

Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle pour l'obtention de diplôme de Master en
Psychologie

Option : Psychologie Clinique

Thème :

L'adaptation scolaire des adolescents hyperactifs
(Agés de 11 à 14 ans dans la ville de Bejaia)

Elaboré par :

AKKAOUR Katia

ATMANI Malika

Encadré par :

Mme, BOUHOUÏ Nadia

Année universitaire : 2014-2015

Dédicace

Je dédie ce modeste travail :

A ma très chère mère Karima qui a donné, toute sa vie pour mon bonheur

A mon cher père Djamel qui m'a soutenu durant toute ma vie

A mes cher frère : badis, Yacine

A mon fiancé Aiteur Abdeslam dont j'estime ses sacrifices et ses encouragements.

A mes grand-mère : zoulikha, Alija.

A mes beaux-parents : Akli, Aicha.

A mes cousine : Sara, Yasmine et Meriem qui va avoir son petit bébé.

A toute la famille AKKAOUR et AITEUR

A ma meilleur amie fifi et toute sa famille

À ma collègue Malika pour avoir accepté de partager ce travail

AKKAOUR Katia

Dédicace

Je dédie ce modeste travail :

A ma très chère mère Nouara qui a donné, toute sa vie pour mon bonheur

A mon cher père Djilali qui m'a soutenu durant toute ma vie

A mes cher frère : Youcef, Lounis

A mes sœurs : Khalisa, Saïda, Kahina

A mon marie Abdelhak dont j'estime ses sacrifices et ses encouragements.

A ma petite fille Aya

A ma belle-mère : Zouina

A toute la famille A TMANI et MEHDI

À ma collègue Katia pour avoir accepté de partager ce travail

ATMANI Malika

Remerciements

*Le plus grand merci s'adresse au Bon Dieu, le
Tout puissant de nous avoir accordé le courage et
volonté pour accomplir ce travail.*

*Nous tenons à adresser nos plus vifs
remerciements à Mme BOUHOUJ Nadia pour
nous avoir encadrés et conseillés tout au long de
notre étude.*

*Nous remercions aussi Mme DOUAKHE qui nous
aider afin d'accomplir ce travail.*

Liste des tableaux

<i>N° du tableau</i>	Titre du tableau	Page
<i>N°1</i>	la clé pour la collecte de données	48
<i>N°2</i>	nombre des sections dans l'établissement de recherche	49
<i>N°3</i>	nombre et pourcentage de la population totale	50
<i>N°4</i>	l'échantillon de notre recherche	50
<i>N°5</i>	Bilan clinique d'un élève adolescents hyperactif	53
<i>N°6</i>	Diagnostic d'un adolescent hyperactif à l'aide du DSM IV- TR	53
<i>N°7</i>	Les résultats de l'échelle (YANGMAN) garçon filles	54
<i>N°8</i>	classification du degré d'adaptation scolaire	55
<i>N°9</i>	degré d'adaptation scolaire des garçons et des filles	55

Liste des figures

<i>N° De la figure</i>	Titre de la figure	Page
<i>N°1</i>	pourcentage de la population total des élèves	50
<i>N°2</i>	Pourcentage du nombre d'élèves garçons filles	51
<i>N°3</i>	moyennes du degré d'adaptation scolaire garçons et filles	55
<i>N°4</i>	pourcentage du degré d'adaptation scolaire garçons filles	56

TABLE DES MATIERE

Dédicace	
Remerciement	
Liste des tableaux	
Liste des figures	
Introduction générale :	1

Le cadre générale de la problématique

I.1. Problématique Les hypothèses	5
I.2. Les objectifs de la recherche	7
I.3. Les raisons du choix du thème	7
I.4. Les études antérieurs	7
I.4.1. Etude N° 1	7
I.4.2. Etude N° 2	8
I.4.3. Etude N° 3	9
I.4.4. Etude N° 4	11
I.5. Définition et conceptualisation des concepts clés	11
I.5.1. L'adaptation	11
I.5.2. L'adaptation scolaire	11
I.5.3. L'hyperactivité	11
I.5.4. L'adolescence	12

Chapitre I : l'adolescence et ces caractéristiques

Préambule :	14
I.1. Définition de l'adolescence	14
I.2. Perspectives historiques	14
I.3. Les stades de développement de l'adolescent	15
I.3.1. Le développement psychoaffectif et de la sexualité	15
I.3.2. Le développement cognitif selon Piaget	15
I.3.3 Le développement physique	17
I.4. Les phases de la pubescence	17
I.4.1 Pré pubescence	17

I.4.3. Post pubescence :	17
I.5. Modes d'adaptation des adolescents	18
I.5.1. Les conduites dites normales :	18
I.5.2. Les grands modes réactionnels :	18
I.5.3. Les modes ou mécanismes de défense	18
I.5.4. Passage du normal au pathologique	19
I.6. La scolarité des adolescents :	19
I.7. Les difficultés présentées par les adolescents :	20
I.8. La crise juvénile	20
I.8.1 Les faces de la crise juvénile.	20
I.8.1.1. La face individuelle	20
I.8.1.2. la face sociale	20
Synthèse :	21

Chapitre II : Trouble d'attention d'hyperactivité (TDAH)

Préambule	23
II.1. L'historique de l'hyperactivité	23
II.2. Définition.	28
II.3. La description clinique de l'hyperactivité	29
II.3.1. Instabilité motrice.	29
II.3.2. Instabilité psychique.	29
II.3.3. Autres symptômes	30
II.4. Les caractéristiques des adolescents hyperactifs	30
II.5. Les différentes approches et modèles théorique de l'hyperactivité	31
II.6. Les symptômes d'hyperactivité	31
II.7. Devenir du TDAH a l'adolescence	32
II.8. De l'hyperactivité dans l'enfance à la dépression à l'adolescence	33
II.9. Répercussions sur les apprentissages	33
II.10. Prise en charge	36
II.10.1. La thérapie non médicamenteuse	36
II.10.1.1. Thérapie comportementale et cognitive	36
II.10.1.2. Thérapie systémique	36
II.10.2. La thérapie médicamenteuse.	37
Synthèse	37

Chapitre III : l'Adaptation scolaire et ces difficultés

Préambule	39
III.1. Adaptation	39
III.1.1. Adaptation sociale.....	40
III.1.2. Adaptation scolaire	40
III.1.2.1. Les difficultés d'adaptations scolaires	41
III.1.2.1.1. Difficulté d'adaptation linguistique	41
III.1.2.1.2. Refus de l'école.....	42
III.1.2.1.3. Stresse scolaire.....	42
III.1.3. Adaptation psychologique.....	42
III.1.3.1. Les difficultés d'adaptations psychologiques.....	43
III.1.3.1.1. La peur.....	43
III.1.3.1.2. Le stresse	44
Synthèse.....	44

Chapitre IV : Méthodologie de recherche

Chapitre méthodologique.....	47
Préambule :	47
IV.1. La méthode de recherche utilisée :	47
IV.5. Population :	47
IV.3. Présentation du lieu de la recherche	49
IV.2. Outil de recherche.....	49
IV.2.1. Pour diagnostiquer les élèves hyperactifs	49
IV.2.2. Pour connaître le degré d'adaptation scolaire	50
IV.4. Le déroulement de la recherche :.....	50
Synthèse.....	51

Chapitre V : Présentation et interprétation des résultats

V. Présentation des résultats	53
V.1. Diagnostic des adolescents hyperactifs :.....	53
V.2. Les résultats de l'échelle (YANGMAN).....	54

V.2.1. Présentation des résultats de l'échelle YANGMAN garçon et filles	55
V.3. Discussion des résultats	56
V.4. Suggestion thérapeutiques.....	58
Conclusion générale	61

Bibliographie

Annexes

Résumé

Introduction

Introduction :

L'adolescence est le passage de dépendance à l'autonomie ou les manifestations physiques et comportementales marquent à l'adolescence. Dans cette période on trouve les états de mal-être chez les adolescents, le cumul des troubles tel que l'hyperactivité qui est un état d'activité constante et d'instabilité de comportement, s'accompagnant de difficultés d'attention, observé notamment en cas d'anxiété chez l'enfant et même chez l'adolescent.

Ces difficultés se trouvent souvent dans le milieu scolaire ou les hyperactifs trouvent des difficultés à s'adapter et à maintenir l'effort mental exigé lorsqu'il doit terminer ces tâches.

Et dans ce sens, l'hyperactivité peut être la source de difficultés dans la vie scolaire et même sur l'adaptation dans ce milieu.

Le but de cette recherche est de savoir s'il existe des adolescents hyperactifs dans un milieu scolaire et s'ils peuvent s'adapter au niveau scolaire, et dont ce sens, notre travail sera divisé en deux parties : théorique et pratique

Dans la partie théorique c'est-à-dire la première partie est constituée de quatre chapitres.

Premier chapitre :

Dans ce chapitre, on a exposé le cadre général de la problématique qui contient la problématique, les hypothèses, les objectifs, les raisons du choix du thème, définition des concepts clés, et les études antérieures.

Deuxième chapitre :

Ce chapitre est réservé pour la variable de l'adolescence, on a commencé par : définition, perspective historique, les stades de développement de l'adolescent, les phases de pubescence, mode d'adaptation des adolescents, la scolarité des adolescents, les difficultés présentées par les adolescents, la crise juvénile, les faces de crise juvénile.

Troisième chapitre :

Concerne la variable de l'hyperactivité : son histoire, sa définition, la description clinique de l'hyperactivité, les caractéristiques des adolescents hyperactifs, les différentes approches et modèles théoriques de l'hyperactivité, les symptômes d'hyperactivité, devenir du TDAH à l'adolescence, de l'hyperactivité dans l'enfance à la dépression à l'adolescence, répercussion sur les apprentissages et la prise en charge.

Quatrième chapitre :

On a consacré ce chapitre pour la variable de l'adaptation scolaire qui se subdivise on titre suivant : définition de l'adaptation, l'adaptation scolaire, difficultés d'adaptation scolaire, définition d'adaptation psychologique, difficultés d'adaptation psychologique, et l'adaptation sociale.

La deuxième partie qui est la partie pratique se constitue de deux chapitres :

Cinquième chapitre :

Ce chapitre concerne la partie méthodologique de notre recherche : la méthode utilisée, outil de recherche, présentation de terrain, déroulement de la pré-enquête, population.

Sixième chapitre :

On a réservé ce chapitre pour la présentation et interprétation des résultats ou on a exposé tous les résultats obtenus durant notre recherche.

En dernier, on a terminé notre travail avec une conclusion générale et des perspectives.

Partie théorique

Le cadre général de la Problématique

I. Problématique et hypothèses	5
I.2. Les raisons du choix du thème	7
I.3. Les objectifs de la recherche	7
I.4. Les études antérieurs.....	7
I.4.1. Etude N° 1	7
I.4.2. Etude N° 2	8
I.4.3. Etude N° 3	9
I.4.4. Etude N° 4	10
I.5. Définition et conceptualisation des concepts clés	11
I.5.1. L'adaptation.....	11
I.5.2. L'adaptation scolaire.....	11
I.5.3. L'hyperactivité.....	11
I.5.4. L'adolescence	12

I. Problématique et hypothèses

L'adolescence correspond à « l'âge compris entre la puberté et l'âge adulte ». Il s'agit d'une période de la vie qui s'échelonne généralement de 11-12 à 17-18 ans. L'adolescence serait donc la période de l'épanouissement de l'enfant qui se transforme en un adulte, afin qu'il devienne acteur responsable de son parcours personnel et civique. L'adolescence est une période captivante ; l'enfant qui a peur deviendra l'adulte qui ose (ZAZZO. R, 1972).

Elle est aussi une période créatrice, ne serait-ce que dans le domaine des sentiments ; l'affectivité étant plus intérieure, plus intense, plus passionnée. Etant un moment privilégié de l'éveil affectif, l'adolescence est aussi une confrontation avec la société. L'adolescent sorti du cocon familial jette un nouveau regard sur le monde. Dans les cultures occidentales, l'adolescence est devenue phénomène de société. C'est un état à la fois enfantin et sérieux, et elle se rapporte à cette période de la vie qui est à la fois une construction identitaire sur une identité déjà construite.

Ce pendant l'adolescence est aussi marquée par une tension et des conflits inévitables ou encore par des perturbations et inadaptation qui bien que transitoires sont considérées comme absolument indispensables à l'équilibre ultérieur.

Les causes de ces perturbations sont les transformations que ce soit sur le plan physique ou psychologique, l'adolescent est connu par son dégoût de l'école et son manque d'intérêt pour le scolaire, et pour cela, il souffre d'un mal être dans sa vie scolaire et il trouve des difficultés à s'adapter à ce milieu (Arezki. D, 2010 p. 183).

L'adolescence est aussi une période dans laquelle les adolescents sont confronté a complications ou troubles que sa soi physiques au psychologiques, Ainsi des complications en relation avec les comorbidités fréquentes à cet âge (personnalité antisociale, trouble anxieux, dépression et hyperactivité ... etc.) peuvent apparaitre (BREJARD.V, BONNET.A, 2007 p.29).

L'hyperactivité est souvent associée à des difficultés exécutives dans la vie quotidienne, comme en particulier au niveau de la planification de l'organisation de la temporalité de la régulation attentionnelle.

Ces troubles associés les plus fréquents sont ceux touchant les sphères comportementales émotionnelles ainsi que les troubles de l'apprentissage et troubles de coordination (BADAR. M, 2013, P 70).

LE CADRE GENERAL DE LA ROBLEMATIQUE

Le trouble déficit d'attention, l'hyperactivité est un trouble d'apparition précoce d'origine multifactorielle (.FRANC.N, et autres, 2008, P. 256)

L'inattention et l'hyperactivité peut se manifester dans le contexte scolaire, professionnel ou social. Les sujets atteints de l'hyperactivité peuvent se montrer incapables de prêter attention aux détails, ou faire des fautes d'étourderie dans leurs devoirs scolaires ou d'autres tâches. Leur travail est souvent brouillon et accompli sans soin ni réflexion préalable. Les sujets ont souvent du mal à soutenir leur attention au travail ou dans les jeux, ils trouvent difficile d'aller jusqu'au bout des choses. Souvent, ils donnent l'impression d'avoir l'esprit ailleurs et de ne pas écouter ou de ne pas entendre ce qui se dit. Ils changent fréquemment d'activité, commençant une tâche, passant à une autre, se tournant encore vers une troisième, sans n'en terminer aucune. Souvent, ils ne font pas ce qu'on leur demande ou ne se conforment pas aux directives, ils n'arrivent pas à terminer leurs devoirs scolaires, leurs tâches domestiques ou d'autres tâches. (DSM IV- TR, 2005, P.100)

Le trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est un problème neurologique qui peut entraîner des difficultés à moduler les idées, les gestes, les comportements et les émotions et selon plusieurs études le TDAH touche environ 5 à 8% des enfants et adolescents.

Ces derniers présentent des difficultés d'ordre relationnel trouble de comportement (instabilité motrice, agitation) ne permettant pas une adaptation satisfaisante à la vie d'une classe normale (ROINE. C, 2014, P. 17).

Les hyperactifs ne sont pas des élèves difficiles en général ce sont des élèves ayant de la difficulté à respecter l'encadrement ou la discipline imposée par l'école (BREJART. V., BONNET. A, 2007, p. 19).

L'école étant le milieu le plus fréquenté par l'élève, il devient de plus en plus souvent le théâtre de cette transposition de difficulté intérieure. (ARESEKI DALILA 2010, P.182).

Dans ce cas, l'élève doit s'adapter aux exigences de la vie scolaire. Cette adaptation, à la fois sociale et scolaire est le fruit des interactions entre l'enfant et les différents microsystèmes. (JARDEL, M-A. 2001, p. 561).

Et ce trouble provoque chez les adolescents des difficultés à se concentré en classe, à faire des erreurs d'inattention, à cause des retards, oublie de ces matériel scolaires.

Et pout ces facteurs nous ont poussés à poser la question suivante :

Et est-ce que l'hyperactivité a un effet sur l'adaptation scolaire chez les adolescents ?

1. Les élèves qui souffrent de l'hyperactivité ont du mal à s'adapter au milieu scolaire.

I.2. Les objectifs de la recherche

1. Notre objectif pertinent est de confirmer ou infirmer nos hypothèses de recherche.

2. Apercevoir l'effet d'hyperactivité sur l'adaptation scolaire chez les adolescents.

I.3. Les raisons du choix du thème

1. Elargir notre connaissance sur l'adaptation scolaire et l'hyperactivité.

2. Sensibiliser les éducateurs et les pédagogues sur l'importance de faire des programmes adéquates aux adolescents hyperactifs.

3. Pour mieux connaitre les difficultés rencontrées par les adolescents hyperactifs dans le milieu scolaire.

I.4. Les études antérieurs

I.4.1. Etude N° 1

CANEY. M et autres dans leurs recherche réaliser en 2009 sous l'intitulé l'enfant hyperactifs dans l'objectif principal de leur recherche et :

Dépister les enfants hyperactif d'une part, mais aussi de faire une différence entre un enfant inattentif l'hyperactivité et un enfant ou impulsif.

Dans cette recherche les auteurs ont tout d'abord présenté ce trouble comportemental (L'hyperactivité). Une première partie présentera la maladie dans son ensemble. Après un rapide historique, seront abordés les causes de l'hyperactivité, puis le diagnostic de la maladie chez l'enfant, et enfin les traitements existant à ce jour pour lutter contre ce phénomène. Dans une seconde partie, l'enfant hyperactif sera étudié à l'école au travers de témoignages, puis seront abordés les difficultés qui pourront être rencontrées au sein de la classe par l'enfant, les

autres élèves et l'enseignant, et pour finir une partie sera consacrée aux devoirs et exercices faits par un enfant hyperactif.

L'outil :

L'outil utilisé pour le dépistage des enfants hyperactifs en classe et par la même occasion de faire la différence entre l'hyperactivité et l'impulsivité et l'inattention :

Trouble déficit de l'attention/hyperactivité : critères diagnostiques du DSM-IV.

Code selon le type :

Déficit de l'attention/hyperactivité, type mixte : si à la fois les critères A1 et A2 sont remplis dans les 6 derniers mois.

Déficit de l'attention/hyperactivité, type inattention prédominante : si, pour les six derniers mois, le critère A1 est rempli mais pas le critère A2.

Déficit de l'attention/hyperactivité, type hyperactivité-impulsivité prédominante : si, pour les six derniers mois, le critère A2 est rempli mais pas le critère A1.

Note de codage : pour les sujets (particulièrement les adolescents et les adultes dont les symptômes ne remplissent plus actuellement l'ensemble des critères diagnostiques, spécifier : « en rémission partielle ».

I.4.2. Etude N° 2

L'mémoire présenté par SCHWANEN. C en 2008 comme exigence partielle de la maîtrise en éducation intitulé « portrait de l'adaptation scolaire et sociale des élèves fréquentant les écoles secondaires

Ce mémoire a utilisé les données recueillies dans le cadre de l'évaluation de la Stratégie d'intervention agir autrement (SIAA), qui est une mesure visant à favoriser la réussite scolaire des élèves des 196 écoles secondaires. Dans le cadre de ce mémoire, seules les données recueillies lors des deux premières années seront utilisées (2002-2003 et 2002-2004), les autres données n'étant pas encore disponibles au moment de la rédaction du mémoire. Ce mémoire tentera donc de déterminer dans quelle mesure les élèves intellectuellement doués s'adaptent et en quoi leur quotient intellectuel les protège ou leur nuit en cours de cheminement scolaire et social à l'école secondaire.

Les résultats

L'objectif de ce mémoire était de tester l'hypothèse selon laquelle les élèves des écoles secondaires québécoises, intellectuellement doués, rencontrent davantage de difficultés à s'adapter à leur réalité sociale et scolaire que les élèves de ces mêmes écoles qui sont d'intelligence moyenne et ce, selon leur niveau de douance.

Les écrits recensés en seconde partie de ce mémoire, démontraient principalement que les enfants et adolescents intellectuellement doués rencontraient de façon significative divers types de problèmes, pouvant aller du simple sentiment d'auto critique sévère, à celui d'anxiété de performance ou encore, à celui de dépression.

Cependant, les résultats de la présente étude tendent à démontrer le contraire puisque les élèves doués présentent nettement moins de problèmes d'adaptation de toutes sortes que les élèves d'intelligence moyenne.

I.4.3. Etude N° 3

Dans son mémoire sur « L'engagement scolaire des enfants hyperactifs et inattentifs : effets modérateurs des relations sociales », OLIVIER. E, vise à étendre la littérature existante en explorant l'interface entre l'hyperactivité-inattention, les relations sociales des élèves à l'école et leur engagement scolaire. Elle cherche à déterminer, au moyen d'un devis associatif longitudinal, si la pro socialité des élèves envers leurs pairs et les relations sociales positives qu'ils entretiennent avec leurs enseignants modèrent le lien prédictif entre l'hyperactivité-inattention et l'engagement comportemental, cognitif et affectif des élèves en français.

Résultats :

Nos résultats montrent d'une part que chaque dimension de l'engagement scolaire demeure assez stable à travers le temps. Ainsi, les élèves qui suivent les instructions de leur enseignant, qui écoutent en classe et font des efforts, qui aiment et sont intéressés par les cours, qui sont portés à réviser leurs travaux scolaires et qui cherchent à comprendre les apprentissages, ont tendance à agir et penser de la sorte dès l'année précédente. Ces résultats sont cohérents avec les trajectoires d'engagement scolaire identifiées par Archambault et al. (2009) auprès d'élèves du secondaire qui, en majorité, conservent un niveau relativement stable d'engagement scolaire tout au long d'une année.

I.4.4. Etude N° 4

Dans son mémoire de master II SPETEBROOT, A. sous l'intitulé « Scolarisation d'un élève hyperactif en classe ordinaire : les adaptations pédagogiques » elle a traité le trouble de l'hyperactivité quand trouve dans classes ordinaire. Ainsi que d'agir efficacement contre ce trouble, et pour le bien-être de l'élève présentant ce trouble, mais aussi pour les autres élèves de la classe.

Les résultats : Dans un premier temps, elle a remarqué que les étudiants illustrent l'élève hyperactif comme un enfant qui bouge énormément. Les symptômes proposés sont plutôt moteurs. Tout le côté psychologique du trouble n'est pas évoqué : le fait que l'enfant soit angoissé et ait besoin d'être sécurisé par l'enseignant. Le problème lié à la concentration apparaît également et est en lien avec l'impulsivité motrice.

De plus, il apparaît que selon eux, bouger est un besoin pour l'enfant. Cet élément nous amène à nous interroger : bouger est une action définie par un besoin ou l'enfant bouge-t-il « sans s'en rendre compte » ? En effet, un des symptômes principaux du TDAH est l'impulsivité, c'est-à-dire agir sans réfléchir. Bouger n'est donc pas une nécessité, ce n'est pas le résultat d'une réflexion qui détermine un besoin. Nous rejoignons ce que certains étudiants estiment : que l'enfant a des difficultés à maîtriser son corps.

I.5. Définition et conceptualisation des concepts clés

I.5.1. L'adaptation

Pour Perron « s'adapter » c'est parvenir à une certaine mode sociale de relation interpersonnelle et la réalisation une certaine insertion sociale que l'on juge souhaitable.

Pour Piaget « l'adaptation à l'environnement se fait grâce à l'équilibre atteint par deux mécanismes de fonctionnement » (PLATNIK, R., 2005 P. 182).

Pour Piaget, l'intelligence humaine est l'adaptation mentale la plus poussée c'est à dire l'instrument indispensable des échanges entre le sujet de l'environnement, elle est le meilleur cas d'adaptation d'un être vivant à son environnement.

L'adaptation se traduit au niveau cognitif par une reconstruction et une réorganisation évoluant dans un milieu lui-même changeant. En termes de processus, l'adaptation correspond à l'interaction entre deux mécanismes principaux et complémentaires, qui traduisent des échanges bidirectionnels

Entre l'individu et le milieu l'assimilation et l'accommodation réglés par un troisième processus fondamental (Laval. V, 2004, P. 11-12)

I.5.2. L'adaptation scolaire

Selon « MICKELSON » DANS « HRIMECH » ET « THEORET »(1997) l'adaptation scolaire est représentée par une attitude ouverte et participative des élèves au projet éducatifs de leur école par un sentiment de contrôle sur leur vie scolaire et une perception de pertinence des programmes offerts en vue de leurs occupations futures. (SCHWANEM 2008, P.5)

I.5.3. L'hyperactivité

L'hyperactivité est le symptôme le plus bruyant et le visible du trouble .C'en est le critère principal appelé aussi symptôme hyper-quantique l'hyperactivité est défini en priorité comme une activité motrice débordante, inapproprié et désordonnée de l'enfant, il ne peut rester « assis » « bouge tout le temps » « fait des bruits incongrus » (BREJART. V, BONNET. A, 2007, P. 27).

I.5.4. L'adolescence

L'adolescence est une période de passage de l'état d'enfant à celui de l'adulte. Elle se caractérise par l'importante transformation somatique qui parallèlement à une poussée instinctuelle rapproche l'enfant de l'homme ou de la femme au plan physique. (COSLIN.P, 2002, P05).

Chapitre I Adolescence

Préambule :	14
I.1. Définition de l'adolescence	14
I.2. Perspectives historiques	14
I.3. Les stades de développement de l'adolescent	15
I.3.1. Le développement psychoaffectif et de la sexualité	15
I.3.2. Le développement cognitif selon Piaget	15
I.3.3 Le développement physique	17
I.4. Les phases de la pubescence	17
I.4.1 Pré pubescence	17
I.4.3. Post pubescence :	17
I.5. Modes d'adaptation des adolescents	18
I.5.1. Les conduites dites normales :	18
I.5.2. Les grands modes réactionnels :	18
I.5.3. Les modes ou mécanismes de défense	18
I.5.4. Passage du normal au pathologique	19
I.6. La scolarité des adolescents :	19
I.7. Les difficultés présentées par les adolescents :	20
I.8. La crise juvénile	20
I.8.1 Les faces de la crise juvénile	20
I.8.1.1. La face individuelle	20
I.8.1.2. la face sociale	20
Synthèse :	21

Préambule

L'adolescence est un moment de l'existence au l'investissement du corps subit de profonde modification liée au mécanisme d'acquisition de l'identité et au mécanisme d'identification le corps peut s'apparaître comme un territoire extérieur ou sujet.

I.1. Définition de l'adolescence

Proviennent du verbe latin *adolescere* qui signifie « grandir » et plus précisément de son participe présent.

L'être auquel s'applique ce terme est donc étymologiquement celui qui est en train de grandir et s'oppose ainsi à celui dont l'opération de grandir a atteint son terme : l'adulte (il s'agit là d'un mot provenant du participe passé de ce même verbe *adolescere*).

Certes l'opération de grandir ne concerne pas uniquement l'aspect physique de l'individu. C'est toutefois cette croissance physique qui présente, l'aspect le plus spectaculaire de l'entrée dans l'adolescence, et qui seulement ouvre cette période mais aussi provoque l'apparition d'autres aspects ne concernant plus directement le corps, des intérêts par exemple.

L'adolescence correspond à la période de vie située entre l'enfance et l'âge adulte. On s'accord en général pour considérer que le point de départ en est aisément. Par contre, les avis sur le point de clôture et de début de l'entrée dans l'âge adulte divergent (GUIDETTI. M, 2002, p. 96).

I.2. Perspectives historiques

Les anciens se sont intéressés au passage de l'enfance de l'état adulte. Ils voyaient dans cet entre temps le moment où l'on accède à la raison mais aussi l'époque des passions et des turbulences. Ainsi Platon considérait que cette transition consistait en une maturation graduelle transformant la première couche de l'âme, intrinsèque à l'homme, en une deuxième couche caractérisée par la compréhension des choses et l'acquisition des convictions et conduisant certains, à l'adolescence ou à l'âge adulte, à parvenir à l'intelligence et la raison éléments de la troisième couche.

Aristote envisageait plutôt des stades hiérarchisée ou les jeunes enfants dominés par leur appétit et leurs émotions s'avéraient capables d'action volontaires mais non de choix réel ce qui les rendait semblables aux animaux. La capacité choisir n'intervenait qu'au second stade entre 8 et 14 ans, appétits et émotions étant alors subordonnés à un contrôle et à des

règles. La période de 15 à 21 ans était celle des passions de la sexualité, de l'impulsivité et du manque de contrôle de soi : mais c'était aussi le temps du courage et de l'idéalisme.

Il n'en est pas moins vrai que jusqu' au XIXe siècle, l'adolescence au sens ou non l'entendons aujourd'hui, n'est pas observable au sein de la société occidentale.

Certes la constatation de la puberté entraîne-t-elle la capacité civile chez les romains, bien que le terme de l'adolescent y qualifiât la personne jusqu'à sa trentième année certes le fait de pouvoir porter des armes procurait il le statut d'adulte chez les français et les germains. Mais au moyens âge, la croissance physique était considérée comme l'agrandissement graduel d'une créature de dieu et enfant et adulte étaient estimés qualitativement semblable ; ne différant que quantitativement, le jeune n'étant tout simplement qu'un adulte en miniature. Ne croyait-on pas d'ailleurs le sperme contenait l'homuncule (le petit homme) qui implanté dans l'utérus, y grandissait dans différenciation des tissus ou des organes. (COUTIER 1996).

C'est seulement à la renaissance qu'apparaissent de nouvelles façons de concevoir le développement humain avec Comenius qui pose la nécessité d'établir des programmes scolaires en relation avec l'évolution des facultés de l'individu. Quatre stades de six années sont ainsi évoqués : de 1 à 6 ans, les enfants sont à la maison ou ils doivent recevoir une éducation de base et exercer leurs facultés sensorielles et motrices ; de 7 à 12 ans tous doivent recevoir une éducation élémentaire (langue, usage social, religion) dans leur langue maternelle et non en latin. Ils doivent alors développer leur mémoire et leur imagination. De 12 à 18 ans l'éducation vise à favoriser l'évolution du raisonnement : mathématique, rhétorique, éthique etc. enfin, de 18 à 24 ans, C'est la maîtrise de soi et de la volonté qui doit être développé, tant à l'université qu'à travers des voyages. (COISLIN. P, 2010, p. 15-16).

I.3. Les stades de développement de l'adolescent

II.3.1. Le développement psychoaffectif et de la sexualité

L'adolescence entraîne le rejet des images parentales de l'enfance en prélude à de nouveaux attachements. L'adolescence ayant de ses parents une image différente à celle de l'enfance dus à l'évolution de leur relation, assiste en quelque sorte à leur mort sur le plan de fantasme.

Ce rejet est nécessaire pour la conquête de l'autonomie. Les diverses formes de défense utilisée par le jeune contre les anciens objets d'amour seront abordées, ainsi que les attitudes à propos de sexualité, les comportements sexuels.

II.3.2. Le développement cognitif selon Piaget

La théorie du développement cognitif élaboré par Piaget constitue une explication particulièrement structurée des changements relatifs à l'appareil conceptuel des adolescents. Piaget considère l'intelligence comme une forme d'adaptation particulière de l'organisme. La recherche d'un équilibre entre les données environnementales et les formes adoptées par l'intelligence pour les appréhender aménage les interactions entre le sujet et le milieu au cours du développement, la pensée s'organise en structure de plus en plus complexée.

L'intelligence a pour fonction d'ordonner la réalité selon des structures dans l'origine se situant dans des actions concrètes schèmes réflexes du nouveau-né et schèmes sensori-moteurs du bébé. Le pont d'achèvement de ces structures se situe dans le raisonnement formel de l'adolescent.

La théorie piagétienne s'articule autour d'invariants fonctionnels, qui constitue en quelque sorte les fonctions de base du développement à partir desquels les comportements (moteurs, intellectuels, etc.) évoluent en s'ajustant progressivement. Il y a équilibration graduelle des conduites lors du développement à travers les fonctions d'adaptation et d'organisation.

L'adaptation correspond à l'équilibre établie entre l'organisme et son environnement. Il y a donc complémentarité entre ces deux fonctions : l'enfant s'organise en s'adaptant à son environnement schèmes et augmentant sa capacité d'adaptation au milieu. Deux mécanismes sous-tendent l'adaptation l'assimilation et l'accommodation. L'assimilation consiste à incorporer à la structure de l'organisme des éléments issus de l'environnement. Ces éléments sont transformés, « assimilés ». L'accommodation a trait à la modification des structures en fonction des pressions exercées par le milieu. Il y a adaptation lorsque un certain équilibre s'établit entre assimilation et accommodation. Assimilation et adaptation sont liées au développement intellectuel. (COUSLIN. P, 2010, p. 69-70).

L'interaction sujet-environnement est très marquée par les degrés d'organisation atteints par l'intelligence. L'activité du sujet aide à l'évolution de ce degré d'organisation. Quatre facteurs sont au centre du développement cognitif : la maturation physique, l'interaction avec le milieu physique, l'influence de l'environnement social et l'équilibration. Ce dernier facteur est le plus important pour Piaget. Il correspond à une tendance innée de l'organisme à intégrer les données environnementales à ses structures et à ajuster ces dernières aux impératifs du milieu. Le fonctionnement cognitif consiste donc en une adaptation résultant d'un équilibre entre assimilation et accommodation. Dans la perspective

Piagétienne, l'intelligence est la forme d'équilibre vers laquelle tendent les fonctions cognitives. Le développement s'effectue alors selon quatre stades : période sensori-motrice, correspondant aux deux premières années de la vie ; période préopératoire, caractérisée, entre 2 à 5 ans par la pensée symbolique, puis entre 5 et 7 ans par la pensée intuitive ; période opératoire concrète, entre 7 et 12 ans où l'enfant abandonne le mode de raisonnement intuitif ; et période opératoire formelle après 12 ans.

La perspective Piagétienne voit dans l'adolescence la dernière étape de la construction des opérations intellectuelles, le stade formel qui débutant avec la puberté ne connaîtra un palier d'équilibre que vers la quinzième année. (COUSLIN. P, 2010, p. 69-70)

II.3.3 Le développement physique

L'enfant entre 10 ans 12 ans a atteint un sommet de maturité enfantine. Arbitrairement la description se fait en trois phases progressives qui conduiront à la fin de l'adolescence.

II.4. Les phases de la pubescence

II.4.1 Pré pubescence :

Adolescence précoce, premiers signes de maturation sexuelle.

II.4.2. Pubescence :

Adolescence moyenne, début et fin de la poussée pileuse pubienne. Croissance staturale marquée. Première règles, première éjaculations. Développement des organes sexuels. Etablissement de silhouette masculine et féminine (hanche, thorax).

II.4.3. Post pubescence :

Adolescence tardive, fin du développement pileux ralentissement de la croissance staturale. Fécondité.

- la pré pubescence chez le garçon commence vers 12-13 ans (âge moyen), chez la fille vers 10-11 ans (âge moyen).

- la pubescence chez le garçon commence vers 13-16 ans (âge moyen), chez la fille vers 11-14 ans (âge moyen).

- la post pubescence chez le garçon commence vers 16-18 ans (âge moyen), chez la fille vers 14-16 ans (âge moyen).

La post adolescence ou fin de l'adolescence se caractérise par la maturation, elle va jusqu'à l'âge adulte. Pour le garçon 18-20 ans, pour la fille 16-18 ans.

Les trois phases correspondent à une longue période au cours de laquelle s'effectuent les grandes et nombreuses transformations somatiques, physiques, sensorielles. Ces

transformations vont entraîner des réactions psychologiques. L'adolescent voit son schéma corporel changer de façon disharmonieuse, sa force, son poids augmenter, ses désirs sexuels se manifester différemment, ses réactions changent, son statut social se modifie. Il y a une grande fatigue avec des répercussions sur les activités, de mauvaises attitudes dues à une croissance rapide, une évolution naturelle de certaines structures enfantines (notamment celles liées au complexe d'Œdipe). Son humeur et son comportement sont affectés. (Dalila Arezki, 2010, p152-153).

II.5. Modes d'adaptation des adolescents

Il s'agit de processus propres à l'adolescence. Ils peuvent présenter des excès qui sont alors des déviations qui compromettent une évolution heureuse ultérieure.

II.5.1. Les conduites dites normales :

Les conduites propres à l'adolescent prennent la forme suivante :

-Ascétisme.

-Idéalisme

-Narcissisme.

II.5.2. Les grands modes réactionnels :

Les deux grands modes réactionnels d'adaptation selon différents auteurs à la suite d'Anna FREUD, sont :

- L'intellectualisation avec risque de rationalisation.
- L'ascétisme refus de satisfactions instinctives dans le contexte de l'intellectualisation.

II.5.3. Les modes ou mécanismes de défense

Ces modes des mécanismes de défense d'une personnalité à la recherche de son identité. Il existe de nombreux autres mécanismes de défense.

C'est une réaction dans la lutte contre la nouvelle poussée instinctive et le bouillonnement émotionnel nouveau. C'est-à-dire que le sujet refuse de se soumettre à ses pulsions.

Par ailleurs, il peut y avoir des oscillations possibles et des débordements pulsionnels avec une infraction morale, par exemple : laisser-aller et idéalisme, et isolement.

L'adolescent peut adopter différents modes de conduite selon qu'il est dans la famille, à l'école, dans le groupe.

II.5.4. Passage du normal au pathologique

Ces conduites sont normales à l'adolescence. Mais s'il y a fixation sur l'une d'elle, il y a risque de voir s'installer une personnalité déviée, une pathologie.

Il faut savoir, dans les problèmes auxquels l'adolescent doit faire faces, si les conduites sont suicidaires, déviantes, délinquantes ou non. (AREZKI. D, 2010, P181-182).

II.6. La scolarité des adolescents :

Deux types de facteurs influencent la scolarité ; les uns sont liés au système scolaire, les autres au développement personnel (MARCELLI ET BRACONNIER 1999). A partir de la 6^e, il faut évoquer les modifications des possibilités intellectuelles, psychomotrices et Perturbées ou trop intenses, ces modifications sont susceptibles d'influencer la scolarité de l'adolescent.

Au plan intellectuel, vers l'âge de 12 ans l'enfant devient capable d'abstraction et, comme le montre Piaget (1955), accède à la pensée formelle, hypothético-déductive ; il passe de la rédaction à la dissertation du simple récit aux évocations, et du calcul au problème.

Cet accès à l'abstraction n'est pas toujours facile, et les difficultés peuvent entraîner un manque d'attention si non un manque d'intérêt pour l'école. IL est également possible de distinguer à cet âge la pensée convergente de la pensée divergente : la première est canalisée, contrôlée pour arriver à une réponse unique. À une seule conclusion, alors que la seconde impliquant un travail multidirectionnel et susceptible de provoquer une relative dispersion.

Au point de vue psychomoteur, l'intensité des transformations corporelle entraine une évolution du schéma corporel et de l'image du corps et un bouleversement de représentation de l'espace et du contrôle tonic-moteur qui retenti sur la scolarité tant en ce qui concerne l'exécution des taches (écriture, travaux manuels, appropriation de l'espace), que la compréhension ; des préoccupations corporelles importantes sont également susceptible de démobiliser le jeune pour ses opérations mentales. (COUSLIN, P. 2004, p 69 et 70).

Au point de vue affectif, l'émergence de nouveaux intérêt se manifeste dans la littérature, ou la quête de l'autre sexe est différemment approchée que pendant l'enfant, dans la résolution de problèmes quotidiens ou les préoccupations personnelles ont un rôle évident. Le désir d'autonomie et d'indépendance par rapport à la famille facilite l'exploration de champs d'intérêt personnel et l'identification à un auteur à une idiologie, voir à une discipline par l'intermédiaire d'un enseignant. Mais il ne faut pas oublier que ces nouvelles possibilités effectives sont souvent empreintes de révolte d'opposition et de transgression et qu'un

professeur risque parfois de se substituer à l'un des parents pour devenir l'objet d'un rejet (IBID. P. 106).

II.7. Les difficultés présentées par les adolescents :

1. selon l'axe nosographie, on classera alors les difficultés en trouble du comportement et difficultés de pensée.
 2. selon l'axe développemental : on classera alors les difficultés selon :
 - a. qu'elles sont directement liées à l'arrivée de la puberté.
 - b. qu'elles font suites à celles déjà repérées élémentaires.
 3. selon les facteurs prépondérants dans leur survenue, on distinguera alors :
 - a. les difficultés personnelles que le jeune adolescent exprime à l'école.
 - b. les difficultés générées par l'école (l'école est l'objet du conflit par l'adolescent).
- (MASSON. E, 2011, P. 250).

II.8. La crise juvénile

Plutôt que d'employer le mot (crise), certains auteurs emploient le mot (troubles) réactionnels pubertaires.

Les troubles sont liés aux deux grands problèmes de l'adolescence

- Reconnaissance du corps
- Maturation sexuelle. (AREZKI. D, 2010, p. 168)

II.8.1 Les faces de la crise juvénile

II.8.1.1. La face individuelle

La première face, dite (individuelle), se caractérise par l'affirmation de soi avec exaltation, la contemplation ainsi que la découverte du (moi) comparable à la découverte du corps chez le bébé. Elle se traduit souvent par un gout pour la solitude, par le secret et par des excentricités vestimentaires, comportementales et langagières.

Dans cette période, apparaît l'intensité dans le (vouloir), la passion de réformer, de moraliser ou de bouleverser le monde. C'est de cette manière qu'un adolescent passe d'un simple désir d'originalité à une certitude d'être original et s'attache à une croyance d'être original.

II.8.1.2. la face sociale

Cette face sociale se caractérise ou se manifeste par la révolte juvénile. Il s'agit d'une révolte à l'égard de toutes sortes d'idées reçues que l'adolescent rejette. Il se révolte aussi

contre les adultes, les systèmes de valeur et les lois. Tous les jeunes adolescents se révoltent, et c'est principalement à l'égard des adultes. Ils combattent leur manque de compréhension et surtout, le fait qu'ils attendent à leur indépendance. En fait, il s'agit nécessairement d'une révolte vis-à-vis de tout ce qui peut gêner cette affirmation de soi. (AREZKI. D, 2010, p.176)

Synthèse :

La période d'adolescence est une phase tumultueuse de l'évolution d'où sortira, plus forte ou définitivement perturbée, la personnalité de l'adulte.

Ainsi que l'adolescence est comme une langue étape subjective de découverte et de conquête de la personnalité.

Chapitre II L'hyperactivité

Préambule	23
II.1. L'historique de l'hyperactivité	23
II.2. Définition.....	28
II.3. La description clinique de l'hyperactivité	29
II.3.1. Instabilité motrice.....	29
II.3.2. Instabilité psychique.....	29
II.3.3. Autres symptômes	30
II.4. Les caractéristiques des adolescents hyperactifs	30
II.5. Les différentes approches et modèles théorique de l'hyperactivité	31
II.6. Les symptômes d'hyperactivité	31
II.7. Devenir du TDAH à l'adolescence	32
II.8. De l'hyperactivité dans l'enfance à la dépression à l'adolescence	33
II.9. Répercussions sur les apprentissages	33
II.10. Prise en charge	36
II.10.1. La thérapie non médicamenteuse	36
II.10.1.1. Thérapie comportementale et cognitive	36
II.10.1.2. Thérapie systémique	36
II.10.2. La thérapie médicamenteuse.....	37
Synthèse.....	37

Préambule

L'hyperactivité est l'une des problématiques majeure au niveau de l'enfance, que l'on rencontre le plus souvent au milieu scolaire, mais il est important de distinguer un enfant hyperactif d'un enfant inattentif ou impulsif.

En effet, les élèves hyperactifs ne sont pas des élèves difficiles en général, ce sont plutôt des élèves ayant de la difficulté à respecter l'encadrement ou la discipline imposés par l'école ou la classe.

Cependant, ces enfants présentent une grande force comme une grande motivation à changer un effort et un dynamisme. Ils ne sont pas moins intelligents que les autres enfants, bien au contraire.

Ces forces sont toutefois mises à l'épreuve par leur comportement le côté désorganisé, étourdi, et facilement distrait.

II.1. L'historique de l'hyperactivité

Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est observé et étudié depuis plus de 100 ans. Il n'a naturellement pas toujours été dénommé ainsi. Au cours des décennies, la notion a évolué, tout comme sa dénomination, qui est passée d'atteinte cérébrale à atteinte cérébrale légère, à dysfonction cérébrale minime, au trouble hyperkinétique, pour en arriver au trouble de déficit de l'attention/hyperactivité.

-De 1900 à 1925 : syndrome d'atteinte cérébrale

C'est à Sir GEORGES STILL, pédiatre anglais, que revient le mérite d'avoir effectué une première description clinique des déficits de l'attention et de l'hyperactivité. En 1902, il a observé une vingtaine d'enfants qui présentaient des comportements perturbateurs. Ces enfants adoptaient un modèle de comportement impulsif motivé par un besoin de gratification immédiate sans tenir compte des conséquences. Ces comportements étaient parfois accompagnés de difficultés d'apprentissage, surtout chez les garçons, et aussi de retard mental ou d'atteintes au cerveau. (BEJARD. V, BONNET. A, 2007, P. 10)

STILL fait référence au déficit du «contrôle moral», qui est défini comme le contrôle des activités en conformité avec la conscience morale, comme une caractéristique commune à ces enfants, et qui se reflète par un échec des processus inhibitoires. (DUBE, 1992).

STILL associe ce qu'il appelle le «manque de contrôle de la volonté» à une inhabileté à diriger l'attention vers une voie d'action alternative.

En faisant des recherches sur l'origine de ces comportements chez ces enfants, STILL remarque, chez certains d'entre eux, des atteintes au cerveau comme des lésions, des traumatismes ou des encéphalites, pouvant expliquer les modifications dans leur comportement.

Mais ce n'était pas le cas pour tous les sujets. Il en arrive à émettre l'hypothèse que les dommages cérébraux importants touchent les fonctions intellectuelles en général, tandis que les dommages minimes touchent les fonctions intellectuelles supérieures comme le contrôle moral (Dubé, 1992).

Les travaux de TREDGOLD (1908), de Hohman (1922), d'ÉBAUGH (1923) et de STRECKER et ÉBAUGH (1924) viennent appuyer l'hypothèse de STILL selon laquelle une atteinte cérébrale expliquerait des comportements perturbateurs chez les sujets atteints.

TREDGOLD émet l'hypothèse que des dommages cérébraux comme l'anoxie à la naissance peuvent passer inaperçus, mais deviennent apparents au début de la scolarisation. CONNERS (2000) souligne que HOHMAN, ÉBAUGH ET STRECKER quant à eux rapportent des changements draconiens et catastrophiques dans la personnalité des individus qui ont subi des atteintes au cerveau. Ces changements incluent l'hyperactivité, la distractibilité, l'irritabilité et les comportements agressifs, destructifs et antisociaux dans le milieu scolaire. (MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION QUÉBEC : 2003, P. 23)

-De 1925 à 1960 : atteinte cérébrale légère

À cette époque, la majorité des auteurs associaient l'hyperactivité et la distractibilité à une atteinte au cerveau. Ces deux caractéristiques étaient même vues comme les symptômes clés d'un syndrome d'atteinte cérébrale (KAHN et COHEN, 1934 ; STRAUSS et WERNER, 1942 ; STRAUSS et LEHTINEN, 1947).

C'est dans les années 40 qu'on fit la découverte de stimulants qui agissent sur le comportement. BRADLEY (1937) après avoir administré de la benzédrine pour contrer des maux de tête, remarque un effet spectaculaire sur le comportement des enfants de même que sur leur rendement scolaire. Après une autre recherche, effectuée en 1940 avec la collaboration de BOWEN, BRADLEY conclut que les stimulants agissent sur plus d'un type

de comportement. Il mentionne que les enfants hyperactifs et agressifs deviennent plus calmes et ceux qui présentent des attitudes de retrait social manifestent un meilleur esprit d'initiative (DUBE, 1992).

CHILDERS (1935) est l'un des premiers à définir l'hyperactivité et à la quantifier en fonction de critères opérationnels (DUBE, 1992). Il mentionne qu'avant de conclure à la présence d'hyperactivité les comportements doivent apparaître dans différents contextes. (MINISTERE DE L'EDUCATION QUEBEC : 2003, P. 23)

LAUFER et DENHOFF (1957) ont découvert plusieurs autres caractéristiques rattachées à l'hyperactivité, ou à ce qu'ils appelaient le «syndrome de comportement hyperkinétique». Ils notent donc une faible attention et concentration, une grande fluctuation dans la performance, de l'impulsivité et un manque d'anticipation, une incapacité à tolérer un délai de gratification, de l'irritabilité et une faible tolérance à la frustration avec un tempérament explosif, un faible rendement scolaire et un faible rendement dans les tâches vesou-motrices qui se reflètent dans le travail en mathématique, en lecture et en écriture.(MINISTERE DE L'EDUCATION QUEBEC : 2003, P. 24)

-De 1960 à 1970 : dysfonction cérébrale minime

On attribuait jusqu'alors les comportements hyperactifs à une atteinte cérébrale, car la majorité des enfants ayant subi ce type de dommage présentaient ces comportements perturbateurs. Or plusieurs présentaient les symptômes sans que l'on puisse détecter une lésion cérébrale quelconque.

En 1962, le Oxford International Study Group on Child Neurology ad met qu'on ne peut conclure à une atteinte seulement par la présence de comportements dysfonctionnels ou inadaptés (DUBE, 1992). C'est alors qu'est apparue la notion de «dysfonction cérébrale minime». C'est CLEMENTS en 1966, qui proposa cette appellation afin de rallier le point de vue de tous après avoir recensé une quarantaine de termes différents pour décrire des enfants qui présentaient des caractéristiques communes. (MINISTERE DE L'EDUCATION QUEBEC : 2003, P. 24)

Selon lui, l'expression de « dysfonction cérébrale minime » est réservée aux « enfants d'intelligence normale qui présentent des problèmes de comportement ou d'apprentissage d'intensité variable et associés à des dérèglements du système nerveux central, dérèglements qui se manifestent par des difficultés de perception, d'abstraction, de langage, de mémoire,

d'attention et de contrôle de la motricité» (DUBE, 1992). Les critères centraux associés à ce trouble sont le contrôle de l'attention, l'impulsivité et les fonctions motrices.

L'idée principale revient à ce que STILL avait affirmé ultérieurement en décrivant le trouble comme un manque de contrôle de l'impulsivité et de l'attention avec des difficultés motrices et développementales (CONNERS, 2000).

CLEMENTS et PETER (1962) proposent une approche clinique de diagnostic des enfants présentant une dysfonction cérébrale minime. Selon eux, l'évaluation doit comprendre une description des comportements et des symptômes par les parents et les enseignants, une mesure des déficits perceptivo-moteurs de coordination et des apprentissages, une observation et un historique des comportements hyperkinétiques et impulsifs, de l'instabilité émotionnelle et des difficultés d'attention et/ou de la distractivité, une observation des signes neurologiques mineurs et des anomalies à la lecture d'un électroencéphalogramme (EEG).

Leur batterie diagnostique incluait donc une passation d'une échelle d'intelligence WESCHLER, un test de Gestalt vasomoteur Bender, des tests de lecture, d'orthographe et de mathématique de même qu'un examen neurologique. (MINISTERE DE L'EDUCATION QUEBEC : 2003, P. 24)

-De 1970 à aujourd'hui : déficitaire de l'attention et hyperactivité

Une grande insatisfaction s'est fait sentir dans les années 70 relativement à l'appellation «dysfonction cérébrale minime».

Certains la trouvaient trop restrictive, car la cause ne pouvait être que neurologique, alors que d'autres la trouvaient trop large, car elle pouvait s'appliquer à plusieurs types d'enfants présentant des caractéristiques communes sans pour autant partager le même trouble. Elle désignait un diagnostic fourre-tout. La publication du DSM-III (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), en 1980, propose, pour la première fois, des catégories de maladies mentales propres aux enfants, dont le «le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité».

Cette catégorie de trouble infantile se divisait en trois sous-groupes de critères, soit ceux qui sont liés à l'inattention, à l'impulsivité et à l'hyperactivité. L'analyse de ces trois critères se révélait alors essentielle pour diagnostiquer le trouble. L'appellation du trouble sous-entendait que le jeune pouvait présenter des indices d'inattention seuls ou accompagnés

d'hyperactivité. La vision du trouble à ce moment mettait l'accent sur le déficit de l'attention plutôt que sur l'hyperactivité. (MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION QUÉBEC : 2003, P. 24)

Cette appellation sous-entendait avant tout la présence d'un déficit de l'attention et que l'hyperactivité pouvait être présente mais que sa présence n'était pas nécessaire au diagnostic et que, conséquemment, si l'hyperactivité était présente elle était principalement causée par le déficit d'attention. Cette désignation marquait un tournant majeur dans la compréhension de ce trouble. C'est aussi à cette époque qu'on a commencé à accorder de l'importance aux observations des enseignants, le diagnostic ne dépendant plus seulement des observations faites par les parents. (MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION QUÉBEC : 2003, P. 25)

Ce nouveau type d'approche concernant le déficit de l'attention et l'hyperactivité a soulevé beaucoup d'interrogations quant au choix des critères des trois échelles et au degré de sévérité. En 1989, on remarque dans le DSM-III-R que la distinction entre le trouble avec ou sans hyperactivité a disparu et que l'appellation est devenue la suivante : «hyperactivité avec déficit de l'attention». Les critères permettant le diagnostic sont davantage expliqués. On ne distingue plus l'inattention de l'hyperactivité et de l'impulsivité. Quatorze critères sont listés, dont certains sont rattachés à des comportements hyperactifs et impulsifs, alors que d'autres relèvent de l'inattention. Plusieurs personnes devaient observer la symptomatologie. Selon l'approche théorique privilégiée à cette période l'hyperactivité prédominait sur le déficit de l'attention.

On remarquait alors une hausse notable des prescriptions de psychostimulants. On peut attribuer ce fait aux critères trop larges associés au trouble en raison de la fusion des deux échelles (inattention et hyperactivité-impulsivité). Ce procédé rendait plus facile l'atteinte du seuil. En effet, puisque plus de personnes recevaient un diagnostic à cet égard, les prescriptions ont augmenté d'autant. La parution du DSM-IV, en 1996, permet de différencier l'inattention de l'hyperactivité et de l'impulsivité, dans un contexte où aucun n'a prédominance sur l'autre. L'appellation du trouble est désormais « déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)» et le diagnostic est désormais plus rigoureux. On y trouve trois sous-catégories :

TDAH de type inattentif, TDAH de type hyperactif-impulsif et TDAH de type combiné qui inclut les critères d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité. La prise en considération de l'incidence du trouble sur la vie du jeune est une autre nouveauté. En effet,

pour diagnostiquer un TDAH, les difficultés doivent avoir une influence dans au moins deux milieux de vie de l'enfant, soit à la maison et à l'école. (MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION QUÉBEC : 2003, P. 25)

Malgré les changements dans l'appellation du TDAH, certains critères demeurent quant au diagnostic: apparition de certains symptômes avant l'âge de 6 ou 7 ans, présence des comportements depuis au moins six mois, symptômes ne devant pas être mieux attribués à un autre trouble et difficultés apparaissant dans plus d'un milieu.(MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION QUÉBEC : 2003, P. 25)

III.2. Définition

3% à 5% d'enfants seraient concernés par ce trouble. Mais cette estimation est difficile à vérifier, d'autant que la définition même des caractéristiques du trouble est contestée. La plupart du temps, le manque d'implication de l'enfant pour les tâches est interprété comme de la paresse, un refus des responsabilités ou un comportement d'opposition. De plus, les variations dans la symptomatologie laissent croire aux parents que la mauvaise conduite est volontaire. D'ailleurs, la non reconnaissance de ce trouble comme handicap rend plus complexe la prise en charge.

Le Trouble Déficitaire de l'attention Avec Hyperactivité (TDAH) apparaît comme un regroupement de symptômes qui se répartissent selon trois axes : le déficit de l'attention, l'hyperactivité et l'impulsivité (symptômes les plus fréquents). Le DSM-IV discerne plusieurs degrés de sévérité du trouble selon le nombre de symptômes et le degré de handicap du fonctionnement social et scolaire.

Plusieurs troubles pourraient être associés à l'hyperactivité :

- troubles de la mémoire
- troubles du langage dû à un retard de développement du langage oral
- dyspraxie (trouble spécifique du développement moteur)
- troubles du sommeil
- troubles émotionnels
- TIC et syndrome de Gilles de la Tourette. (SPETEBROOT. A, 2011-2012, P. 12)

De plus, les causes exactes du TDAH ne sont pas connues. La génétique jouerait un rôle important dans la transmission de ce trouble. Les symptômes du TDAH sont présents dès l'enfance et persistent à l'âge adulte dans la majorité des cas. Le TDAH aurait une composante héréditaire et pourrait aussi, plus rarement, être lié à des séquelles d'atteintes neurologiques en bas âge. Il n'est donc pas provoqué par l'éducation. (SPETEBROOT. A, 2011-2012, P. 13)

III.3. La description clinique de l'hyperactivité

L'hyperactivité se manifeste chez l'enfant à travers trois symptômes principaux : une agitation incessante, un déficit de l'attention et une impulsivité qui conduit à interrompre les activités d'autrui.

Ces différentes manifestations retentissent sur le fonctionnement de l'enfant, à l'école, à la maison et au cours des activités de loisirs. Selon les experts, le diagnostic, généralement posé vers l'âge de 7 ans, après apparition des premières difficultés d'apprentissage scolaire dues à l'agitation et au manque de concentration de l'enfant, pourrait intervenir plus tôt, dès 3-4 ans. (INSERM. 2003, P. 3)

III.3.1. Instabilité motrice

L'instabilité motrice est caractérisée par la bougeotte, et dont le comportement moteur est l'élément prévalent de la description qui en font les parents et que constate le clinicien.

Il est très rapidement « en mouvement » conduit par une logique qu'il n'exprime pas habituellement avec le langage, et qu'il 'amène très vite à être non pas la sujet mais l'objet de réprimande de ses parents. Sa fébrilité apparaît d'avantage lorsqu'on lui demande d'exécuter quelques tâches pour entrer en contact avec lui, le papier froissé, les réponses inappropriées à ce qui est demandé (FERRAI. M-C 1994, P. 203)

III.3.2. Instabilité psychique

L'enfant est en permanence sollicité par les stimuli qui lui parviennent de l'extérieur, tout est prétexte à découverte mais dans le même temps, tout est ainsi prétexte à changer en permanence d'investissement, dans mouvement psychique interrompu. Son intérêt s'éparpille, son attention est changeante, ses raisonnements intellectuels sont rendus difficiles par ces incessants changements, la pensée logique est difficile, même si à l'évidence, cet enfant est

souvent intelligent, les activités qui demandent une continuité dans le déroulement des tâches sont interrompu avant la fin, oubliées, perdues (FERRAR. M-C, 1994, P. 204)

III.3.3. Autres symptômes

L'angoisse dite psychomotrice .Dans la situation génératrice d'angoisse, d'insécurité, l'enfant va réagir par une augmentation d'activité motrice symptôme et défense contre cette angoisse. Il peut s'agir de différentes situations : séparation tensions ou conflits intrafamiliaux survenue d'une maladie physique ...etc. (FERRAR. M-C, 1994, P. 204)

Entre autre, le praticien expérimenté pourras souvent infère l'existence de ces différents problèmes encore inapparents lors de l'augmentation des angoisses psychomotrices.

L'affectivité : agressivité héritabilité ; habilité émotionnelle et l'hyperémotivité. Le terme d'héritabilité est parfois employer. On peut le rapprocher de celui d'excitabilité et situé ces deux termes dans le registre réactionnelle ces enfants réagissent vivement sur le plan affectif on parle également d'impulsivité. Terme qui marque la tendance à répondre immédiatement a une force intérieure a l'opposé du réactionnelle.

L'habilité de l'humeur peut faire passer l'enfant des rires aux larmes très rapidement ces différentes perturbation de l'affectivité peuvent être regroupés dans la mesure où ce sont des enfants dont l'affectivité les émotions l'humeur sont manifestement et immédiatement perceptives pour l'examineur.

Ces enfants extériorisent immédiatement leurs émotions dans leurs comportements. (DE LION. P, 2006, P. 24)

III.4. Les caractéristiques des adolescents hyperactifs

La grande majorité des adolescents hyperactifs partage deux points communs :

1. L'intelligence : ils sont intelligents (souvent plus intelligents que la moyenne voir surdoués)
2. L'hypersensibilité : cette hypersensibilité s'exprime souvent par leur démarrage au quatre de tour à la moindre remarque avec des pleurs, ou crise et énervement très fréquent.

Sur le plan intellectuel, ces adolescents sont très vifs, très curieux et intéressé par énormément de choses, mais malheureusement ils ne peuvent bien exploités ces capacités du

fait de leur manque de capacité à se concentrer, à maintenir leur attention que ce soit au cours d'un enseignement scolaire ou pendant un jeu.

Pour ces raisons, leur désir d'aller toujours plus vite, de dépasser en premier mêlé à une impulsivité et à des tendances agressives résulté en de fréquentes difficultés dans leur relation amicale, avec tendance à être rejeté (KOCHMAN. F, 2002, P.1).

III.5. Les différentes approches et modèles théorique de l'hyperactivité

D'un point de vue psychanalytique, l'hyperactivité de l'enfant est vue comme l'expression symptomatique d'une souffrance dépressive, anxieuse, relationnelle ou environnementale. Les origines du trouble sont recherchées dans une altération des relations précoces. Une dépression maternelle du post-partum des difficultés éducationnelles. Un manque de limites, un forçage éducatif.

La compréhension psychopathologique du symptôme renvoie alors aux ratés du refoulement en période de latence, ou toute représentation psychique aura tendance à s'évacuer par le biais de l'agitation en raison d'un échec du système

De par excitation des carences de l'environnement précoce associées à une faillite du holding initial amènent à un trouble de l'instauration des enveloppes de la contenance psychique.

Une fonction auto calmante (DELVENNE.V, p. 85)

Dans la culture Anglo-Saxonne, les références théoriques s'appuient sur les classifications nosographiques comme l'ICD 10 et IV. Ce qui identifie le diagnostic de base sur la triade symptomatique l'hyperactivité, l'inattention, impulsivité, si l'on s'appuie sur cette définition, le trouble déficitaire de l'attention avec l'hyperactivité (TDAH) est un trouble persistant et invalidant le développement psychologique.

Commence tôt dans l'enfance et persiste souvent à l'adolescence et dans le développement de la personnalité (BERGER .M, 1999, p. 53)

III.6. Les symptômes d'hyperactivité

1. Se lève en classe ou dans d'autre situation dans lesquelles il devrait rester assis
2. Impatience motrice

3. Parle souvent trop
4. Impulsivité
5. Laisse souvent échapper la réponse à une question sans que celle-ci ne soit achevée
6. A souvent du mal à attendre son tour
7. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence.
8. Faible estime de soi.
9. Difficultés à gérer le stress.
10. Manque de stabilité dans la vie (BEJARD. V, Bonnet. A2007, P.33).

III.7. Devenir du TDAH a l'adolescence

La symptomatologie, elle s'est considérablement modifiée avec l'entrée dans l'adolescence. L'hyperactivité motrice a tendance à disparaître, à diminuer ou à se transformer, elle se présente plus volontairement comme un sentiment subjectif d'agitation ou de nervosité intérieure. (MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION QUÉBEC, 2003, P. 70)

Entre autres, certains de ces patients intègrent l'hyperactivité dans leur personnalité et se présentent comme enjoués, communicatifs, sportifs, et toujours en mouvement (ROBAIN. 1988, Presse)

L'adolescence est caractérisée par une certaine difficulté de contrôle de l'impulsivité, mais cette difficulté est encore exacerbée chez les adolescents

Avec un TDAH. L'impulsivité persiste de l'enfance à l'adolescence, mais dans une moindre mesure. À l'adolescence, ces jeunes ont plus de risque de présenter les moments d'agressivité, des problèmes disciplinaires, des conduites délinquantes. Émotionnellement, ces adolescents qui présentent des difficultés de contrôle de leur impulsivité sont facilement frustrés, agités ou déprimés.

Il perdent facilement le contrôle d'eux-mêmes avec des accès de colère voire de violences qui peuvent être accompagnés de débordements d'agressivité verbale ou physique à l'égard des autres mais aussi d'eux-mêmes. (DEELVENNE. V, 2007, P. 92)

Les troubles d'apprentissage ainsi que les difficultés académiques sont probablement les difficultés les plus fréquemment rencontrées chez les adolescents avec un TDAH. Dans un certain nombre de cas, ils présentent également des antécédents de troubles instrumentaux de

type dyslexies, dysorthographe, avec des difficultés persistantes en lectures en mathématiques ou dans l'expression écrite.

Les perturbations émotionnelles classiquement rencontrés chez les adolescents avec un TDAH incluent diverses formes de dépression d'anxiété et de mauvaise estime de soi. (ROBIN1988, presse)

III.8. De l'hyperactivité dans l'enfance à la dépression à l'adolescence

Par-delà les frontières et les cultures, l'instabilité de l'enfant apparaît comme une figure centrale de la demande de prise en charge pédopsychiatrique.

La plainte d'hyperactivité s'avère être un modèle para diagnostique dans les différents rapports qu'elle entretient avec les modèles théoriques, le côté social et bien entendu, thérapeutique. Elle nécessite pour pouvoir appréhender nombres de situations, une pensée intégrative. Jusqu'il y'a très peu de temps, le trouble déficitaire de l'attention avec l'hyperactivité étaient considéré comme un trouble de l'enfance et peu de praticien s'étaient intéressé à leur devenir à l'adolescence ou à l'âge adulte.

Deux situations cliniques ont explorés les conséquences à l'adolescence d'un trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention non diagnostiqué et non traité dans l'enfance. Les conséquences au niveau psychiatrique en termes de d'agressivités, de mauvaise et estime de soi, d'angoisses, de troubles de la personnalité de conduite délinquantes peut être importante, les retombées relationnelles, sociales, scolaire et familiales peuvent être lourdes.

Il importe de pouvoir garder présent lors de l'évaluation d'un adolescent en souffrance. Le questionnement relatif au passé psychopathologique de son enfance, il importe, et c'est notre démarche de clinicien classique de repérer la singularité du sujet, de s'interroger sur son fonctionnement psychique d'appréhender son histoire personnelle et familiale, de rechercher le sens de son symptôme mais aussi de dépasser les conflits idéologiques ou culturelles autour de l'hyperactivité, pour pouvoir penser une approche thérapeutique multidimensionnelle entre versons psycho-neuro développementale (DELVENNE. V, 2006,p. 81-82)

III.9. Répercussions sur les apprentissages

Les symptômes du TDAH entraînent de graves difficultés pour un enfant dans le cadre scolaire.

Les études qui ont été faites dans ce domaine (le fonctionnement scolaire des enfants ou des adolescents hyperactifs et inattentifs) rapportent que ces enfants sont généralement moins engagés et motivés que les autres (CARLSON, BOOTH, SHIN, & CANU, 2002 ; PAGANI ET AL., 2011). Compte tenu de la nature de leurs symptômes, il n'est pas surprenant qu'ils soient plus désengagés au plan comportemental. L'inattention diminue inévitablement les capacités à prêter attention aux explications de l'enseignant, tandis que l'hyperactivité et l'impulsivité rendent plus difficiles l'effort et la participation en classe. (OLIVIER. E, 2013, P. 6)

En classe, l'impulsivité de l'élève provoque une perte fréquente des affaires de classe (cahiers, livres ou jouets) l'enfant se lance dans des activités physiques dangereuses, ou encore, il est impatient (il a du mal à attendre son tour) : il répond aux questions avant qu'on ait fini de les poser. Jouer en silence est complexe pour lui, il parle beaucoup en interrompant les autres, il impose sa présence. (SPETEBROOT. A, 2011-2012, P. 14)

L'enfant ou l'adolescent est caractérisé par une grande agitation, une agitation excessive : L'enfant semble mû par un moteur en perpétuel mouvement. En classe, il est facilement repérable, car il a beaucoup de difficulté à rester assis. Plus souvent qu'autrement, on le retrouvera debout ou dans des positions inappropriées. Dans d'autres environnements, il sera tout aussi turbulent, surtout s'il doit rester immobile pendant une certaine période de temps (MINISTERE DE L'EDUCATION QUEBEC : 2003, P. 42). Et il lui est difficile de soutenir son attention, il a tendance à laisser des tâches inachevées. Il peut également être très vite distrait par des stimuli externes, d'où la fréquente impression qu'il n'a pas l'air d'écouter ce qu'on lui dit. Ce genre de comportement en classe ne va pas de pair avec un bon apprentissage. Il est important pour l'enseignant de faire en sorte qu'il y ait de bonnes conditions de travail, d'une part pour l'enfant atteint de TDAH, d'autre part pour les autres enfants de la classe. (SPETEBROOT. A, 2011-2012, P. 13)

Les troubles du comportement de l'enfant occasionnent des difficultés au niveau social et dans l'accès aux apprentissages. L'enfant atteint de TDAH ne possède pas de déficit intellectuel ou de retard mental.

Mais ce trouble se manifeste de deux façons :

1. Active : opposition, agressivité, violence.
2. Passive : victimisation, retrait, décrochage.

Les enfants ou adolescents possédant ce genre de troubles ont une faible estime de soi : On note cet aspect principalement lors des conflits ou des situations frustrantes dans lesquels le jeune se déprécie. Les attentes irréalistes qu'il s'impose, les conséquences négatives beaucoup trop fréquentes auxquelles il est exposé et une tendance au pessimisme contribuent à maintenir ce manque d'estime personnelle. (MINISTERE DE L'EDUCATION QUEBEC : 2003, P. 43)

Il a une mauvaise relation aux apprentissages : doutes, peur de l'échec, sentiment de ne pas être à la hauteur. Il attribue sa réussite à de la chance. L'acte d'apprendre lui fait peur dans le sens où il faut être capable de se soumettre. (SPETEBROOT. A, 2011-2012, P. 13)

Apprendre c'est se confronter à son fonctionnement psychique interne. Pour éviter cela, l'enfant ou l'adolescent fuit en étant inattentif, impatient : Une grande difficulté à attendre son tour : Que ce soit dans le cadre d'un jeu ou d'une discussion, le jeune aura du mal à attendre. Il aime bien la gratification immédiate et se lancera dans une discussion ou une activité sans même vérifier si c'est le bon moment. (MINISTERE DE L'EDUCATION QUEBEC : 2003, P. 42)

C'est le type d'enfant qui répond aux questions avant même qu'elles soient formulées en entier. C'est aussi lui qui parle le plus fort afin de s'assurer que son opinion est entendue. Il peut se mettre en action avant que les consignes ne soient toutes données. En se dispersant. Dans le cas d'une manifestation active, l'enfant peut devenir violent (violence physique envers les autres ou destruction physique de leur environnement) et chercher à dominer. Il ne respecte pas l'adulte. Dans le cas d'une manifestation passive, l'enfant met en place la « stratégie de la forteresse » : il se renferme sur lui et limite les contacts extérieurs.

Le rapport à la temporalité se trouve perturbé. L'enfant ne vit que dans l'instant et la notion de mémoire ou de projet suscite en lui une angoisse existentielle. C'est pourquoi l'enfant adopte des comportements à risque. Cette incapacité à se projeter dans le futur entraîne chez l'enfant une recherche de plaisirs immédiats.

Respecter des règles, des normes, un cadre, s'avère difficile pour lui. Cela va dépendre de ses envies, ses pulsions, ou encore des circonstances. Ce phénomène rend difficile l'intégration à un groupe classe. (SPETEBROOT. A, 2011-2012, P. 14)

III.10. Prise en charge

III.10.1. La thérapie non médicamenteuse

Dans le cas de la non-médication, l'annonce du diagnostic est déjà un élément thérapeutique. Mettre des mots sur le handicap permet d'établir un projet, la vision des choses change et la culpabilité des parents est évacuée.

Une prise en charge psycho-comportementale de la famille et de l'enfant est une possibilité. Il peut s'agir d'une simple guidance pour la famille : thérapie cognitivo-comportementale individuelle ou thérapie familiale en rapport à un dysfonctionnement dans la famille. (SPETEBROOT. A, 2011-2012, P. 13)

Dans cette thérapie on propose à l'enfant de la rééducation (orthophoniste ou psychomotrice), de la psychothérapie, du soutien, avec une grande place accordée au renforcement positif.

III.10.1.1. Thérapie comportementale et cognitive

La prise en charge de l'hyperactivité avec déficit de l'attention en thérapie comportementale et cognitive peut s'effectuer en monothérapie, ou être associée dans les cas les plus graves à la prescription de psychostimulant. Elle sera d'autant plus efficace qu'elle associera dans le cadre d'un programme général de prise en charge un sous-programme destiné aux parents, un sous-programme destiné à l'école et un programme destiné à l'adolescent. (BEJARD. V, BONNET. A, 2007, P. 103)

III.10.1.2. Thérapie systémique

La thérapie systémique est une technique issue des thérapies de la communication de la cybernétique et des systèmes, d'où son nom. Elle a été développée par BATESON dans le cadre de l'école, en s'appuyant sur la théorie des systèmes d'une part, et sur les théories de la communication d'autre part (MAISONDIEU ET METAYER, 2001)

La théorie considère la personne comme intégrée dans un système complexe d'interactions et part du présupposé suivant : importance de communication. Dans cette acception, tout discours ou toute absence de discours, tout comportement, sont considérés comme un message adressé à un ou plusieurs interlocuteurs. Les messages implicites ou

explicites constituent alors un réseau de communication groupales et plus spécifiquement familiales.

La famille est ici considérée comme un système ouvert complexe, incluant les individus. Les troubles psychopathologiques d'un sujet sont donc ici compris comme faisant suite à et / ou étant influencé par des dysfonctionnements dans les communications de la famille conduisant à des dysfonctionnements dans les interactions. Il s'agira alors de repérer les troubles conduisant à une communication paradoxale, en raison de la présence dans le même message d'une proposition et de son contraire qui contredit le sens du début du message. (BEJARD.V, BONNET. A, 2007, P. 110)

III.10.2. La thérapie médicamenteuse

La médication ne concerne que les enfants de plus de 6 ans, mais les études menées préconisent le traitement combiné : psychothérapie et médicaments. Le traitement médicamenteux de référence est la Ritaline ou METHYLPHENIDATE. Celui-ci est un stimulant du système nerveux. Les effets portent sur les aspects moteurs, cognitifs et relationnels. La Ritaline améliore l'attention et les performances intellectuelles des enfants hyperactifs.

Mais ce traitement provoquerait, des effets secondaires : nervosité, insomnie, anorexie, nausées, étourdissements, maux de tête, somnolence, douleurs abdominales. Certains enfants développeraient des tics mais ce symptôme disparaîtrait à l'arrêt du traitement. Ces effets peuvent être atténués en ajustant le dosage. Certains parents, soucieux de la santé de leurs enfants, refusent la prise de médicaments. (SPETEBROOT. A, 2011-2012, P. 13)

Synthèse

Le trouble déficit d'attention ou hyperactivités (TDAH) est un trouble d'apparition précoce d'origine multifactorielle ou l'adolescent est vu comme l'expression symptomatique d'une souffrance dépressive, anxieuse, relationnelle ou environnementale.

Chapitre III

Adaptation Scolaire

Préambule	39
III1. Adaptation	39
III.1.1. Adaptation sociale.....	40
III.1.2. Adaptation scolaire	40
III.1.2.1. Les difficultés d'adaptations scolaires	41
III.1.2.1.1. Difficulté d'adaptation linguistique	41
III.1.2.1.2. Refus de l'école.....	42
III.1.2.1.3. Stresse scolaire.....	42
III.1.3. Adaptation psychologique	42
III.1.3.1. Les difficultés d'adaptations psychologiques.....	43
III.1.3.1.1. La peur.....	43
III.1.3.1.2. Le stresse	44
Synthèse	44

Préambule

L'adaptation scolaire est un enjeu fondamental dans le développement sociale de l'enfant il s'agit d'une période de transition importante ou l'enfant amené à se familiariser avec le milieu scolaire et des nouvelle taches de développement qui y sont associées.

III.1. Adaptation

Il peut y avoir plusieurs formes d'adaptation ; l'adaptation sociale, culturelle, scolaire et économique. Dans le contexte du présent mémoire, nous nous concentrerons d'avantage sur l'adaptation psychosociale ou dite socio-affective et sur l'adaptation scolaire, mais avant tout, voyons ce que signifie l'adaptation au sens large.

De façon générale, l'adaptation est définie comme étant l'ajustement d'une espèce aux conditions du milieu (Larousse, 2003, P4).

Biologiquement L'adaptation est l'ensemble des ajustements réalisés par un organisme pour survivre et perpétuer son espèce dans un environnement donné.

Psychologiquement l'adaptation est l'ensemble des modifications des conduites qui visent à assurer l'équilibre des relations entre l'organisme et ses milieux de vie et, en processus qui sous-tendent ce phénomène. Pour Piaget, la vie psychique obéit aux mêmes lois structurantes que la vie biologique. Des processus d'adaptation sont mis en œuvre chaque fois qu'une situation comporte un ou plusieurs éléments nouveaux, inconnus ou simplement non familiers. J Piaget parle d'assimilation quand le sujet intègre des données nouvelles à des modèles comportementaux antérieurement constitués, et parle d'accommodation quand ces données nouvelles transforment la structure mentale du sujet pour la rendre compatible avec les exigences de la situation nouvelle. (Petit Larousse de la psychologie, 2010 p652).

On dit aussi de l'adaptation qu'elle est un processus par lequel une personne ou un groupe ou un organisme parvient à se mettre en harmonie avec un milieu ou un environnement ou un contexte donné (THESAURUS, 1999). LEGENDRE (1993), note que l'adaptation est une modification dans le but d'assurer l'harmonie entre des éléments en interaction. Il dit également d'elle que c'est l'ensemble des conduites et des comportements requis pour qu'une personne puisse établir et maintenir des relations les plus harmonieuses possibles avec son environnement familial, scolaire et social. Toujours selon Legendre (1995), l'adaptation est un processus dynamique de modifications d'une situation individuelle ou d'un environnement. DARWIN, DEWEY ET PIAGET (LEGENDRE, 1995), soulignent

respectivement que l'adaptation est nécessaire pour qu'il y ait organisation, qu'elle est un principe primordial du développement psychologique de l'être humain et que ce dernier se développe par des modifications adaptées de ses schèmes d'assimilation et d'accommodation, constitués de données issues de son environnement. LEGENDRE conclut en soulignant que la souffrance est une des entraves majeures au pouvoir d'adaptation. (SCHWANEN. C, 2008, p. 3-4)

MILLE (2003), définit le degré d'adaptation sociale d'un individu en fonction des standards d'indépendance personnelle pour une responsabilisation attendue pour son âge. (MILLER. 2003, p. 328).

La fonction d'adaptation selon l'American Psychiatrie Association(1994), est identifiée comme l'efficacité de la personne à répondre aux critères fixés par son groupe culturel pour son âge.

III.1.1. Adaptation sociale

En ce qui concerne l'adaptation socio-affective, LANOS ET ROBINSON (1985, dans MASSE, 1998) la décrivent comme une habileté à interagir avec l'environnement, à répondre avec enthousiasme aux défis et à maintenir un niveau élevé de satisfaction personnelle (estime de soi) et de persévérance par rapport aux demandes de l'environnement.

MEYER, COLE, MCQUARTER et REICHLE (1990) dans MILLER (2003), déterminent que l'adaptation sociale dépend de l'atteinte de diverses compétences sociales, réparties en 252 items et Il groupe de fonctions sociales de base et ce, d'après le fonctionnement intellectuel et social de chaque individu. Par exemple, ils observent les initiatives lors des interactions, la conformité aux règles, la capacité de faire des choix etc. (SCHWANEN. C, 2008, p. 5)

III.1.2. Adaptation scolaire

MICKELSON (1993) dans HRIMECH et THEORET (1997), prétend que l'adaptation scolaire est représentée par une attitude ouverte et participative des élèves au projet éducatif de leur école, par un sentiment de contrôle sur leur vie scolaire et une perception de pertinence des programmes offerts en vue de leurs occupations futures. Finalement l'adaptation scolaire se distingue aussi du point de vue social alors que les jeunes s'investissent dans les programmes scolaires et d'apprentissages.

Par ailleurs, l'adaptation scolaire, terme propre au système de l'éducation au Québec, est définie par LEGENDRE (2006), d'une part en termes pédagogiques connue étant l'appropriation d'un enseignement, d'un matériel didactique ou d'un environnement scolaire aux besoins particuliers de certains élèves en raison de diverses caractéristiques. D'autre part, il la définit en terme éducatif connue étant l'ensemble des mesures et activités dont l'objet est de venir en aide aux élèves qui éprouvent des difficultés d'harmonisation dans leur fonctionnement scolaire ainsi que par rapport à leurs enseignants et à leurs pairs. (SCHWANEN. C, 2008, p. 6)

À la lecture de cette dernière définition, il est juste de penser que, règle générale, on entend par adaptation scolaire le fait que l'école s'adapte au jeune plutôt que l'inverse alors que nous voulons mettre l'accent sur les problèmes d'adaptation du jeune à fonctionner selon les attentes et exigences de son milieu scolaire, ce qui sous-entend une adaptation du jeune à son école plutôt que l'inverse. Par exemple, ces problèmes peuvent se manifester par des troubles de comportements, des retards scolaires, de la sous-performance, de l'absentéisme et des échecs scolaires, ce à quoi d'ailleurs certains services d'adaptation offerts par les écoles tentent de remédier.

Ces nuances sur l'adaptation nous portent à penser que plusieurs facteurs influencent sa prévalence. Dans le contexte de ce mémoire, il est important de retenir que l'adaptation des élèves supérieurement intelligents peut être interprétée différemment selon les critères et exigences des divers milieux parmi lesquels ces jeunes évoluent. (SCHWANEN. C, 2008, p. 6).

III.1.2.1. Les difficultés d'adaptations scolaires

III.1.2.1.1. Difficulté d'adaptation linguistique

Le fait que de nombreuses sociétés aient connu des migrations régulières et successives ne contribue pas nécessairement à la banalisation du bilinguisme. Bien évidemment, dans ces contextes que la pluralité linguistique caractérise, les familles binationales ou celles qui destinent leurs enfants à une trajectoire transnationale ne sont pas concernées par ces représentations négatives du bilinguisme. (BENNABI. M, et autres 2015, P. 279)

Nous inscrivons dans cette catégorie les enfants de migrants qui de par leur histoire familiale sont liés à une autre langue que le français. Leur scolarisation constitue le facteur

d'une pluralité linguistique vécue par les équipes éducatives comme étant une contrainte. (BENNABI. M, et autres 2015, P. 285)

IV.1.2.1.2. Refus de l'école

L'absentéisme scolaire est en augmentation en France. Il touche 2 % à 5 % des enfants et adolescents en âge scolaire et constitue un motif courant de consultation scolaire, ou refus anxieux scolaire, en représente une de ses étiologies principales. Sa prise en charge thérapeutique en particulier à l'adolescence est souvent longue et complexe.

Le refus scolaire existe probablement depuis que l'école est rendue obligatoire à la fin du XIXe siècle. ALFRED BINET a décrit en 1887 un cas de peur de l'école chez un enfant devenant mutique dès son arrivée en classe. G. HEUYER dans sa thèse (1914) évoque la peur de certains enfants de l'institution scolaire tandis que C.G. JUNG (1913) décrivait au même moment le « refus névrotique » d'aller à l'école. (GUILLONNEAUEDK.N, GIRARDON. J, 2009, P. 375)

La définition de AJURIAGUERRA (1974) est resté une référence dans le domaine il s'agit « d'enfants qui pour des raisons irrationnelles refusent d'aller à l'école et résistent avec des réactions d'anxiété très vives ou de panique quand on essaie de les y forcer ». (GUILLONNEAUEDK.N, GIRARDON. J, 2009, P. 376)

IV.1.2.1.3. Stresse scolaire

Le concept de stresse scolaire est un concept nouveau dans le domaine de la psychologie en générale, et dans la psychologie scolaire en particulier. On trouve différentes définition de stresse scolaire selon PILET. J-I, « le stresse est une crise qui peut surgir lorsqu'un élève afférente un problème qu'il ne peut résoudre, ce qui provoque une augmentation des tensions intérieurs et se manifeste par des signes de désordres émotionnel, progressant de l'état d'équilibre vers un état de vulnérabilité jusqu'à un état de crise ». (PILET. J-I, 2009, P. 10)

IV.1.3. Adaptation psychologique

L'adaptation psychologique ne peut se saisir que dans une dialogique fondamentale crise/ prise.

La crise est souvent associée à quelque chose qui fait peur, qui surgit et propage l'angoisse. Or avec l'adaptation psychologique on renoue avec l'idée originelle, présente déjà chez Hippocrate, de considérer la crise comme un moment d'évolution positive.

Le mot crise évoque en effet l'idée de rupture c'est un état de remaniement de la structure identitaire. Le sujet est en recherche de nouvelles identification qu'il va prendre dans ses différents systèmes d'activités, ses différentes références qu'il va chercher ailleurs dans de nouvelles relations, qu'il va construire dans le cadre d'un nouveau projet. ALLAIN, T. 2003, P. 94)

IV.1.3.1. Les difficultés d'adaptations psychologiques

IV.1.3.1.1. La peur

La peur intervient lorsqu'il y a représentation d'une menace (vitale). Anxiété et peur sont si intimement liées qu'elles sont souvent indifféremment utilisées. Bien que la distinction entre ces deux émotions ne soit pas toujours aisée en pratique clinique, la distinction entre peur et anxiété est en théorie définie par l'objet de la menace. Dans la peur, l'objet de la menace est plutôt spécifique, tandis qu'il reste mal défini dans l'anxiété. Le terme « peur » est employé quand il existe une menace identifiable (par exemple un serpent venimeux). Dans la littérature sur la douleur, « anxiété de la peur » et « peur liée à la douleur » ont été indifféremment utilisées. (JOHAN. W-S, VLAEYEN. A-B, et autre, 2009, P. 511)

La peur exacerbe la douleur, en particulier dans les situations où la peur relève de l'expérience douloureuse, en dehors des situations de lésions aiguës ou mettant en jeu le pronostic vital. Le terme « peur-évitement » a été introduit pour désigner les conséquences délétères des conduites d'évitement classiquement associées à la peur. Le terme « kinési phobie » (kinési = mouvement) se réfère à la condition dans laquelle un patient fait l'expérience d'« une peur excessive, irrationnelle et débilante du mouvement et de l'activité physique résultant d'un sentiment de vulnérabilité à une blessure douloureuse ou à une nouvelle blessure douloureuse ».

L'appréhension de la peur n'existe pas uniquement dans les populations cliniques. En effet, les études épidémiologiques sur l'ensemble de la population ont montré un pourcentage élevé de sujets qui croient que la rachialgie est toujours le signe d'un dommage. D'un point de vue évolutif, une crainte « saine » de la douleur est adaptative puisqu'elle joue un rôle

protecteur vis-à-vis d'un potentiel dommage tissulaire.(JOHAN. W-S, VLAEYEN. A-B, et autre, 2009, P. 511)

Crises d'angoisse, maux de ventre, vomissements... Submergés par la peur, la détresse, certains enfants et adolescents se rendent complètement malades à la simple idée de mettre un pied à l'école. Un phénomène en augmentation, affirment les spécialistes qui voient chaque année de plus en de cas se présenter en consultation.

« Phobie scolaire », « anxiété scolaire », « refus scolaire anxieux » : autant de dénominations derrière lesquelles se trouve la même manifestation : « une peur intense de l'école, qui conduit l'enfant à éviter systématiquement de s'y confronter » résume la psychologue BEATRICE COPPER-ROYER dans son livre Peur du loup, peur de tout (ALBIN MICHEL).

Difficile d'imaginer que l'école, lieu de socialisation de l'enfant par excellence, mais aussi des apprentissages, puisse rendre certains de ses écoliers aussi malheureux. Et pourtant, ajoute la psychologue, « vivre avec d'autres du même âge, apprendre, être curieux, être évalué, se mesurer aux autres, faire plaisir aux parents en réussissant ou s'opposer à eux insidieusement en ne faisant rien : les enjeux sont nombreux, et pas des moindres. »

IV.1.3.1.2.Le stress

Le stress est mot anglais utilisé depuis 1936, à la suite de H. SELYE, pour désigner l'état dans lequel se trouve un organisme menacé de déséquilibre sous l'action d'agents ou de conditions qui mettent en danger ses mécanismes homéostatiques. (SILLAMY. N, 2003, P. 256)

Synthèse

L'adaptation scolaire peut être influencée par plusieurs facteurs ou troubles : psychologiques, social, scolaire, et ces derniers peuvent sensiblement diminuer de degré d'adaptation scolaire des élèves qui sont atteints par ces troubles.

Partie pratique

Chapitre IV

Méthodologie de recherche

Préambule :	47
IV.1. La méthode de recherche utilisée :	47
IV.2. Outil de recherche.....	47
IV.2.1. Pour diagnostiquer les élèves hyperactifs	47
IV.2.2. Pour connaître le degré d'adaptation scolaire	48
IV.3. Présentation de terrain	48
IV.4. Le déroulement de la pré-enquête :	49
IV.5. Population :	49
Synthèse.....	51

Chapitre méthodologique

Préambule :

Dans ce chapitre nous allons présenter toutes les procédés méthodologiques que nous avons utilisés dans le cadre de notre recherche.

IV.1. La méthode de recherche utilisée :

Chaque recherche scientifique exige une méthode sur laquelle le chercheur doit se basé afin d'arriver à ses objectifs.

Par rapport au choix de la méthode de recherche et par rapport à la nature de notre thème notre recherche on a opté la méthode descriptive. C'est d'abord d'écrire dans le but de transmettre une information précise, et exacte l'information mère à la connaissance mais pour cela, passer par différentes étapes de la simple familiarisation au savoir de futures recherche en passant par la vérification de l'existence de relation entre des phénomènes par la formulation d'hypothèses ou encore par l'inventaire de problèmes, ou même par la clarification de certain concepts. (Martel. F. 1988, P. 56).

Ont aussi utilisé au cours de notre recherche l'étude de cas.

Définition de l'étude de cas

L'étude de cas est une étude approfondie sur un cas en particulier, soit une personne, un groupe ou un sujet spécifique c'est une démarche de recherche qui se situe dans l'horizon des méthodes qualitatives.

En effet l'étude de cas compte parmi les rares démarches de recherche en sciences sociales qui conjugue l'observation directe et différentes sources documentaires relatives aux pratiques et aux discours pertinents à l'objet d'études. (Berry. M ; 2000)

IV.5. Population :

Le choix de notre population s'est porté sur une vingtaine élèves dans une école primaire au niveau de la ville de Bejaia (EL MOKRANI), qui ont été diagnostiqué hyperactif, par des psychologues.

Ont utilisé une échelle pour calculer le degré d'adaptation pour les vingt élèves, et aussi une grille d'observation sur quatre élèves pour confirmer le fait qu'ils soit vraiment hyperactifs.

Tableau N° 3 : nombre et pourcentage de la population total

<i>Caractéristiques</i>	<i>garçons</i>	<i>filles</i>	<i>total</i>
<i>nombres</i>	13	8	21
<i>pourcentage</i>	61.9 %	38.10 %	100%

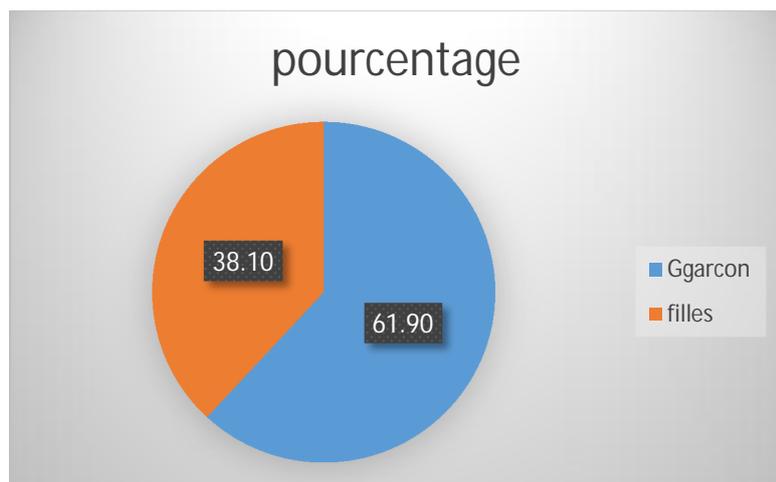


Figure N°1 : pourcentage de la population total des élèves

Notre échantillon général est composé de 13 garçons et de 8 filles ce qui fait un pourcentage de 61.90 % Pour les garçons et de 38.10 % pour les filles.

Mais dans notre recherche, nous avons sélectionné que les résultats de 11 garçons et de 6 filles avec un total de 17 élèves voir le tableau et le graph ci-dessous.

Tableau N° 4 : l'échantillon de notre recherche

	<i>garçons</i>	<i>filles</i>	Total
<i>N</i>	11	6	17
<i>%</i>	64.71	36.29 %	100 %

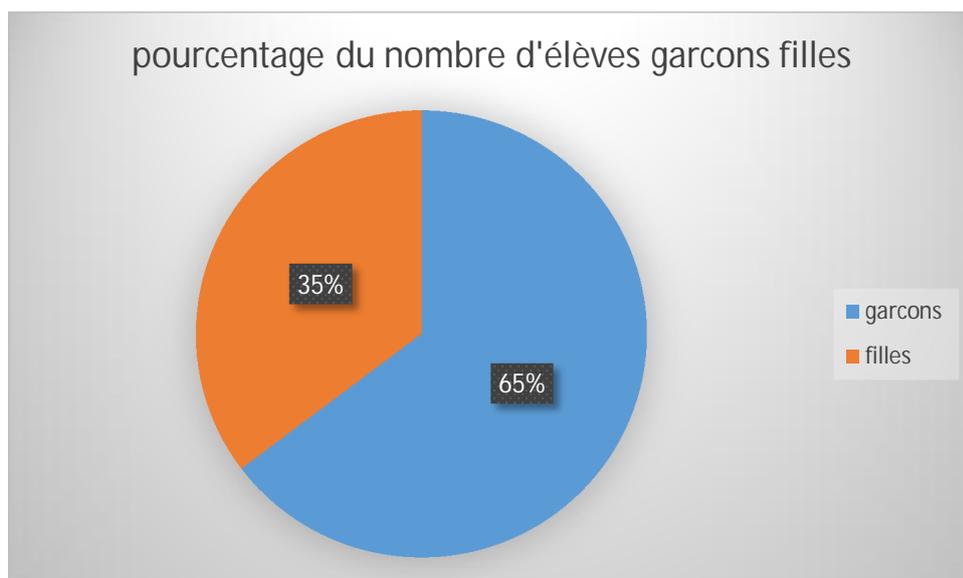


Figure N°2 : Pourcentage du nombre d'élèves garçons filles

IV.3. Présentation du lieu de la recherche

On a effectué notre recherche au cours de notre stage pratique, dans l'école primaire el MOKRANI, qui se situe dans le quartier (CITE TOBAL) dans la wilaya de Bejaia, d'une surface de 2400 mètre carré, il a été construit en 1937 contient 685 élèves, 26 enseignants, 18 classes d'enseignements, 3 bureaux administratifs, et une petite bibliothèque.

Tableau N° 2 : nombres des sections dans l'établissement de recherche

<i>niveau scolaire</i>	nombres de section
<i>préscolaire</i>	3
<i>première années</i>	3
<i>deuxième années</i>	3
<i>troisième années</i>	3
<i>quatrième années</i>	3
<i>cinquièmes années</i>	3

IV.2. Outil de recherche

Après c'être rendu à l'établissement notre stage pratique (EL MOKRANI) et après avoir discuté avec la responsable du stage, nous avons trouvé dans cette établissement l'existence d'une classe spécial hyperactif.

Pour confirmer ca nous avons utilisé l'étude de cas à base d'observation ainsi qu'une grille d'observation.

V.2.2. l'échelle YANGMAN

Cette échelle va nous permettre de mesurer l'adaptation scolaire des élèves

C'est une échelle (YANGMAN) pour l'adaptation scolaire qui est considéré comme l'un des moyens les plus aboutit pour l'évaluation de degrés d'adaptation scolaire des élèves, cette échelle a été traduite en langue arabe par (HOUSSIN ABD EL AZZIZ).

Cette échelle est aussi d'une grande importance pour aider les enseignants à mieux comprendre le comportement de leurs élèves.

Et elle peut aussi aider les psychologues ainsi que les didacticiens pour apporter des solutions aux problèmes des élèves.

Cette échelle comporte deux groupes de questions :

Le premier groupe : les questions positives (3, 4, 6, 8, 11, 12, 14, 16, 19, 20, 21, 23, 25, 27, 29, 33, 34).

Et le deuxième groupes : les questions négatives : (1, 2, 5, 7, 9, 10, 13, 15, 17, 18, 22, 24, 26, 28, 30, 31, 32) (voir l'annexe 1).

Les élèves doivent répondre à l'une des deux propositions suivantes :

On note (1) si l'élève met le signe X devant la réponse « totalement d'accord » ou bien la réponse positive, et on note (0) si l'élève met le signe X devant la réponse négative.

Tableau N° 1 : la clé pour la collecte de données

<i>N : Item</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<i>La réponse</i>	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui
<i>N : Item</i>	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
<i>La réponse</i>	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
<i>N : Item</i>	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34		
<i>Réponse</i>	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui		

V.4. Le déroulement de la recherche :

On a réalisé notre pré-enquête le 9 avril 2015 à 9 heures, on s'est orienter vers notre établissement d'accueil, notre premier contact a été avec le directeur de l'école primaire qui nous a présenter l'éducatrice des élèves de cinquième années, et elle nous a permet d'assister à un de ses courts, dans le but d'avoir une idée sur cette classe spéciale.

Pour accomplir notre pré-enquête on a distribuer notre échelle sur trois élèves qui ne font pas partie de notre échantillon, mais qui ont le même âge et niveau scolaire, on a remarqué que l'échelle est claire et bien assimilé par ces élèves donc on l'a distribuer a notre échantillon.

On à consacrer 45 minutes pour expliquer et répondre aux questions.

Synthèse

Ont abordé dans ce chapitre la méthodologie de terrain qu'on a utilisé durant notre travail de recherche.

Chapitre V

Présentation et interprétation des résultats

V. Présentation des résultats	53
V.1. Diagnostic des adolescents hyperactifs :.....	53
V.2. Les résultats de l'échelle (YANGMAN)	54
V.2.1. Présentation des résultats de l'échelle YANGMAN garçon et filles	55
V.3. Discussion des résultats	56
V.4. Suggestion thérapeutiques	58

V. Présentation des résultats

V.1. grilles d'observation

Lors de notre stage pratique effectué dans le primaire el MOKRANI ont à observant les élèves de la classe spéciale (élèves hyperactifs) nous avons remarqué les signes suivants :

- Ce sont des élèves qui bougent beaucoup et qui parlent sans cesse.
- Des élèves qui ont du mal à rester en place dans les activités scolaires.
- Ils ont tendance à répondre aux questions de l'éducatrice avant même que cette dernière ne pose la question. (Coupe la parole)
- Et même sans connaître la réponse.
- Ils demandent à l'enseignante de changer de programme ex : passer du math au dessin.
- Ils ne ramènent pas leurs affaires.
- Ils n'arrivent à terminer leurs tâches du fait qu'il ne se concentre pas sur ces dernières ex :
- Ils ne terminent d'écrire leurs leçons attend à cause du manque de concentration.
- Pose des questions inappropriées.
- Ont des difficultés à s'organiser, et ont du mal à se tenir tranquille lors des activités.

V.1.1. Définition de l'observation :

En psychologie, l'observation est une phase de sélection et de recueil d'informations caractérisée par une interaction minimale avec l'objet d'étude ou plutôt un échantillon ou représentant. Elle se place ainsi d'abord en opposition à l'expérimentation. L'observation sera alors une phase exploratoire de la recherche visant à se familiariser avec une situation ou un phénomène afin qu'émerge une hypothèse. Celle-ci formalisée, la réalisation de diverses observations appropriées permet de tenter sa vérification. L'observation est alors conçue en fonction d'un cadre théorique de référence. Chaque paramètre de l'observation doit être rigoureusement défini et justifié, l'observation étant un processus de base subordonné et intégré dans la démarche plus globale qu'est la méthode expérimentale.

Après avoir remarqué ces comportements nous avons voulu confirmer nos observations par une grille d'observation sur un échantillon de quatre élèves qui manifestent ces signes et ce de la manière la plus visible.

Et ont obtenu les résultats suivants :

Grille d'observation des troubles du déficit d'attention

1er CAS

Les symptômes	Les fréquences			
	Pas du tous	Un peut	Moyen	Beaucoup
	0	1	2	3
1. Dans ces travaux scolaires :			X	
A. Il ne réussit pas à porter son attention sur les détails.				
B. Il fait des erreurs irréfléchies.				X
C. Cela se produit dans d'autres types d'activités.				X
2. Il a de la difficulté à maintenir son attention sur son travail pendant une longue période de temps.				X
3. Il ne semble pas écouter lorsqu'on lui parle.				X
4. Il ne réussit pas à suivre les instructions et à finir le travail en même temps que les autres.				X
5. Il a des difficultés à organiser ces tâches.				X
6. Il évite ou n'aime pas les tâches qui demandent un effort soutenu (ex : devoirs, lectures, casse-tête.			X	
7. Il déplace ou prend les objets nécessaires pour réaliser ses tâches clés, crions.				X
8. Il est facilement distrait par ce qui se passe autour de lui ex : bruit, activités, objet.				X
9. Il est à oublier ce qu'il a à faire lors d'activités journalières.	X			X
10. A. Il agite souvent les mains et les pieds.			X	
B. il se tortille sur la chaise.				X
D. il joue souvent avec des objets dans ses mains.				X
11. A. il se lève souvent sur son siège en classe ou dans d'autres situations où il doit rester assis.				X
B. il a de la difficulté à rester assis longtemps.				X
12. Il crie, saut, court, grimpe partout dans des situations où cela est inapproprié.			X	

2eme CAS

Les symptômes	Les fréquences			
	Pas du tous	Un peut	Moy en	Beaucoup
	0	1	2	3
1. Dans ces travaux scolaires :				
A. Il ne réussit pas à porter son attention sur les détails.		x		
B. Il fait des erreurs irréfléchies.				x
C. Cela se produit dans d'autres types d'activités.			x	
2. Il a de la difficulté à maintenir son attention sur son travail pendant une longue période de temps.				x
3. Il ne semble pas écouter lorsqu'on lui parle.				x
4. Il ne réussit pas à suivre les instructions et à finir le travail en même temps que les autres.			x	
5. Il a des difficultés à organiser ces tâches.				x
6. Il évite ou n'aime pas les tâches qui demandent un effort soutenu (ex : devoirs, lectures, cassette).				x
7. Il déplace ou prend les objets nécessaires pour réaliser ses tâches clés, crions.		x		
8. Il est facilement distrait par ce qui se passe autour de lui ex : bruit, activités, objet.				x
9. Il est à oublier ce qu'il a à faire lors d'activités journalières.			x	
10. A. Il agite souvent les mains et les pieds.				x
B. il se tortille sur la chaise.				x
C. il joue souvent avec des objets dans ces mains.				x
11. A. il se lève souvent sur son siège en classe ou dans d'autres situations où il doit rester assis.				x
B. il a de la difficulté à rester assis longtemps.				x
12. Il crie, saute, court, grimpe partout dans des situations où cela est inapproprié.			x	

3eme CAS

Les symptômes	Les fréquences			
	Pas du tous	Un peut	Moyen	Beaucoup
	0	1	2	3
1. Dans ces travaux scolaires :				
A. Il ne réussit pas à porter son attention sur les détails.				x
B. Il fait des erreurs irréfléchies.			x	
C. Cela se produit dans d'autres types d'activités.				x
2. Il a de la difficulté à maintenir son attention sur son travail pendant une longue période de temps.				x
3. Il ne semble pas écouter lorsqu'on lui parle.				x
4. Il ne réussit pas à suivre les instructions et à finir le travail en même temps que les autres.				x
5. Il a des difficultés à organiser ces tâches.			x	
6. Il évite ou n'aime pas les tâches qui demandent un effort soutenu (ex : devoirs, lectures, cassette).				x
7. Il déplace ou prend les objets nécessaires pour réaliser ses tâches clés, crions.			x	
8. Il est facilement distrait par ce qui se passe autour de lui ex : bruit, activités, objet.				x
9. Il est à oublier ce qu'il a à faire lors d'activités journalières.			x	
10. A. Il agite souvent les mains et les pieds.				x
B. il se tortille sur la chaise.				x
C. il joue souvent avec des objets dans ces mains.			x	
11. A. il se lève souvent sur son siège en classe ou dans d'autres situations où il doit rester assis.				x
B. il a de la difficulté à rester assis longtemps.				x
12. Il crie, saute, court, grimpe partout dans des situations où cela est inapproprié.			x	

4eme cas

Les symptômes	Les fréquences			
	Pas du tous	Un peut	Moyen	Beaucoup
	0	1	2	3
1. Dans ces travaux scolaires :				
A. Il ne réussit pas à porter son attention sur les détails.			x	
B. Il fait des erreurs irréfléchies.				x
C. Cela se produit dans d'autres types d'activités.			x	
2. Il a de la difficulté à maintenir son attention sur son travail pendant une longue période de temps.				x
3. Il ne semble pas écouter lorsqu'on lui parle.				x
4. Il ne réussit pas à suivre les instructions et à finir le travail en même temps que les autres.			x	
5. Il a des difficultés à organiser ces tâches.				x
6. Il évite ou n'aime pas les tâches qui demandent un effort soutenu (ex : devoirs, lectures, cassette).				x
7. Il déplace ou prend les objets nécessaires pour réaliser ses tâches clés, crions.			x	
8. Il est facilement distrait par ce qui se passe autour de lui ex : bruit, activités, objet.				x
9. Il est à oublier ce qu'il a à faire lors d'activités journalières.			x	
10. A. Il agite souvent les mains et les pieds.				x
B. il se tortille sur la chaise.				x
C. il joue souvent avec des objets dans ces mains.			x	
11. A. il se lève souvent sur son siège en classe ou dans d'autres situations où il doit rester assis.				x
B. il a de la difficulté à rester assis longtemps.			x	
12. Il crie, saute, court, grimpe partout dans des situations où cela est inapproprié.			x	

V.2. Les résultats de l'échelle (YANGMAN)

Tableau N° 7 : Les résultats de l'échelle (YANGMAN) garçon filles

<i>sexe</i>	cas	Degré d'adaptation	Niveau d'adaptation
<i>G</i>	1	12	bas
<i>G</i>	2	13	bas
<i>G</i>	3	16	moyen
<i>G</i>	4	14	bas
<i>G</i>	5	15	moyen
<i>G</i>	6	20	élevé
<i>G</i>	7	22	élevé
<i>G</i>	8	12	bas
<i>G</i>	9	14	bas
<i>G</i>	10	16	moyen
<i>G</i>	11	19	moyen
<i>F</i>	12	19	moyen
<i>F</i>	13	23	élevé
<i>F</i>	14	11	bas
<i>F</i>	15	19	moyen
<i>F</i>	16	10	bas
<i>F</i>	17	28	élevé

Tableau N°8 : classification du degré d'adaptation scolaire

<i>Degré</i>	Niveau d'adaptation scolaire
0/15	Bas
16/19	Moyen
20/34	Elevé

V.2.1. Présentation des résultats de l'échelle YANGMAN garçon et filles

Tableau N°9 : degré d'adaptation scolaire des garçons et des filles

degré d'adaptation garçons et filles				
<i>Degré d'adaptation</i>	bas	moyen	élevé	total
<i>moyenne</i>	7	6	4	17
<i>écart type</i>	1,53			
<i>pourcentage</i>	41,18	35,29	23,53	100,00

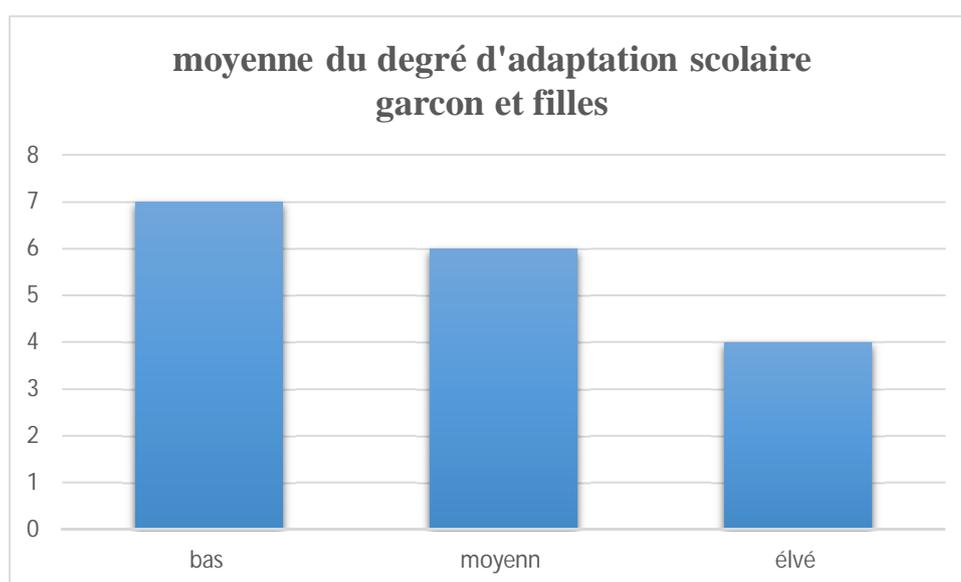


Figure N° 3 : moyennes du degré d'adaptation scolaire garçons et filles

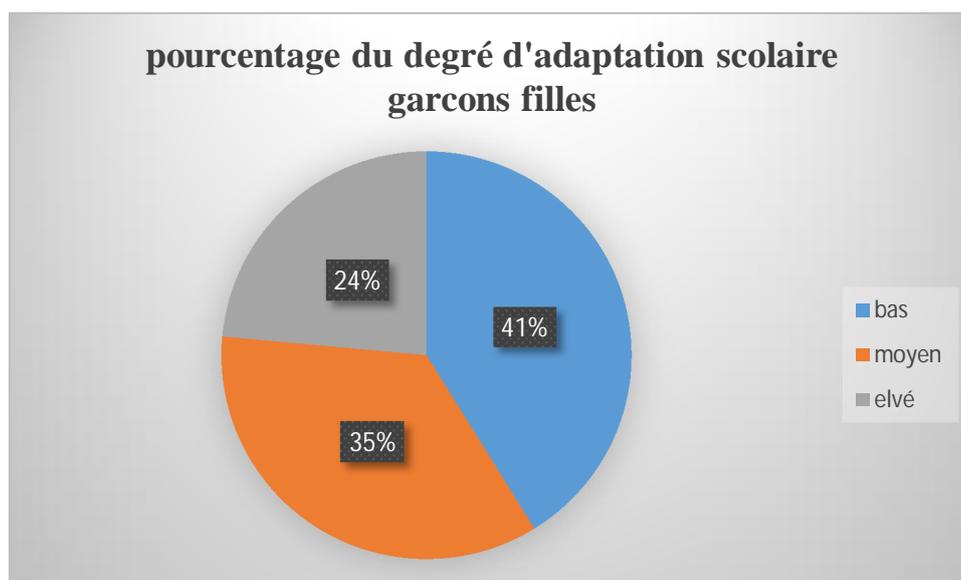


Figure N°4 : pourcentage du degré d'adaptation scolaire garçons filles

Dans un premier temps nous et grâce au tableau N°2 avons pu déterminer le niveau d'adaptation scolaire des élèves et on est sorti avec les résultats suivants :

On remarque que les 17 élèves que nous avons questionné 7 d'entre eux ont un bas niveau d'adaptation scolaire, est qui représente 41% des élèves, et nous observons aussi que 6 d'entre eux ont un niveau moyen d'adaptation scolaire qui représente 35% des élèves questionnés, et que seulement 4 élèves qui ont un niveau d'adaptation scolaire élevé.

VI.3.Discution des résultats

Le but de cette recherche est de déterminer si l'hyperactivité a un effet négatif sur l'adaptation scolaire des adolescents.

Selon notre hypothèse hyperactivité a un effet négatif sur l'adaptation scolaire des adolescents (les adolescents qui souffrent de l'hyperactivité ont des difficultés à s'adapter à l'école).

Pour la confirmé ou la réfuté, Nous allons tout d'abord faire l'analyse des résultats du test « YANGMAN » (moyenne, écart-type, pourcentage). (BANVILLE. D, RICHARD. J-F, RAICHE. G 2004, p 41)

Les résultats de notre recherche démontrent que sur les 17 adolescents qui compose notre échantillon 7 d'entre eux ont un bas niveau d'adaptation scolaire et qui représente un pourcentage de 41,18%, et que 6 d'entre eux ont un niveau d'adaptation scolaire moyen et qui représente 35,29%, et que seulement 4 ont un niveau d'adaptation scolaire élevé et qui représente 23,53%.

Ces résultats prouvent que les adolescents qui souffrent de l'hyperactivité ont des difficultés à s'adapter dans un environnement scolaire, et ils confirment par la même occasion notre deuxième hypothèse qui dit que les adolescents hyperactifs ont du mal à s'adapter en milieu scolaire.

Selon ANNICK. Vi, et autres, les enfants hyperactifs ont des difficultés à rester concentré en classe, et ont tendance à faire des erreurs d'inattention, prendre plus de temps pour bien lire le texte mais et ceci peut le ralentir, et éprouve de la difficulté à suivre le discours de l'enseignants mais aussi le cours de ses lectures, et écrit de façon brouillon, et oublie son matériel ou ses travaux, et accuse des retards (ANNICK.V, et autres, 2013, P. 1)

Ce sont tous des facteurs qui peuvent ralentir ou stopper l'adaptation scolaire des élèves ou adolescents.

Le trouble TDAH n'est pas un trouble d'apprentissage en soi, mais peut affecter le processus d'apprentissage des élèves atteints de ce trouble. (ANNICK.V, et autres, 2013, P. 1)

Et selon le (DSM IV) les caractéristiques et troubles mentaux associés à hyperactivité Les caractéristiques associées varient selon l'âge et le stade de développement du sujet, pouvant inclure : une faible tolérance à la frustration, des accès de colère, de l'autoritarisme, de l'entêtement, une insistance fréquente et excessive à ce que les demandes soient satisfaites, une labilité de l'humeur, une démoralisation, une dysphorie, des réactions de rejet de la part des autres et une faible estime de soi. Les performances scolaires sont souvent très mauvaises et dévalorisées de façon importante, ce qui amène en général des conflits avec la famille et les autorités scolaires. Le manque d'application pour les tâches qui exigent un effort soutenu est souvent interprété par les autres comme une preuve de paresse, un refus des responsabilités ou un comportement d'opposition. (DSM IV-TR, 2005, P.102.)

Et toujours selon de (DSM IV) en moyenne, les sujets atteints de Déficit de l'attention/hyperactivité réussissent dans moins de matières scolaires que leurs pairs et ont un moindre taux de réussite professionnelle. De plus, le niveau intellectuel, mesuré par des tests individuels de QI, est inférieur de plusieurs points chez les enfants ayant ce trouble par rapport à leurs pairs. Parallèlement, on observe une grande variabilité du Qi : des sujets ayant un Déficit de l'attention/hyperactivité peuvent faire preuve d'un développement intellectuel au-dessus de la moyenne ou même être supérieurement doués. Dans sa forme grave, le trouble est très handicapant, affectant l'adaptation sociale, familiale et scolaire. (DSM IV-TR, 2005, P.103.)

V.4. Suggestion thérapeutiques

Il s'agit maintenant de s'attarder sur le développement de l'enfant hyperactif dans son milieu social, c'est-à-dire l'école et sa famille. Pour se faire, il sera observé des exemples, et des solutions seront proposées afin d'améliorer la vie de l'enfant dans un groupe et lui permettre d'évoluer au sein de l'école autant scolairement que socialement. (CANEY. M, 2009, P. 8)

Et dans ce contexte nous émettons les suggestions suivantes :

1. Leurs proposer des programmes différents par rapport aux autres élèves.
2. Participer à des activités extrascolaires et des activités physiques et sportives.

3. Donner plus d'importance au côté psychologique pour les adolescents hyperactifs.
4. Mettre en place un lien entre les enseignants, le personnel de la santé, la famille et les enfants hyperactifs.
5. Initier des aménagements pédagogiques adaptés aux difficultés de l'adolescent hyperactif.
6. Etablir un diagnostic précoce pour les adolescents hyperactif afin de pouvoir les prendre en charge plus efficacement.

Conclusion

Conclusion générale :

L'adolescence est une période de grande fragilité où l'adolescent se trouve confronté au différent trouble psychique et parmi ceci les troubles d'attention et d'hyperactivité (TDAH) qui est très fréquent aujourd'hui surtout dans le milieu scolaire qui devient de plus en plus le théâtre de cette transposition de difficulté, ce trouble empêche ces adolescents hyperactifs à s'adapter dans des milieux scolaires.

Dans notre recherche, on a essayé d'étudier l'adaptation scolaire des adolescents hyperactifs âgés de (11 à 14 ans) qui sont scolarisés en cinquième année primaire, et cette dernière, nous a permis de tester notre hypothèse sur le terrain en prenant un échantillon d'élèves de l'école primaire :

EL MOKRANI on se basant sur la méthode descriptive et étude de cas et tout cela, afin d'arriver à notre but.

Donc notre recherche, nous a menés à des résultats qui sont les suivants : l'hyperactivité à un effet négatif sur l'adaptation scolaire des adolescents.

Le but de notre étude est de comprendre le comportement de ces adolescents hyperactifs dans le milieu scolaire et d'essayer de les aider par un suivi psychologique et un entretien pédagogique

Notre recherche a été faite dans le but de confirmer ou infirmer nos hypothèses mais aussi pour généraliser ces résultats et ouvrir le champ sur d'autres études sur l'adolescence tel que :

- l'effet de certains troubles et variables sur l'adaptation scolaire comme la timidité, l'estime de soi, le stress, la motivation, l'agressivité.
- il serait aussi intéressant de faire une comparaison entre les élèves hyperactifs et les élèves qui ne sont pas hyperactifs et de faire la comparaison entre les filles et les garçons.
- étant donné que notre recherche a été faite sur des élèves au niveau primaire des recherches devraient être menées au niveau des CEM et des Lycées pour d'une part diagnostiquer dans ces niveaux et d'autre part, de voir l'impact de ce trouble sur ces derniers.

Bibliographie

Bibliographie

1. American Psychiatric Glossary. Washington, D.C. American Psychiatric Press. 1994.
2. ANNICK. Vi, et autres clinique FOCUS Québec 2013.
3. AREZKI. D, La psychologie du développement de l'enfant et de l'adolescent au service des parents et des enseignants.
4. BANVILLE. D, RICHARD. J-F, RAICHE. G 2004 Utilisation des 11 styles d'enseignement de MOSTTON chez des éducateurs physiques francophones du Canada Vol.10, No. 2, pp. 32 – 44.
5. BENNABI. M, et autres 2015/1, Les pathologies du langage dans la pluralité linguistique Presses Universitaires de France | « La psychiatrie de l'enfant » Vol. 58 | pages 277 à 298.
6. CONCEICAO-D. M, et autre, 2005, l'adolescence : une transition, une crise ou un changement ? Bulletin de psychologie.
7. CONSLIN. G-P, 2004 Psychologie de l'adolescent la 3 Edition.
8. DELION. P, 2006, L'enfant hyperactif son développement et la prédication de la délinquance.
9. DELVENNE. V, 2007, "de l'hyperactivité dans l'enfance à la dégressivité à l'adolescence"2007/ vol 50.
10. DSM IV- TR Manuelle statistique et diagnostique des troubles mentaux Edition MASSON 2005.
11. Françoise martel, (1988), « la méthode descriptive son fondement théorique », recherche en son infirmier n 05.
12. GELLMAN-GARÇON. È, 2007, Le mutisme sélectif chez l'enfant : un concept Trans-nosographique. Revue de la littérature et discussion psychopathologique Presses Universitaires de France « La psychiatrie de l'enfant » /1 Vol. 50 | pages 259 à 318.
13. GUILLONNEAUEDK. N, GIRARDON. J, 2009/4 phobie scolaire à l'adolescence Groupe EDP Sciences | « Perspectives Psy » Vol. 48 | pages 375 à 381.
14. <https://www.psychologie.com/>
15. INSERM Institut National de la Santé Et de la Recherche Médical paris, le 6 février 2003 : Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent.
16. JOHAN. W-S, VLAHEYEN. A-B, et autre, 2009, psychologie de la peur et de la douleur The psychology of Fear and pain. Revue du Rhumatisme Belgique. P. 511–516.
17. KOCHMAN. F, 2002, L'hyperactivité de l'enfant N° 1.

18. Larousse, 2003. Dictionnaire illustré. Paris : Éditions Larousse. 1885.
19. MASSON. E, 2011 la psychologie de la scolarité.
20. MATOT. J-P, 2011, place de processus de déconstruction dans l'appropriation subjective a l'adolescence. La psychiatrie de l'enfant
21. MILLE. C, 1994, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
22. MILLER. 2003 p. 328, School violence and children in crisis. Denver: Love Publishing.
23. MINISTERE DE L'EDUCATION QUEBEC : 2003 trouble de déficit de l'attention/hyperactivité agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes. Document de soutien à la formation : Connaissances et interventions.
24. OLIVIER. E, 2013, L'engagement scolaire des enfants hyperactifs et inattentifs : effets modérateurs des Relations sociales mémoire.
25. Petit Larousse de la psychologie, 2010.
26. PILET. J-I, 2009, Drame au milieu scolaire, protocole pour évaluer, soutenir communiquer édition Elsevier, paris.
27. SCHWANEN. C, 2008 : MEMOIRE portrait de l'adaptation scolaire et sociale des élèves fréquentant les écoles secondaires québécoises en fonction de leur niveau d'habiletés intellectuelles Québec canada.
28. SILLAMY. N, 2003, Dictionnaire de Psychologie Larousse, Paris.
29. SPETEBROOT. A, 2011-2012, Séminaire de recherche : Psychologie – Elèves à besoins éducatifs particuliers Intitulé du sujet de mémoire : Scolarisation d'un élève hyperactif en classe ordinaire : les adaptations pédagogiques.
30. ST-HILAIRE. A, MARCOTTE. D, 2005 L'influence de la pratique d'un sport restrictif et non restrictif sur la dépression, le développement pubertaire, l'image corporelle et les standards de performance à l'adolescence De Boeck Supérieur | « STAPS » no 67 | pages 73 à 88.
31. ZAZZO R. (1972). Psychologie différentielle de l'adolescence. PUF.
32. Berry. M ; 2000 diriger des thèses de terrain gérer et comprendre.

Annexes

ANNEXTE : 1

Critères diagnostiques du Trouble : Déficit de l'attention/hyperactivité

A. Présence soit de (1), soit de (2) :

(1) six des symptômes suivants d'inattention (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Inattention

(a) souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités

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

(c) semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement

(d) souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition, ni à une incapacité à comprendre les consignes)

(e) a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités

(f) souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison)

(g) perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (p. ex., jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils)

(h) souvent, se laisse facilement distraire par des stimuli externes

(i) a des oublis fréquents dans la vie quotidienne

(2) six des symptômes suivants d'hyperactivité-impulsivité (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Hyperactivité

(a) remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège

(b) se lève souvent en classe ou dans (l'autre situation où il est supposé rester assis

(c) souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice)

(cl) a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir

(e) est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts.»

(f) parle souvent trop

Impulsivité

(g) laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée

(h) a souvent du mal à attendre son tour

(i) interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex., fait irruption dans les conversations ou dans les jeux)

B. Certains des symptômes d'hyperactivité-impulsivité ou d'inattention avant provoqué une gêne fonctionnelle était présente avant l'âge de 7 ans.

C. Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux, ou plus de deux types (l'environnement différents (p. ex., à l'école — ou au travail — et à la maison).

D. On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un Trouble envahissant du développement, d'une Schizophrénie ou d'un autre Trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex., Trouble thymique, Trouble anxieux, Trouble dissociant' ou Trouble de la personnalité).

Code selon le type :

F90.0 [314.01] Déficit de l'attention/hyperactivité, type mixte : si a la fois les Critères A1 et A2 sont remplis pour les 6 derniers mois

F90.0 [314.00] Déficit de l'attention/hyperactivité, type inattention prédominante : si, pour les 6 derniers mois, le Critère A1 est rempli mais pas le Critère A2

F90.0 [314.01] Déficit de l'attention/hyperactivité, type hyperactivité-impulsivité prédominante
• si, pour les 6 derniers mois, le Critère A2 est rempli mais pas le Critère A1;

ANNEXTE : 2

جامعة الجزائر 2

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس و علوم التربية و الأروطوفونيا .

مقياس "يونجمان" للتوافق الدراسي.

أخي التلميذ ، أختي التلميذة :

تدور مجموعة الأسئلة التالية حول عديد من الأمور التي تمارسها في حجرة الدراسة، والمطلوب منك أن تقرأ كل سؤال بعناية وأن تجيب عليه بكل صراحة بوضع علامة (X) حول "نعم" أو "لا" عندما تنتهي تأكد من أنك لم تترك أي سؤال دون إجابة ، لاحظ أنه لا توجد إجابة صحيحة و أخرى خاطئة و أن إجابتك ستكون سرية .

البيانات الأولية:

الاسم:

اللقب:

معدل امتحانات هذه السنة:

معدل الفصل الأولمعدل الفصل الثاني.....

و نشكركم على هذه المعلومات .

لا	نعم	العبارات
		1 هل غالبا ما تنتظر من نافذة أو باب حجرة الدراسة ا والى المصقات على جدران الحجرة أثناء الدرس ؟
		2 هل اخذ منك المدرس أشياء كنت تعبت بها أثناء الدرس ؟
		3 هل يكون عمالك عادتا نظيفا و مرتبا ؟
		4 هل تحاول غالبا الإجابة على الأسئلة التي يوجهها لك المدرس ؟
		5 هل تتحدث غالبا مع التلميذ المجاور لك أثناء الدرس ؟
		6 هل تقوم أحيانا بقضاء بعض المهام للمدرس ؟
		7 هل تجد انه من الصعب عليك الجلوس ساكتا في مكانك مدة طويلة ؟
		8 هل يسهل عليك قراءة ما تكتب؟
		9 هل تمزق كتبك بسرعة؟
		10 هل تحضر غالبا إلى الدرس متأخرا؟
		11 هل تكون في العادة هادئا في حجرة الدراسة؟
		12 إذا وجه المدرس سؤالا للتلاميذ هل غالبا ما ترفع أصبعك طالبا الإجابة؟
		13 هل تستغرق أحيانا في أحلام اليقظة أثناء الدرس؟
		14 هل تحضر قلمك بصورة دائمة إلى الدرس؟
		15 هل غالبا ما عاقبك المدرس؟
		16 هل تؤدي واجبك المطلوب منك في الوقت المناسب؟
		17 هل اشتركت في أي خلاف حاد أو مشاجرة مع زملائك بالمدرسة؟
		18 هل غالبا ما سكبت سوائل أو أسقطت أشياء داخل حجرة الدراسة؟
		19 هل تذهب إلى المدرسة مع زملائك؟
		20 هل غالبا ما توجه انتباهك للمدرس أثناء حديثه؟
		21 هل سبق أن وجهت للمدرس أية أسئلة؟
		22 هل يمكنك الاستمرار في أداء العمل الذي تقوم به لمدة طويلة؟
		23 هل عادة ما تكون معك كل الكتب و الأدوات التي تحتاجها أثناء الدرس؟
		24 هل أحيانا تترك ما تقوم به من عمل دون أن تنتهي منه؟

		25 هل غالبا ما تؤدي عملك معتمدا عللا نفسك؟
		26 هل سبق أن حاولت دفع زملائك داخل أو خارج حجرة الدراسة؟
		27 إذا لم تستطع القيام بالعمل المطلوب منك فهل تطلب المساعدة من المدرس؟
		28 هل غالبا ما تستأذن لتغادر حجرة الدراسة؟
		29 هل تتخذ دائما ما يطلب منك بدون تذمر؟
		30 هل ترد مباشرة على توبيخ مدرسك؟
		31 هل أحيانا تبدأ الضحك في حجرة الدراسة؟
		32 هل ترفع صوتك أحيانا للإجابة على السؤال قبل أن يأذن لك المدرس؟
		33 هل تذهب إلى حجرة المدرس إذا احتجت إلى مساعدته؟
		34 هل دائما تطلب الإذن من المدرس قبل أن تترك مكانك؟

ANNEXES : 3

Les symptômes	Les fréquences			
	Pas du tous	Un peut	Moyen	Beaucoup
	0	1	2	3
1. Dans ces travaux scolaires :				
A. Il ne réussit pas à porter son attention sur les détails.				
B. Il fait des erreurs irréfléchies.				
C. Cela se produit dans d'autres types d'activités.				
2. Il a de la difficulté à maintenir son attention sur son travail pendant une longue période de temps.				
3. Il ne semble pas écouter lorsqu'on lui parle.				
4. Il ne réussit pas à suivre les instructions et à finir le travail en même temps que les autres.				
5. Il a des difficultés à organiser ces tâches.				
6. Il évite ou n'aime pas les tâches qui demandent un effort soutenu (ex : devoirs, lectures, casse-tête.				
7. Il déplace ou prend les objets nécessaires pour réaliser ses tâches clés, crions.				
8. Il est facilement distrait par ce qui se passe autour de lui ex : bruit, activités, objet.				
9. Il est à oublier ce qu'il a à faire lors d'activités journalières.				
10. A. Il agite souvent les mains et les pieds.				
B. il se tortille sur la chaise.				
C. il joue souvent avec des objets dans ces mains.				
11. A. il se lève souvent sur son siège en classe ou dans d'autres situations où il doit rester assis.				
B. il a de la difficulté à rester assis longtemps.				
12. Il crie, saut, court, grimpe partout dans des situations où cela est inapproprié.				

Résumé :

Notre étude a pour but de déterminer l'adaptation scolaire des adolescents hyperactifs âgés de (11 à 14 ans au niveau du primaire EL-MOKRANI Bejaia, nos objectifs sont de savoir s'il existe des adolescents diagnostiqués hyperactifs et d'apercevoir l'effet de l'hyperactivité sur l'adaptation scolaire.

L'outil que nous avons utilisé dans cette recherche, est l'échelle (YANGMAN) ou se dernier été distribué sur 17 élèves de sexes différents (garçons et filles) niveau de cinquième années primaire. La méthode adoptée dans cette étude est la méthode descriptive, les résultats que nous avons obtenus sont les suivants :

- il existe des adolescents diagnostiqués hyperactifs.
- l'hyperactivité a un effet négatif sur l'adaptation scolaire.

Mots clés : adolescence, hyperactivité, adaptation scolaire.

Summary:

The purpose of our study is to determine the school adaptation of the hyperactive teenagers old from (11 to 14 years to the level of primary education EL-MOKRANI Bejaia, our objective is to know if there exist teenagers diagnosed hyperactive and to see the effect of the hyperactivity on the school adaptation.

The tool that we used in this research is the scale (YANGMAN) or last summer to distribute on 17 pupils of sexes different (boys and girls) level from fifth years primary education. The method adopted in this study is the descriptive method; the results, which we obtained, are the following:

- There exist teenagers diagnosed hyperactive.
- L'hyperactivité a un effet négatif sur l'adaptation scolaire.

Key words: adolescence, hyperactivity, school adaptation.