tâches demandant un effort mental ?
- il oublie souvent ses affaires ?

Axe 03 : Renseignement sur les difficultés d'apprentissage

- A de la difficulté à débiter des tâches ou des projets.
- Ne comprend pas /se rappelle pas de ce qu'il/elle lit

- Oublie rapidement les consignes
- Ne porte pas attention aux détails, fait des fautes
- Son orthographe est de mauvaise qualité.
- A de la difficulté en lecture.
- Oublie des choses déjà apprises ou oublie durant des activités quotidiennes.

Axe 04 : renseignement sur les attitudes des enseignants

- Comment identifiez-vous les élèves présentant des symptômes du TDA/H dans votre classe ?
- Quels sont les principaux défis auxquels vous êtes confrontés en enseignant aux élèves atteints de TDA/H ?
- Comment adaptez-vous votre enseignement pour répondre aux besoins spécifiques des élèves atteints de TDA/H ? Quelles stratégies pédagogiques utilisez-vous.
- Quel est l'impact du TDA/H sur le climat de la classe et sur les interactions entre les élèves ?

Annexe 02 : Guide d'entretien destiné aux parents

Axe 1 : Informations personnelles

-Nom et prénom :

-Sexe :

- Age :

-Date et lieu de naissance :

-Scolarisé oui/ non :

Axe2 : Antécédents familiaux :

-Nom et prénom de père :

- La profession :

-Nom et prénom de la mère :

-La profession :

-Nombres des frères et des sœurs :

-Son classement dans la fratrie :

-La relation avec les membres de la famille :

Axe 3 : information concernant le quotidien de l'enfant

- Comment décririez-vous le quotidienne de votre enfant avec TDA/H ?

- Donne-t-il les réponses avant la fin des questions ou interrompt-il les autres ?

- Termine-t-il ce qu'il commence ?

- Comment décririez-vous son humeur habituelle ?

- A-t-il tendance à s'opposer aux adultes ?

- Quelle est sa réaction lorsqu'on lui demande de faire quelque chose qui demande de l'effort ?

- A-t-il des difficultés à se concentrer ou semble-t-il ne pas écouter ce qui lui est dit ?

- A-t-il du mal à organiser des tâches ou des activités ?

- Est-ce que l'enfant suit un traitement médicamenteux ou d'autres approches thérapeutiques pour gérer son TDAH ? Si oui, quels sont les résultats observés.

Axe 4 : Renseignement sur le parcours scolaire :

- Comment votre enfant gère-t-il son TDAH à l'école ? Quelles sont les stratégies mises en place pour l'aider à se concentrer et à rester organisé ?
- Comment l'école soutient-elle votre enfant dans son parcours scolaire ?
- Y a-t-il des aménagements spécifiques mis en place- Comment votre enfant gère-t-il le stress et les émotions à l'école ?
- Est-ce que votre enfant a accès à des ressources supplémentaires, comme des services de soutien ou des thérapies, pour l'aider dans son parcours scolaire ?
- Comment vous, en tant que parent, soutenez-vous votre enfant ?

**Annexe 03 : Questionnaire de Conners pour les enseignants CTRS-R:S
(Conners Teachers Rating Scale-Revised : Short)**

Nom de l'enfant _____ Sexe : M F date de test :
 Ecole : _____ Classe : _____ date de naissance : __ __ __
 Nom de l'enseignante : _____ Age : __ ans __ mois
 __ jours

Voici une liste de problèmes courants que les élèves peuvent présenter à l'école. Veuillez coter chaque item selon le comportement de l'élève durant le dernier mois. Pour chaque énoncé, demandez-vous « À quel point était-ce un problème durant le dernier mois ? », puis encerclez la réponse la plus adéquate. Si le problème ne s'est pas présenté ou très rarement, encerclez 0; s'il s'est très souvent ou souvent présenté, encerclez 3. Encerclez 1 ou 2 dans les cas intermédiaires. **VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUS LES ÉNONCÉS.** Merci.

	PAS VRAI DU TOUT (jamais, rarement)	UN PEU VRAI (à l'occasion)	ASSEZ VRAI (souvent)	TRÈS VRAI (très souvent)
1. Inattentif, facilement distrait				
2. Provoquant				
3. N'arrête pas de bouger, gigote, se tortille				
4. Oublie ce qu'il/elle a déjà appris				
5. Dérange les autres enfants				
6. S'oppose activement ou refuse de se conformer aux demandes de l'adulte				
7. Toujours en mouvement, agit comme s'il était propulsé par un moteur				
8. Faible en orthographe				
9. Incapable de rester immobile				
10. Rancunier ou vindicatif				
11. Quitte son siège dans la classe ou dans d'autres situations où il devrait rester assis				
12. Gigote des mains et des pieds ou se tortille sur son siège				
13. Ne lit pas aussi bien que la moyenne des enfants de sa classe				
14. Courte capacité d'attention				
15. Réplique, s'obstine avec les adultes				
16. Porte attention seulement à ce qui l'intéresse vraiment				

17. A de la difficulté à attendre son tour				
18. Manque d'intérêt pour le travail scolaire				
19. Distractivité ou durée d'attention problématique				
20. Crises de colère, comportement explosif, imprévisible				
21. Court partout ou grimpe de façon excessive dans des situations où cela n'est pas approprié				
22. Faible en arithmétique				
23. Interrompt autrui ou s'impose (i.e. fait irruption dans la conversation ou les jeux d'autrui)				
24. A de la difficulté à jouer ou à s'embarquer dans un loisir calmement				
25. N'arrive pas à terminer ce qu'il a commencé				
26. Ne suit pas les consignes jusqu'au bout et n'arrive pas à terminer ses devoirs (cela n'est pas dû à un comportement oppositionnel ni à une incapacité de comprendre les consignes)				
27. Excitable, impulsif				
28. Agité, toujours en mouvement				

Clé de correction de l'échelle de Conners pour les enseignants :

Les dix énoncés 1-5-7-8-10-11- 14-15-21-26 sont ceux de la forme abrégée du questionnaire de Conners et correspondent à l'échelle d'hyperactivité.

En cotant chaque appréciation 0-1-2 ou 3 (pas du tout=0, un petit peu=1, beaucoup=2 et énormément=3) et en divisant le total obtenu par 10 on obtient un score moyen allant de 0 à 3. Un score moyen de 1,5 ou plus suggère des indices d'hyperactivité chez l'enfant

Annexe 04 : Questionnaire d'évaluation Conner, version révisée (L) 1997, pour les parents :

Nom de l'enfant:.....sexe: M.....F.....

Date de naissanceâge:..... Degré académique:

Compilée par..... date:

Donnez une cote de 0 (jamais), 1 (légère), 2 (moyenne), 3 (fort)

Pour l'enfant qui :	cotation			
	0	1	2	3
1. Est colérique et rancunier.....				
2. A des difficultés à faire ou compléter ses devoirs.....				
3. Bouge tout le temps, comme un appareil motorisé.....				
4. Est timide, vite effrayé.....				
5. Se fait très rigide dans ses exigences.....				
6. N'a pas d'ami(e)s.....				
7. Souffre de maux d'estomac.....				
8. Se querelle.....				
9. Recherche la fuite, hésite, ou n'arrive pas à s'engager dans des tâches qui demandent un effort mental soutenu (tel le travail scolaire ou les devoirs à la maison.....				
10. A de la difficulté à se concentrer dans ses travaux, ses jeux.....				
11. Argumente avec les adultes.....				
12. Ne réussit pas à terminer ses tâches.....				
13. Devient difficile à contrôler dans les centres d'achat ou les épiceries.....				
14. A peur des gens.....				
15. Ne cesse de vérifier ses affaires.....				
16. Perd rapidement ses camarades.....				
17. Souffre de divers malaises, douleurs.....				
18. Est turbulent ou très actif.....				
19. A de la misère à se concentrer à l'école.....				
20. Ne semble ne pas écouter ce qu'on lui dit.....				
21. Perd le contrôle.....				
22. Doit avoir une surveillance continue pour accomplir ses tâches ...				
23. Se promène à la course ou grimpe partout dans les endroits interdits.....				
24. Craint les nouvelles situations.....				

25. Devient tatillon au niveau propreté.....				
26. Ne sait pas comment se faire des ami(e)s.....				
27. Commence à présenter des malaises, douleurs ou des maux d'estomac avant de partir pour l'école.....				
28. Devient facile à exciter et réagit vite.....				
29. Ne suit pas toutes les consignes et ne réussit pas à terminer ses travaux scolaires, corvées ou tâches (sans relation avec la conduite d'opposition ou la compréhension des directives).....				
30. Organise mal ses travaux et ses activités.....				
31. Est irritable.....				
32. Ne cesse de se tortiller.....				
33. Craint de rester seul.....				
34. Doit faire toujours les choses de la même manière				
35. Ne reçoit pas d'invitations d'aller chez les camarades.....				
36. Souffre de maux de tête.....				
37. N'arrive pas à terminer ce qu'il commence.....				
38. Manque de concentration, ou se distrait facilement.....				
39. Parle trop.....				
40. Défie volontiers ou refuse le respect de la consigne de l'adulte.....				
41. Ne se préoccupe pas des détails, ou fait des erreurs d'attention dans ses devoirs, travaux ou autres activités.....				
42. Paraît incapable d'attendre en file ou encore son tour dans les jeux, activités de groupe.....				
43. Présente de nombreuses peurs.....				
44. Se doit d'accomplir certains rituels.....				
45. Se distrait vite, ou ne reste pas longtemps sur une tâche.....				
46. Se plaint de maladies même quand il n'a rien.....				
47. A des explosions de colère.....				
48. Se distrait facilement même quand il reçoit une consigne précise..				
49. Interrompt ou s'ingère dans leurs affaires des autres (s'impose dans la conversation ou les Jeux).....				
50. Oublie facilement dans les activités du quotidien.....				

51. Ne peut saisir les mathématiques.....				
52. Se met à courir entre deux bouchées de nourriture.....				
53. A peur de la noirceur, des animaux ou des insectes.....				
54. Se fixe des objectifs très élevés.....				
55. Bouge des mains, des pieds, ou se tortille sur la chaise.....				
56. Ne se concentre pas longtemps.....				
57. Est susceptible ou facilement ennuyé par les autres.....				
58. Néglige son écriture				
59. N'arrive pas à poursuivre un jeu agréable ou tranquille.....				
60. Reste lointain, en retrait des autres.....				
61. Blâme les autres, de ses fautes, ou ses comportements inadéquats.				
62. Ne tient pas en place.....				
63. Est malpropre ou mal organisé à la maison ou l'école.....				
64. S'énervé si les autres le dérangent ses affaires.....				
65. Colle aux parents ou autres adultes.....				
66. Dérange les autres enfants.....				
67. Fait exprès pour ennuyer les gens.....				
68. Exige une réponse immédiate aux demandes, sinon il se frustre ...				
69. Ne porte attention qu'à ce qui l'intéresse.....				
70. Se montre mesquin, rancunier.....				
71. Perd le nécessaire à ses travaux ou activités (ex. : devoirs scolaires, crayons, livres, outils, jouets).....				
72. Se sent inférieur aux autres.....				
73. Semble fatigué ou ralenti tout le temps.....				

74. Est faible dans l'épellation des mots.....				
75. Pleure souvent sans raison.....				
76. Quitte son siège en classe, ou ailleurs quand il doit rester assis.....				
77. Change d'humeur de manière subite et radicale.....				
78. Devient facilement exaspéré durant un effort.....				
79. Se distrait facilement par les stimuli externes.....				
80. Répond trop vite, avant même la fin de la question.....				

Clé de correction pour le questionnaire des parents:

Les dix énoncés 4-7-11-13-14-25-31-33-37-38 sont ceux de la forme abrégée du questionnaire de Connors et correspondent à l'échelle d'hyperactivité.

En cotant chaque appréciation 0-1-2 ou 3 (pas du tout =0, Énormément = 3) et en divisant le total obtenu par 10 on obtient un score moyen allant de 0 à 3. Un score moyen de 1,5 ou plus suggère des indices d'hyperactivité chez l'enfant

Annexe 05 : Liste des tableaux des questionnaires d'évaluation de Connors destiné aux parents

Tableau 01 : Cas M.N

N° Item	Item	Cotation
1.	Est colérique et rancunier	2
2.	A des difficultés à faire ou compléter ses devoirs	3
3.	Bouge tout le temps, comme un appareil motorisé	3
4.	Est timide, vite effrayé	2
5.	Se fait très rigide dans ses exigences	1
6.	N'a pas d'ami(e)s	2
7.	Souffre de maux d'estomac	1
8.	Se querelle	1
9.	Recherche la fuite, hésite, ou n'arrive pas à s'engager dans des tâches qui demandent un effort mental soutenu (telles le travail scolaire ou les devoirs à la maison)	3
10.	A de la difficulté à se concentrer dans ses travaux, ses jeux	3
11.	Argumente avec les adultes	2
12.	Ne réussit pas à terminer ses tâches	3
13.	Devient difficile à contrôler dans les centres d'achat ou les épiceries	3
14.	A peur des gens	0
15.	Ne cesse de vérifier ses affaires	3
16.	Perd rapidement ses camarades	1
17.	Souffre de divers malaises, douleurs	0
18.	Est turbulent ou très actif	3
19.	A de la misère à se concentrer à l'école	3
20.	Ne semble ne pas écouter ce qu'on lui dit	3
21.	Perd le contrôle	3
22.	Doit avoir une surveillance continue pour accomplir ses tâches	3

23.	Se promène à la course ou grimpe partout dans les endroits interdits	3
24.	Craint les nouvelles situations	0
25.	Devient tatillon au niveau propreté	1
26.	Ne sait pas comment se faire des ami(e)s	1
27.	Commence à présenter des malaises, douleurs ou des maux d'estomac avant de partir pour l'école	0
28.	Devient facile à exciter et réagit vite	2
29.	Ne suit pas toutes les consignes et ne réussit pas à terminer ses travaux scolaires, corvées ou tâches (sans relation avec la conduite d'opposition ou la compréhension des directives)	3
30.	Organise mal ses travaux et ses activités	3
31.	Est irritable	2
32.	Ne cesse de se tortiller	2
33.	Craint de rester seul	0
34.	Doit faire toujours les choses de la même manière	2
35.	Ne reçoit pas d'invitations d'aller chez les camarades	2
36.	Souffre de maux de tête	0
37.	N'arrive pas à terminer ce qu'il commence	3
38.	Manque de concentration, ou se distrait facilement	3
39.	Parle trop	3
40.	Défie volontiers ou refuse le respect de la consigne de l'adulte	1
41.	Ne se préoccupe pas des détails, ou fait des erreurs d'attention dans ses devoirs, travaux ou autres activités	3
42.	Paraît incapable d'attendre en file ou encore son tour dans les jeux, activités de groupe	3
43.	Présente de nombreuses peurs	0
44.	Se doit d'accomplir certains rituels	1
45.	Se distrait vite, ou ne reste pas longtemps sur une tâche	3
46.	A Se plaint de maladies même quand il n'a	1
47.	A des explosions de colère	1

48.	Se distrait facilement même quand il reçoit une consigne précise Oublie facilement dans les activités du quotidien	3
49.	Interrompt ou s'ingère dans leurs affaires des autres (s'impose dans la conversation ou les jeux)	1
50.	Oublie facilement dans les activités du quotidien	2
51.	Ne peut saisir les mathématiques	2
52.	Se met à courir entre deux bouchées de nourriture	1
53.	A peur de la noirceur, des animaux ou des insectes	0
54.	Se fixe des objectifs très élevés	1
55.	Bouge des mains, des pieds, ou se tortille sur la chaise	3
56.	Ne se concentre pas longtemps	3
57.	Est susceptible ou facilement ennuyé par les autres	1
58.	Néglige son écriture	2
59.	N'arrive pas à poursuivre un jeu agréable ou tranquille	3
60.	Reste lointain, en retrait des autres	2
61.	Blâme les autres, de ses fautes, ou ses comportements inadéquats	2
62.	Ne tient pas en place	2
63.	Est malpropre ou mal organisé à la maison ou l'école	2
64.	S'énervé si les autres le dérangent ses affaires	2
65.	Colle aux parents ou autres adultes	1
66.	Dérange les autres enfants	2
67.	Fait exprès pour ennuyer les gens	2
68.	Exige une réponse immédiate aux demandes, sinon il se frustre	1
69.	Ne porte attention qu'à ce qui l'intéresse	2
70.	Se montre mesquin, rancunier	2
71.	Perd le nécessaire à ses travaux ou activités (ex. : devoirs scolaires, crayons, livres, outils, jouets)	2
72.	Se sent inférieur aux autres	0
73.	Semble fatigué ou ralenti tout le temps	1
74.	Est faible dans l'épellation des mots	1

75.	Pleure souvent sans raison	1
76.	Quitte son siège en classe, ou ailleurs quand il doit rester assis	2
77.	Change d'humeur de manière subite et radicale	3
78.	Devient facilement exaspéré durant un effort	2
79.	Se distrait facilement par les stimuli externes	3
80.	Répond trop vite, avant même la fin de la question	2
Score		1.7

Tableau 02 : Cas F.O

N° Item	Item	Cotation
1.	Est colérique et rancunier	2
2.	A des difficultés à faire ou compléter ses devoirs	3
3.	Bouge tout le temps, comme un appareil motorisé	2
4.	Est timide, vite effrayé	2
5.	Se fait très rigide dans ses exigences	1
6.	N'a pas d'ami(e)s	1
7.	Souffre de maux d'estomac	1
8.	Se querelle	1
9.	Recherche la fuite, hésite, ou n'arrive pas à s'engager dans des tâches qui demandent un effort mental soutenu (telles le travail scolaire ou les devoirs à la maison)	3
10.	A de la difficulté à se concentrer dans ses travaux, ses jeux	3
11.	Argumente avec les adultes	3
12.	Ne réussit pas à terminer ses tâches	3
13.	Devient difficile à contrôler dans les centres d'achat ou les épiceries	2
14.	A peur des gens	1
15.	Ne cesse de vérifier ses affaires	1
16.	Perd rapidement ses camarades	1

17.	Souffre de divers malaises, douleurs	1
18.	Est turbulent ou très actif	3
19.	A de la misère à se concentrer à l'école	3
20.	Ne semble ne pas écouter ce qu'on lui dit	2
21.	Perd le contrôle	3
22.	Doit avoir une surveillance continue pour accomplir ses tâches	3
23.	Se promène à la course ou grimpe partout dans les endroits interdits	2
24.	Craint les nouvelles situations	1
25.	Devient tatillon au niveau propreté	1
26.	Ne sait pas comment se faire des ami(e)s	2
27.	Commence à présenter des malaises, douleurs ou des maux d'estomac avant de partir pour l'école	1
28.	Devient facile à exciter et réagit vite	2
29.	Ne suit pas toutes les consignes et ne réussit pas à terminer ses travaux scolaires, corvées ou tâches (sans relation avec la conduite d'opposition ou la compréhension des directives)	3
30.	Organise mal ses travaux et ses activités	2
31.	Est irritable	2
32.	Ne cesse de se tortiller	2
33.	Craint de rester seul	2
34.	Doit faire toujours les choses de la même manière	3
35.	Ne reçoit pas d'invitations d'aller chez les camarades	2
36.	Souffre de maux de tête	0
37.	N'arrive pas à terminer ce qu'il commence	2
38.	Manque de concentration, ou se distrait facilement	3
39.	Parle trop	2
40.	Défie volontiers ou refuse le respect de la consigne de l'adulte	1
41.	Ne se préoccupe pas des détails, ou fait des erreurs d'attention dans ses devoirs, travaux ou autres activités	2

42.	Paraît incapable d'attendre en file ou encore son tour dans les jeux, activités de groupe	2
43.	Présente de nombreuses peurs	0
44.	Se doit d'accomplir certains rituels	2
45.	Se distrait vite, ou ne reste pas longtemps sur une tâche	2
46.	A Se plaint de maladies même quand il n'a	0
47.	A des explosions de colère	1
48.	Se distrait facilement même quand il reçoit une consigne précise Oublie facilement dans les activités du quotidien	2
49.	Interrompt ou s'ingère dans leurs affaires des autres (s'impose dans la conversation ou les jeux)	1
50.	Oublie facilement dans les activités du quotidien	2
51.	Ne peut saisir les mathématiques	2
52.	Se met à courir entre deux bouchées de nourriture	1
53.	A peur de la noirceur, des animaux ou des insectes	0
54.	Se fixe des objectifs très élevés	1
55.	Bouge des mains, des pieds, ou se tortille sur la chaise	3
56.	Ne se concentre pas longtemps	3
57.	Est susceptible ou facilement ennuyé par les autres	1
58.	Néglige son écriture	2
59.	N'arrive pas à poursuivre un jeu agréable ou tranquille	2
60.	Reste lointain, en retrait des autres	1
61.	Blâme les autres, de ses fautes, ou ses comportements inadéquats	0
62.	Ne tient pas en place	1
63.	Est malpropre ou mal organisé à la maison ou l'école	1
64.	S'énervé si les autres le dérangent ses affaires	2
65.	Colle aux parents ou autres adultes	0
66.	Dérange les autres enfants	2
67.	Fait exprès pour ennuyer les gens	1
68.	Exige une réponse immédiate aux demandes, sinon il se frustre	1

69.	Ne porte attention qu'à ce qui l'intéresse	3
70.	Se montre mesquin, rancunier	2
71.	Perd le nécessaire à ses travaux ou activités (ex. : devoirs scolaires, crayons, livres, outils, jouets)	1
72.	Se sent inférieur aux autres	0
73.	Semble fatigué ou ralenti tout le temps	1
74.	Est faible dans l'épellation des mots	0
75.	Pleure souvent sans raison	2
76.	Quitte son siège en classe, ou ailleurs quand il doit rester assis	2
77.	Change d'humeur de manière subite et radicale	3
78.	Devient facilement exaspéré durant un effort	2
79.	Se distrait facilement par les stimuli externes	2
80.	Répond trop vite, avant même la fin de la question	3
Score		1.9

Tableau 03 : Cas D.A

N° Item	Item	Cotation
1.	Est colérique et rancunier	1
2.	A des difficultés à faire ou compléter ses devoirs	3
3.	Bouge tout le temps, comme un appareil motorisé	0
4.	Est timide, vite effrayé	1
5.	Se fait très rigide dans ses exigences	1
6.	N'a pas d'ami(e)s	1
7.	Souffre de maux d'estomac	0
8.	Se querelle	0
9.	Recherche la fuite, hésite, ou n'arrive pas à s'engager dans des tâches qui demandent un effort mental soutenu (telles le travail scolaire ou les devoirs à la maison)	2
10.	A de la difficulté à se concentrer dans ses travaux, ses jeux	2

11.	Argumente avec les adultes	2
12.	Ne réussit pas à terminer ses tâches	3
13.	Devient difficile à contrôler dans les centres d'achat ou les épiceries	0
14.	A peur des gens	0
15.	Ne cesse de vérifier ses affaires	1
16.	Perd rapidement ses camarades	1
17.	Souffre de divers malaises, douleurs	0
18.	Est turbulent ou très actif	0
19.	A de la misère à se concentrer à l'école	2
20.	Ne semble ne pas écouter ce qu'on lui dit	3
21.	Perd le contrôle	2
22.	Doit avoir une surveillance continue pour accomplir ses tâches	2
23.	Se promène à la course ou grimpe partout dans les endroits interdits	0
24.	Craint les nouvelles situations	0
25.	Devient tatillon au niveau propreté	3
26.	Ne sait pas comment se faire des ami(e)s	1
27.	Commence à présenter des malaises, douleurs ou des maux d'estomac avant de partir pour l'école	1
28.	Devient facile à exciter et réagit vite	1
29.	Ne suit pas toutes les consignes et ne réussit pas à terminer ses travaux scolaires, corvées ou tâches (sans relation avec la conduite d'opposition ou la compréhension des directives)	2
30.	Organise mal ses travaux et ses activités	2
31.	Est irritable	3
32.	Ne cesse de se tortiller	1
33.	Craint de rester seul	0
34.	Doit faire toujours les choses de la même manière	1
35.	Ne reçoit pas d'invitations d'aller chez les camarades	0
36.	Souffre de maux de tête	1

37.	N'arrive pas à terminer ce qu'il commence	3
38.	Manque de concentration, ou se distrait facilement	3
39.	Parle trop	1
40.	Défie volontiers ou refuse le respect de la consigne de l'adulte	2
41.	Ne se préoccupe pas des détails, ou fait des erreurs d'attention dans ses devoirs, travaux ou autres activités	3
42.	Paraît incapable d'attendre en file ou encore son tour dans les jeux, activités de groupe	0
43.	Présente de nombreuses peurs	0
44.	Se doit d'accomplir certains rituels	0
45.	Se distrait vite, ou ne reste pas longtemps sur une tâche	3
46.	A Se plaint de maladies même quand il n'a	1
47.	A des explosions de colère	1
48.	Se distrait facilement même quand il reçoit une consigne précise Oublie facilement dans les activités du quotidien	2
49.	Interrompt ou s'ingère dans leurs affaires des autres (s'impose dans la conversation ou les jeux)	2
50.	Oublie facilement dans les activités du quotidien	2
51.	Ne peut saisir les mathématiques	2
52.	Se met à courir entre deux bouchées de nourriture	1
53.	A peur de la noirceur, des animaux ou des insectes	0
54.	Se fixe des objectifs très élevés	0
55.	Bouge des mains, des pieds, ou se tortille sur la chaise	1
56.	Ne se concentre pas longtemps	3
57.	Est susceptible ou facilement ennuyé par les autres	1
58.	Néglige son écriture	2
59.	N'arrive pas à poursuivre un jeu agréable ou tranquille	1
60.	Reste lointain, en retrait des autres	0
61.	Blâme les autres, de ses fautes, ou ses comportements inadéquats	2
62.	Ne tient pas en place	1
63.	Est malpropre ou mal organisé à la maison ou l'école	2

64.	S'énervé si les autres le dérangent ses affaires	1
65.	Colle aux parents ou autres adultes	0
66.	Dérange les autres enfants	1
67.	Fait exprès pour ennuyer les gens	0
68.	Exige une réponse immédiate aux demandes, sinon il se frustre	0
69.	Ne porte attention qu'à ce qui l'intéresse	3
70.	Se montre mesquin, rancunier	0
71.	Perd le nécessaire à ses travaux ou activités (ex. : devoirs scolaires, crayons, livres, outils, jouets)	2
72.	Se sent inférieur aux autres	2
73.	Semble fatigué ou ralenti tout le temps	3
74.	Est faible dans l'épellation des mots	1
75.	Pleure souvent sans raison	2
76.	Quitte son siège en classe, ou ailleurs quand il doit rester assis	0
77.	Change d'humeur de manière subite et radicale	1
78.	Devient facilement exaspéré durant un effort	2
79.	Se distrait facilement par les stimuli externes	3
80.	Répond trop vite, avant même la fin de la question	2
Score		1.5

Tableau 04 : Cas A.A

N° Item	Item	Cotation
1.	Est colérique et rancunier	0
2.	A des difficultés à faire ou compléter ses devoirs	1
3.	Bouge tout le temps, comme un appareil motorisé	0
4.	Est timide, vite effrayé	2
5.	Se fait très rigide dans ses exigences	0
6.	N'a pas d'ami(e)s	0
7.	Souffre de maux d'estomac	0

8.	Se querelle	0
9.	Recherche la fuite, hésite, ou n'arrive pas à s'engager dans des tâches qui demandent un effort mental soutenu (telles le travail scolaire ou les devoirs à la maison)	1
10.	A de la difficulté à se concentrer dans ses travaux, ses jeux	1
11.	Argumente avec les adultes	2
12.	Ne réussit pas à terminer ses tâches	2
13.	Devient difficile à contrôler dans les centres d'achat ou les épiceries	2
14.	A peur des gens	1
15.	Ne cesse de vérifier ses affaires	0
16.	Perd rapidement ses camarades	0
17.	Souffre de divers malaises, douleurs	0
18.	Est turbulent ou très actif	2
19.	A de la misère à se concentrer à l'école	2
20.	Ne semble ne pas écouter ce qu'on lui dit	2
21.	Perd le contrôle	1
22.	Doit avoir une surveillance continue pour accomplir ses tâches	2
23.	Se promène à la course ou grimpe partout dans les endroits interdits	0
24.	Craint les nouvelles situations	1
25.	Devient tatillon au niveau propreté	1
26.	Ne sait pas comment se faire des ami(e)s	1
27.	Commence à présenter des malaises, douleurs ou des maux d'estomac avant de partir pour l'école	0
28.	Devient facile à exciter et réagit vite	2
29.	Ne suit pas toutes les consignes et ne réussit pas à terminer ses travaux scolaires, corvées ou tâches (sans relation avec la conduite d'opposition ou la compréhension des directives)	1
30.	Organise mal ses travaux et ses activités	2
31.	Est irritable	2

32.	Ne cesse de se tortiller	0
33.	Craint de rester seul	1
34.	Doit faire toujours les choses de la même manière	1
35.	Ne reçoit pas d'invitations d'aller chez les camarades	1
36.	Souffre de maux de tête	0
37.	N'arrive pas à terminer ce qu'il commence	2
38.	Manque de concentration, ou se distrait facilement	3
39.	Parle trop	0
40.	Défie volontiers ou refuse le respect de la consigne de l'adulte	0
41.	Ne se préoccupe pas des détails, ou fait des erreurs d'attention dans ses devoirs, travaux ou autres activités	2
42.	Paraît incapable d'attendre en file ou encore son tour dans les jeux, activités de groupe	2
43.	Présente de nombreuses peurs	0
44.	Se doit d'accomplir certains rituels	0
45.	Se distrait vite, ou ne reste pas longtemps sur une tâche	2
46.	A Se plaint de maladies même quand il n'a	0
47.	A des explosions de colère	0
48.	Se distrait facilement même quand il reçoit une consigne précise Oublie facilement dans les activités du quotidien	0
49.	Interrompt ou s'ingère dans leurs affaires des autres (s'impose dans la conversation ou les jeux)	0
50.	Oublie facilement dans les activités du quotidien	1
51.	Ne peut saisir les mathématiques	2
52.	Se met à courir entre deux bouchées de nourriture	0
53.	A peur de la noirceur, des animaux ou des insectes	0
54.	Se fixe des objectifs très élevés	0
55.	Bouge des mains, des pieds, ou se tortille sur la chaise	3
56.	Ne se concentre pas longtemps	2
57.	Est susceptible ou facilement ennuyé par les autres	1
58.	Néglige son écriture	2

59.	N'arrive pas à poursuivre un jeu agréable ou tranquille	1
60.	Reste lointain, en retrait des autres	0
61.	Blâme les autres, de ses fautes, ou ses comportements inadéquats	0
62.	Ne tient pas en place	1
63.	Est malpropre ou mal organisé à la maison ou l'école	1
64.	S'énervé si les autres le dérangent ses affaires	1
65.	Colle aux parents ou autres adultes	0
66.	Dérange les autres enfants	1
67.	Fait exprès pour ennuyer les gens	0
68.	Exige une réponse immédiate aux demandes, sinon il se frustre	1
69.	Ne porte attention qu'à ce qui l'intéresse	1
70.	Se montre mesquin, rancunier	0
71.	Perd le nécessaire à ses travaux ou activités (ex. : devoirs scolaires, crayons, livres, outils, jouets)	1
72.	Se sent inférieur aux autres	0
73.	Semble fatigué ou ralenti tout le temps	1
74.	Est faible dans l'épellation des mots	1
75.	Pleure souvent sans raison	0
76.	Quitte son siège en classe, ou ailleurs quand il doit rester assis	2
77.	Change d'humeur de manière subite et radicale	0
78.	Devient facilement exaspéré durant un effort	1
79.	Se distrait facilement par les stimuli externes	1
80.	Répond trop vite, avant même la fin de la question	3
score		1.6

Tableau 05 : Cas M.T

N° Item	Item	Cotation
1.	Est colérique et rancunier	1

2.	A des difficultés à faire ou compléter ses devoirs	2
3.	Bouge tout le temps, comme un appareil motorisé	1
4.	Est timide, vite effrayé	3
5.	Se fait très rigide dans ses exigences	1
6.	N'a pas d'ami(e)s	1
7.	Souffre de maux d'estomac	1
8.	Se querelle	0
9.	Recherche la fuite, hésite, ou n'arrive pas à s'engager dans des tâches qui demandent un effort mental soutenu (telles le travail scolaire ou les devoirs à la maison)	3
10.	A de la difficulté à se concentrer dans ses travaux, ses jeux	2
11.	Argumente avec les adultes	2
12.	Ne réussit pas à terminer ses tâches	2
13.	Devient difficile à contrôler dans les centres d'achat ou les épiceries	1
14.	A peur des gens	1
15.	Ne cesse de vérifier ses affaires	2
16.	Perd rapidement ses camarades	1
17.	Souffre de divers malaises, douleurs	0
18.	Est turbulent ou très actif	0
19.	A de la misère à se concentrer à l'école	2
20.	Ne semble ne pas écouter ce qu'on lui dit	3
21.	Perd le contrôle	3
22.	Doit avoir une surveillance continue pour accomplir ses tâches	2
23.	Se promène à la course ou grimpe partout dans les endroits interdits	0
24.	Craint les nouvelles situations	0
25.	Devient tatillon au niveau propreté	0
26.	Ne sait pas comment se faire des ami(e)s	3
27.	Commence à présenter des malaises, douleurs ou des maux d'estomac avant de partir pour l'école	2

28.	Devient facile à exciter et réagit vite	2
29.	Ne suit pas toutes les consignes et ne réussit pas à terminer ses travaux scolaires, corvées ou tâches (sans relation avec la conduite d'opposition ou la compréhension des directives)	1
30.	Organise mal ses travaux et ses activités	3
31.	Est irritable	2
32.	Ne cesse de se tortiller	1
33.	Craint de rester seul	1
34.	Doit faire toujours les choses de la même manière	2
35.	Ne reçoit pas d'invitations d'aller chez les camarades	1
36.	Souffre de maux de tête	0
37.	N'arrive pas à terminer ce qu'il commence	2
38.	Manque de concentration, ou se distrait facilement	3
39.	Parle trop	2
40.	Défie volontiers ou refuse le respect de la consigne de l'adulte	1
41.	Ne se préoccupe pas des détails, ou fait des erreurs d'attention dans ses devoirs, travaux ou autres activités	2
42.	Paraît incapable d'attendre en file ou encore son tour dans les jeux, activités de groupe	1
43.	Présente de nombreuses peurs	0
44.	Se doit d'accomplir certains rituels	0
45.	Se distrait vite, ou ne reste pas longtemps sur une tâche	2
46.	A Se plaint de maladies même quand il n'a	0
47.	A des explosions de colère	0
48.	Se distrait facilement même quand il reçoit une consigne précise Oublie facilement dans les activités du quotidien	0
49.	Interrompt ou s'ingère dans leurs affaires des autres (s'impose dans la conversation ou les jeux)	0
50.	Oublie facilement dans les activités du quotidien	2
51.	Ne peut saisir les mathématiques	1
52.	Se met à courir entre deux bouchées de nourriture	0

53.	A peur de la noirceur, des animaux ou des insectes	1
54.	Se fixe des objectifs très élevés	1
55.	Bouge des mains, des pieds, ou se tortille sur la chaise	1
56.	Ne se concentre pas longtemps	3
57.	Est susceptible ou facilement ennuyé par les autres	0
58.	Néglige son écriture	2
59.	N'arrive pas à poursuivre un jeu agréable ou tranquille	0
60.	Reste lointain, en retrait des autres	0
61.	Blâme les autres, de ses fautes, ou ses comportements inadéquats	1
62.	Ne tient pas en place	1
63.	Est malpropre ou mal organisé à la maison ou l'école	3
64.	S'énervé si les autres le dérangent ses affaires	0
65.	Colle aux parents ou autres adultes	0
66.	Dérange les autres enfants	1
67.	Fait exprès pour ennuyer les gens	0
68.	Exige une réponse immédiate aux demandes, sinon il se frustre	0
69.	Ne porte attention qu'à ce qui l'intéresse	3
70.	Se montre mesquin, rancunier	1
71.	Perd le nécessaire à ses travaux ou activités (ex. : devoirs scolaires, crayons, livres, outils, jouets)	1
72.	Se sent inférieur aux autres	3
73.	Semble fatigué ou ralenti tout le temps	3
74.	Est faible dans l'épellation des mots	0
75.	Pleure souvent sans raison	0
76.	Quitte son siège en classe, ou ailleurs quand il doit rester assis	1
77.	Change d'humeur de manière subite et radicale	1
78.	Devient facilement exaspéré durant un effort	2
79.	Se distrait facilement par les stimuli externes	1

80.	Répond trop vite, avant même la fin de la question	1
Score		1.6

Annexe 06 : Liste des tableaux des Questionnaires d'évaluation de Connors pour les enseignants

Tableau 06 : Cas M.N

N° Item	Item	Cotation
1.	Est inattentif, facilement distrait	3
2.	Provoquant	3
3.	n'arrête pas de bouger, gigote, se tortille	3
4.	Oublie/ce qu'il/elle a déjà appris	3
5.	Dérange les autres enfants	1
6.	S'oppose activement ou refuse de se conformer aux demandes de l'adulte	2
7.	Toujours en mouvement, agit comme s'il était propulsé par un moteur	2
8.	Faible en orthographe	3
9.	Incapable de rester immobile	3
10.	Rancunier ou vindicatif	2
11.	Quitte son siège dans la classe ou dans d'autre situation où il devrait rester assis	3
12.	Gigote des mains et des pied pu se tortille dans son siège	3
13.	Ne lit pas aussi bien que la moyenne des enfants de sa classe	3
14.	Courte capacité d'attention	3
15.	Réplique, s'obstine avec les adultes	2
16.	Porte attention seulement à ce qu'il intéresse vraiment	3
17.	A de la difficulté à attendre son tour	3
18.	Manque d'intérêt pour le travail scolaire	3
19.	Distractivité ou durée d'attention problématique	3
20.	Crise de colère, comportement explosif, imprévisible	2
21.	Cour partout ou grimpe de façon excessive dans des situation où cela n'est pas approprié	2
22.	Faible en arithmétique	3
23.	Interrompt autrui ou s'impose (i.e. fait irruption dans la conversation ou les jeux d'autrui)	1

24.	A de difficulté à jouer ou à s'embarquer dans un loisir calmement	2
25.	N'arrive pas à terminer ce qu'il commence	3
26.	Ne suit pas les consignes jusqu'au bout et n'arrive pas à terminer ses devoirs (cela n'est pas dû à un comportement oppositionnel ni à une incapacité de comprendre les consignes)	2
27.	Excitable, impulsif	3
28.	Agité, toujours en mouvement	3
Score		2.3

Tableau 07 : Cas F.O

N° Item	Item	Cotation
1.	Est inattentif, facilement distrait	3
2.	Provoquant	2
3.	n'arrête pas de bouger, gigote, se tortille	2
4.	Oublie/ce qu'il/elle a déjà appris	2
5.	Dérange les autres enfants	2
6.	S'oppose activement ou refuse de se conformer aux demandes de l'adulte	2
7.	Toujours en mouvement, agit comme s'il était propulsé par un moteur	2
8.	Faible en orthographe	3
9.	Incapable de rester immobile	2
10.	Rancunier ou vindicatif	1
11.	Quitte son siège dans la classe ou dans d'autre situation où il devrait rester assis	2
12.	Gigote des mains et des pied pu se tortille dans son siège	2
13.	Ne lit pas aussi bien que la moyenne des enfants de sa classe	3
14.	Courte capacité d'attention	3
15.	Réplique, s'obstine avec les adultes	2
16.	Porte attention seulement à ce qu'il intéresse vraiment	3
17.	A de la difficulté à attendre son tour	2

18.	Manque d'intérêt pour le travail scolaire	3
19.	Distractivité ou durée d'attention problématique	2
20.	Crise de colère, comportement explosif, imprévisible	1
21.	Cour partout ou grimpe de façon excessive dans des situation où cela n'est pas approprié	1
22.	Faible en arithmétique	2
23.	Interrompt autrui ou s'impose (i.e. fait irruption dans la conversation ou les jeux d'autrui)	1
24.	A de difficulté à jouer ou à s'embarquer dans un loisir calmement	1
25.	N'arrive pas à terminer ce qu'il commence	3
26.	Ne suit pas les consignes jusqu'au bout et n'arrive pas à terminer ses devoirs (cela n'est pas dû à un comportement oppositionnel ni à une incapacité de comprendre les consignes	2
27.	Excitable, impulsif	1
28.	Agité, toujours en mouvement	1
Score		2.1

Tableau 08 : Cas D.A

N° Item	Item	Cotation
1.	Est inattentif, facilement distrait	3
2.	Provoquant	2
3.	n'arrête pas de bouger, gigote, se tortille	1
4.	Oublie/ce qu'il/elle a déjà appris	3
5.	Dérange les autres enfants	1
6.	S'oppose activement ou refuse de se conformer aux demandes de l'adulte	2
7.	Toujours en mouvement, agit comme s'il était propulsé par un moteur	0
8.	Faible en orthographe	3
9.	Incapable de rester immobile	1
10.	Rancunier ou vindicatif	1
11.	Quitte son siège dans la classe ou dans d'autre situation où il devrait rester assis	0

12.	Gigote des mains et des pied pu se tortille dans son siège	0
13.	Ne lit pas aussi bien que la moyenne des enfants de sa classe	3
14.	Courte capacité d'attention	3
15.	Réplique, s'obstine avec les adultes	2
16.	Porte attention seulement à ce qu'il intéresse vraiment	3
17.	A de la difficulté à attendre son tour	1
18.	Manque d'intérêt pour le travail scolaire	3
19.	Distractivité ou durée d'attention problématique	2
20.	Crise de colère, comportement explosif, imprévisible	1
21.	Cour partout ou grimpe de façon excessive dans des situation où cela n'est pas approprié	0
22.	Faible en arithmétique	2
23.	Interrompt autrui ou s'impose (i.e. fait irruption dans la conversation ou les jeux d'autrui)	1
24.	A de difficulté à jouer ou à s'embarquer dans un loisir calmement	0
25.	N'arrive pas à terminer ce qu'il commence	2
26.	Ne suit pas les consignes jusqu'au bout et n'arrive pas à terminer ses devoirs (cela n'est pas dû à un comportement oppositionnel ni à une incapacité de comprendre les consignes	2
27.	Excitable, impulsif	0
28.	Agité, toujours en mouvement	0
Score		1.5

Tableau 09 : Cas A.A

N° Item	Item	Cotation
1.	Est inattentif, facilement distrait	3
2.	Provoquant	1
3.	n'arrête pas de bouger, gigote, se tortille	0
4.	Oublie/ce qu'il/elle a déjà appris	1
5.	Dérange les autres enfants	1

6.	S'oppose activement ou refuse de se conformer aux demandes de l'adulte	0
7.	Toujours en mouvement, agit comme s'il était propulsé par un moteur	1
8.	Faible en orthographe	2
9.	Incapable de rester immobile	0
10.	Rancunier ou vindicatif	2
11.	Quitte son siège dans la classe ou dans d'autre situation où il devrait rester assis	1
12.	Gigote des mains et des pied pu se tortille dans son siège	1
13.	Ne lit pas aussi bien que la moyenne des enfants de sa classe	2
14.	Courte capacité d'attention	2
15.	Réplique, s'obstine avec les adultes	2
16.	Porte attention seulement à ce qu'il intéresse vraiment	0
17.	A de la difficulté à attendre son tour	0
18.	Manque d'intérêt pour le travail scolaire	2
19.	Distractivité ou durée d'attention problématique	2
20.	Crise de colère, comportement explosif, imprévisible	0
21.	Cour partout ou grimpe de façon excessive dans des situation où cela n'est pas approprié	1
22.	Faible en arithmétique	2
23.	Interrompt autrui ou s'impose (i.e. fait irruption dans la conversation ou les jeux d'autrui)	1
24.	A de difficulté à jouer ou à s'embarquer dans un loisir calmement	0
25.	N'arrive pas à terminer ce qu'il commence	1
26.	Ne suit pas les consignes jusqu'au bout et n'arrive pas à terminer ses devoirs (cela n'est pas dû à un comportement oppositionnel ni à une incapacité de comprendre les consignes	2
27.	Excitable, impulsif	0
28.	Agité, toujours en mouvement	0
Score		1.7

Tableau 10 : Cas M.T

N° Item	Item	Cotation
1.	Est inattentif, facilement distrait	3
2.	Provoquant	1
3.	n'arrête pas de bouger, gigote, se tortille	2
4.	Oublie/ce qu'il/elle a déjà appris	3
5.	Dérange les autres enfants	2
6.	S'oppose activement ou refuse de se conformer aux demandes de l'adulte	1
7.	Toujours en mouvement, agit comme s'il était propulsé par un moteur	1
8.	Faible en orthographe	2
9.	Incapable de rester immobile	1
10.	Rancunier ou vindicatif	1
11.	Quitte son siège dans la classe ou dans d'autre situation où il devrait rester assis	2
12.	Gigote des mains et des pied pu se tortille dans son siège	1
13.	Ne lit pas aussi bien que la moyenne des enfants de sa classe	2
14.	Courte capacité d'attention	3
15.	Réplique, s'obstine avec les adultes	1
16.	Porte attention seulement à ce qu'il intéresse vraiment	1
17.	A de la difficulté à attendre son tour	0
18.	Manque d'intérêt pour le travail scolaire	1
19.	Distractivité ou durée d'attention problématique	1
20.	Crise de colère, comportement explosif, imprévisible	0
21.	Cour partout ou grimpe de façon excessive dans des situation où cela n'est pas approprié	1
22.	Faible en arithmétique	0
23.	Interrompt autrui ou s'impose (i.e. fait irruption dans la conversation ou les jeux d'autrui)	1
24.	A de difficulté à jouer ou à s'embarquer dans un loisir calmement	0
25.	N'arrive pas à terminer ce qu'il commence	1

26.	Ne suit pas les consignes jusqu'au bout et n'arrive pas à terminer ses devoirs (cela n'est pas dû à un comportement oppositionnel ni à une incapacité de comprendre les consignes	3
27.	Excitable, impulsif	0
28.	Agité, toujours en mouvement	0
Score		1.9

Résumé

Cette recherche, intitulée "Les attitudes des enseignants du primaire sur le TDA/H et son impact sur les troubles d'apprentissage", a été réalisée au sein de l'établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie (EHS) avec un échantillon de cinq enfants de sexes différents.

L'objectif est de comprendre les attitudes des enseignants du primaire sur le TDA/H ainsi que d'examiner l'impact de ce trouble sur l'apprentissage des enfants. Pour mieux appréhender cette thématique, nous adoptons une méthode descriptive et une étude de cas. Afin de vérifier nos hypothèses, nous nous référons aux échelles de Conners et aux guides d'entretien.

Cette étude nous a permis d'infirmer la première hypothèse : les attitudes des enseignants du primaire à l'égard du TDA/H ont un impact négatif sur les résultats d'apprentissage des élèves atteints de ce trouble. De plus, elle a confirmé la deuxième hypothèse : le stress à l'école pourrait être liés au TDA/H.

Mot clés : Les attitudes, l'enseignants primaire, TDA/H, trouble d'apprentissage.

Abstract:

The study titled « Primary School Teachers attitudes on ADHD and Its Impact on Learning Disabilities » was conducted at a specialized psychiatric hospital with a sample of five children of different genders. Its aim was to understand primary school teachers' perceptions of ADHD and examine its impact on children's learning. Using a descriptive method and a case study approach, the study referred to Conners scales and interview guides to verify hypotheses. The findings contradicted the first hypothesis, showing that primary school teachers' attitudes toward ADHD do not negatively impact students' learning outcomes. However, they confirmed the second hypothesis, suggesting a link between ADHD, school stress.

Keywords: Attitudes, primary school, ADHD, learning disabilities.