



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

*Université Abderrahmane Mira – Béjaïa
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales*

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master

Option : Psychologie clinique

Thème

Les difficultés d'apprentissage chez les enfants ayant une hyperactivité

Etude de six (06) cas dans un cabinet de Psychologie et d'orthophonie

Présenté par :

ZEGGAGH MELAAZ

ZEGGAGH KATIA

Encadré par :

Dr. MEKHZEM. K

Année 2020/2021

Remerciements

Avant tout on remercie dieu tout puissant de nous avoir procuré courage et force durant les années d'études à l'université et à finir ce modeste travail.

On tient à exprimer toute nos reconnaissance à notre Directrice de mémoire Mme Mekhzem Kahina on la remercie de nous avoir encadré, orienté, aidé et conseillé.

On adresse nos sincères remerciements à tous les professeurs, intervenants et toutes les personnes qui par leurs paroles, leurs écrits, leurs conseils et leurs critiques ont guidé notre réflexions et ont accepté à nous rencontrer et répondre à nos questions durant notre recherches.

On remercie nos familles, nos ami(e)s pour leurs sincères amitiés et confiance, et à qui on doit notre reconnaissance et notre attachement.

Sans oublier toutes personnes qui nous a aidées dans notre stage pratique.

À tous ces intervenants, on présente nos remerciements, notre respect et notre gratitude.

Katia & Melaaz

Dédicace

A l'occasion de ce jour-là je voudrais dédier ce travail à tous ceux qui me sont chers

Premièrement à mes parents, que sans eux je ne serai pas là, je les remercie pour leurs sacrifices, amour et encouragement dans mes moments difficiles, que dieu les gardes à mes cotés et les protèges.

A mes chers frères, qui ils étaient comme une main qui me pousse en avant pour être forte et courageuse.

A mes cousines que je considère comme des sœurs Imen, Yasmine et Sarah.

A ma meilleure amie Lydia, sans oublier ma cousine et ma collègue Katia.

Au responsable et psychologue du cabinet Azzoug Toufik, aux personnels (Lamia, Nawal, wafa, Wissam, Souhila, katia et lydia) qui m'ont soutenir et aider durant mon stage pratique.

Melaaz

Dédicace

Je voudrais dédier ce modeste travail de fin de cycle A tous ce qui m'est chers(es) :

*A mes parents pour leur sacrifice, amour et leurs encouragements que dieu vous
garde inchallah*

A ma grand-mère

A mes chères sœurs : Samia, Siham, Sarah, Nadjet, et Lina

A mon frère : Mohamed

A mon fiancé

A mes deux neveux : Nadir et Aris

A mes meilleures amies chacune à son nom

*Enfin je remercie beaucoup Ma binôme melaaz pour sa patience durant Tout
notre travail.*

Zatia

Table des matières

Table des matières

Introduction	1
---------------------------	----------

Cadre général de la problématique

1- La problématique	4
2- Définition et opérationnalisation des concepts clés :	7
2.1-Enfant	7
2.2-Scolaire	7
2.3-l'hyperactivité	7
2.4-L'apprentissage	7
2.5- Difficultés d'apprentissage	7

Partie théorique

Chapitre I : L'hyperactivité

Préambule	10
1- Définitions :.....	10
1.1-L'hyperactivité.....	10
1.2-Trouble de l'hyperactivité.....	11
2- L'histoire de l'hyperactivité.	11
3- L'épidémiologie de trouble de l'hyperactivité.	13
4- Les signes et les symptômes de trouble de l'hyperactivité.	14
4.1-Hyperactivité.....	14
4.2-Inattention.	15
4.3-Impulsivité.	15

5-	Les facteurs de risque de l'hyperactivité. -----	16
	5.1-Tempéramentaux. -----	16
	5.2-Environnementaux. -----	16
	5.3-Généétique et physiologique. -----	17
6-	Les Troubles associés à l'hyperactivité. -----	17
7-	Les formes cliniques de l'hyperactivité. -----	18
	7.1-Forme à hyperactivité prédominante. -----	18
	7.2-Forme à trouble de l'attention prédominant. -----	19
	7.3-Forme mixte. -----	19
8-	Les critères diagnostiques de l'hyperactivité selon le DSM-V -----	20
	8.1-Inattention -----	20
	8.2-Hyperactivité et impulsivité. -----	20
9-	Les critères diagnostiques de l'hyperactivité selon la CIM-10. -----	22
10-	Prise en charge : -----	23
	10.1-Prise en charge médicamenteux -----	23
	10.2- Prise en charge psychothérapeutique -----	23
	10.3- Thérapie d'inspiration psychanalytique -----	24
	Synthèse -----	

Chapitre II : Difficulté d'apprentissage

Préambule -----	27
1- Définitions : -----	27
1.1-Les difficultés d'apprentissage -----	27
1.2-Définition des troubles d'apprentissage. -----	28

1.3-La différence entre difficulté d'apprentissage et trouble d'apprentissage -----	28
2- Les signes des difficultés d'apprentissage. -----	29
3- Les théories explicatives et les facteurs de risque des difficultés d'apprentissages scolaires..30	30
3.1- La théorie behavioriste-----	30
3.2-la théorie cognitiviste -----	31
3.3-La théorie constructiviste -----	31
3.4-La théorie socioconstructiviste -----	32
3.5- les facteurs à risque.-----	32
4- Quelques troubles spécifiques d'apprentissage.	
4.1-Dyslexie -----	34
4.2-Dysphasie-----	34
4.3-Dyspraxie-----	35
4.4-Dyscalculie-----	35
5- Critères de diagnostique de trouble d'apprentissage. -----	35
6- Diagnostique différentielle de trouble d'apprentissage. -----	36
7- Critère de diagnostique de TDA /H dans la CIM-10 (1993). -----	37
Synthèse-----	-----

Chapitre III : La méthodologie de la recherche

1- La pré-enquête.-----	43
2- Les méthodes de la recherche : -----	44
2.1- Descriptive.-----	44
2.2- Etude de cas -----	44
3- Présentation du lieu de recherche.-----	45

4- Les caractéristiques du groupe de recherche.-----	46
5- Les outils de la recherche.-----	46
5.1- L'observation clinique. -----	46
5.2- L'entretien clinique.-----	46
5.3-L'échelle du Conners. -----	51
6- Déroulement de la recherche.-----	52

Chapitre IV : présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

1-La présentation des cas -----	55
2-Résumé de l'entretien.-----	
4-Présentation des résultats de l'échelle de conners. -----	
5-Analyse de l'échelle.-----	
6-Analyse général.-----	72
7-Discussion des hypothèses. -----	74

Conclusion générale.-----77

Bibliographie.

Annexes.

Introduction

Depuis sa conception, l'enfant passe par des différentes périodes, qui se caractérisent par des transformations physiques, sociales, psychiques, sexuelles, relationnelles et intellectuelles. Tous ses changements influencent directement ou indirectement sa vie, et son développement.

Quand ces changements tournent mal, l'enfant peut être exposé à plusieurs troubles, on peut citer à titre d'exemple, le trouble envahissant du développement (psychose infantile), le trouble dissociatif (schizophrénie), la dépression, l'anxiété et le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (TDAH), appelé aussi par certains auteurs (TDA/H) trouble de l'hyperactivité avec ou sans déficit de l'attention.

Il s'agit d'un syndrome neurologique et comportemental, entraînant des difficultés de l'attention et de l'apprentissage.

Le trouble se manifeste par une triade de symptômes, une agitation motrice permanente et incontrôlable, une impulsivité comportementale et cognitive, et une attention plus ou moins sévère des ressources attentionnelles.

Le TDAH (trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) est un trouble fréquent du développement touchant 5 % de la population générale. Il débute dans l'enfance, mais se maintient fréquemment à l'âge adulte dans plus d'un tiers des cas.

Les conséquences délétères sur le fonctionnement du sujet sont bien documentées avec, chez l'enfant, une altération majeure de la scolarité et des relations sociales et familiales, et, chez l'adulte, du fonctionnement professionnel et le risque de développer un abus de substances (Bouvard.2016).

Malgré le nombre d'évidences cliniques et scientifiques, le TDAH Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité est indubitablement, encore aujourd'hui, un espace de paradoxes. (Bouvard. 2016).

L'hyperactivité est parmi les problématiques majeures que l'on rencontre le plus souvent au niveau de l'enfance et surtout dans le milieu scolaire, car à l'école l'enfant doit suivre des règles, sur la stabilité sur le respect et les instructions à suivre demandés par l'école, donc ces lois deviennent un déficit pour l'enfant hyperactif, dont il ne peut pas appliquer et il est très difficile pour un enfant de six ans d'être calme et attentif et ce tenir toute la journée assis sur

une chaise, il est bourré d'énergie, il a besoin de dégager le sur plus d'une excitation débordante, dans ce cas le trouble est évident.

En général, les enfants ou les élèves hyperactifs ne sont pas difficiles ce sont des élèves qui ne peuvent pas contrôler leur agitation et qui ayant de la difficulté à respecter le cadre imposé par l'école.

Le grand problème de l'enfant hyperactif n'est ni son agitation ou sa motricité mais se sont, avant tout, ses problèmes de concentration, de l'attention et de fixation, notamment à l'école, c'est enfants sont perturbés par des stimulations parasites comme le bruit les chahute...mais, se sont les plus souvent considérés comme des perturbateurs dans la classe.

Dans notre recherche nous avons choisi ce thème pour connaître et comprendre mieux le phénomène de l'hyperactivité dans le milieu scolaire et sa relation avec les difficultés d'apprentissage que l'enfant rencontre, vu que c'est un sujet qui demande davantage de recherches pour répondre aux demandes des parents qui ne comprend pas l'attitude de leur enfant et qui sont déçus de leurs résultats scolaire, aussi répondre à l'enseignant qui trouve ces éléments comme perturbateurs par rapport à leurs camarades.

Notre travail inclue quatre chapitres, le premier est sous le titre de l'hyperactivité, ou on a essayé de simplifier et de définir ce trouble, basant sur son historique avec son épidémiologie, les signes et les grands symptômes qui peut plus apparu chez l'enfant, les facteurs de risque...ainsi de suit :

Le chapitre deux, est sur les difficultés d'apprentissage avec sa définition, signes, théories explicatifs, critères de diagnostique... etc

La partie méthodologique est le troisième chapitre que vous allez rencontre dans ce modeste travail. Dans cette partie on 'a essayé de résumer comment on 'a pu réaliser notre recherche, les méthodes et les outils qu'on a utilisé, les caractéristiques de nos cas et le déroulement de la recherche.

Le quatrième chapitre concerne la présentation des cas et leurs analyses avec la discussion des hypothèses.

Cadre générale de la problématique

Cadre générale de la problématique

1-La problématique :

Chaque être humain passe par des expériences tout au long de sa vie, afin de former une personnalité bien structurée, et pour cela, tout individu passe par une socialisation dès le jeune âge.

La famille est considérée comme le premier moyen de la socialisation, puis vient l'école, où l'enfant va découvrir un autre monde qui est carrément différent. Alors pour l'enfant, entrer à l'école, c'est entrer dans un nouveau monde où il va devoir acquérir un certain nombre de connaissances qui lui seront nécessaires dans une société donnée.

Le temps d'aller à l'école, est une crise pour l'enfant qui nécessite un étayage et une reconstruction, il y a tout à la fois, la séparation, la rencontre avec l'inconnu..., le choc de la séparation et les angoisses suscitées par tous les aspects inconnus de la situation mobilisent toutes les défenses de l'enfant surtout lorsque c'est sa première expérience d'un groupe, et certains enfants peuvent avoir des difficultés d'adaptation et d'apprentissages qui les conduisent à des situations d'échecs. (Despinoy, 2004).

Les apprentissages fondamentaux qu'on trouve à l'école sont l'acquisition de la lecture, du calcul, de l'écriture, de l'orthographe..., ces acquisitions ne sont pas naturelles, mais résultent d'actions pédagogiques et constituent les objectifs prioritaires des premières années de scolarité. (Benoit, et al. (2009).

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

Alors, les difficultés d'apprentissages sont des obstacles à l'apprentissage qui sont généralement temporaires et peuvent être en lien avec ce que la personne peut vivre comme des comportements inadéquats et des conditions socio affectives difficiles. Lorsque le nécessaire est fait afin d'éliminer les éléments en cause, la personne retrouve généralement un niveau d'apprentissage adéquat.

Les difficultés d'apprentissage à l'école se traduisent généralement par des **résultats insuffisants de l'élève** et peuvent également s'accompagner par des **comportements difficiles** comme une grande passivité en classe, ou au contraire de l'agitation (hyperactivité),

Cadre générale de la problématique

et peuvent prendre la forme d'une baisse de motivation, une mémorisation ou une concentration limitée, une incapacité à résoudre les problèmes posés, un comportement social ou scolaire inadapté.

Un enfant qui rencontre des difficultés d'apprentissage est aussi un élève qui a **du mal à s'organiser et à suivre le rythme** régulier de la classe. En général, c'est un **élève anxieux** pour qui il est difficile d'obtenir des résultats satisfaisants.

Généralement, les enfants qui présentent des difficultés d'apprentissage manifestent des troubles de comportement, un manque de concentration, l'inattention, l'agitation etc.

Tous ces éléments peuvent être regroupés dans ce qu'on appelle le trouble de l'hyperactivité qui est défini, selon le Grande Dictionnaire de la Psychologie, comme « un syndrome qui se caractérise principalement par l'enchaînement continu d'activité, sans intervalle ni temps ni repos entre elle et qui, à l'observation, confine à l'agitation » (p 433).

Le trouble de l'hyperactivité peut aussi être appelé (TDAH), trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Les personnes atteintes de ce dernier ont des difficultés à se concentrer, à être attentives et à mener à terme des tâches le moins complexes. Elles ont souvent du mal à rester en place, à attendre leur tour et agissent fréquemment de façon impulsive.

Bien que ces comportements puissent se retrouver chez tous les êtres humains, ils sont présents de façon anormalement prononcée et prolongée chez ceux qui sont atteints d'un TDAH. Ils sont également présents dans toutes les circonstances de la vie (pas uniquement à l'école ou uniquement à la maison, par exemple).

Donc on peut dire que l'hyperactivité est un trouble du comportement de plus en plus répandu et l'une des problématiques majeures au niveau de l'enfance, que l'on rencontre le plus souvent au milieu scolaire. Un enfant hyperactif se reconnaît à son énergie débordante et à son agitation. Il est un sujet qui a des crises de colère prolongées et régulières.

L'hyperactivité de l'enfant constitue aujourd'hui un syndrome dont l'existence n'est plus remise en question, un des paradoxes de ce trouble est sans doute lié à l'impression de découvrir une pathologie décrite il y a pourtant plus d'un siècle.

Cadre générale de la problématique

Dans notre travail on est basé sur les difficultés d'apprentissage qui sont accompagnées par l'hyperactivité et l'inattention, en cherchant les conséquences et l'influence de l'hyperactivité sur l'apprentissage et la relation existante entre ces deux éléments.

Dans le but de cerner notre problématique, nous avons recouru au cabinet de psychologie et d'orthophonie « Azzoug » qui prend en charge les enfants en difficulté où on a trouvé les cas qui regroupe nos critères, sans oublier l'école qui est le milieu idéal pour le collecte de données et l'analyse. Et nous amenons à poser cette question ; quelles sont les conséquences d'hyperactivité des enfants scolaires sur leurs apprentissages ?

Pour cette question de recherche nous avons proposé des hypothèses qui sont des réponses préalables et qui reste à confirmer, les hypothèses sont les suivantes :

***L'hypothèse générale**

Les enfants souffrant de l'hyperactivité manifestent des difficultés d'apprentissage.

***Les hypothèses partielles**

-Les enfants qui ont des difficultés d'apprentissage manifestent des troubles de l'attention.

-L'hyperactivité entraîne des difficultés d'apprentissage et conduit à l'échec scolaire.

-L'enfant hyperactif qui souffre de difficulté d'apprentissage présente des troubles de mémoire.

***Les objectifs de la recherche**

Notre recherche porte sur le trouble de l'hyperactivité et les difficultés d'apprentissage chez les enfants, est réalisée au premier lieu dans le cadre de l'obtention d'un Master en psychologie clinique.

Comme elle sert à collecter des données concernant le trouble de l'hyperactivité et son influence sur l'apprentissage de l'enfant, pour le mieux comprendre, afin de vérifier nos hypothèses et trouver des solutions.

Cadre générale de la problématique

Aussi, essayer de vérifier que l'enfant hyperactif a des difficultés d'apprentissage, et mettre le point sur la souffrance des parents et les enfants souffrant de ce trouble et de ces difficultés.

2-Définitions et opérationnalisation des concepts clés :

2.1-Enfant :

C'est le petit de l'être humain, qui est encore sous la responsabilité d'un adulte, se caractérise par une conscience et une maturité incomplète et en cours de développement progressif.

2.2-Scolaire :

C'est un caractère d'une période de vie pendant laquelle un enfant poursuit une formation pédagogique et se développe sur le plan cognitif et intellectuel.

2.3-L'hyperactivité:

Une agitation permanente, ou l'activité motrice est instabilité chez l'enfant, un enfant qui peut être désorganisé, désordonné, incapable à tenir en place.

2.4-L'apprentissage :

L'acquisition du nouvel savoir et des nouvelles connaissances.

2.5-Difficultés d'apprentissage:

Une difficulté d'apprentissage concerne des obstacles et difficultés à l'apprentissage dans le langage oral et écrit

Partie théorique

Chapitre I

L'hyperactivité

Préambule

Actuellement, l'hyperactivité est l'une des problématiques majeures au niveau de l'enfance, que l'on rencontre le plus souvent en milieu scolaire. Ou elle suscite un grand intérêt chez les professionnels de l'enfance, les parents ainsi que les enseignants.

Le TDAH est un trouble qui existe depuis toujours, Longtemps appelé, «Hyperactivité», on lui donne dorénavant le nom de Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité. Ce terme est plus juste et décrit mieux la maladie.

En effet, l'hyperactivité étant une composante de la maladie. Par contre, l'hyperactivité est plus facile à déceler qu'un manque de l'attention, d'où la méprise.

Le TDAH est plus fréquent chez les enfants, semble-t-il. Mais en réalité, le TDAH a surtout été étudié chez les enfants. Il faut savoir que la moitié des enfants ayant souffert de TDAH en souffriront encore à l'âge adulte, bien que les symptômes soient légèrement différents: moins d'hyperactivité physique, mais beaucoup d'émotions, de stress, d'anxiété, de mauvaise estime de soi, etc.

1-Définitions :

1.1-L'hyperactivité :

L'hyperactivité est un comportement à base d'excitation psychomotrice, où peuvent se manifester l'agressivité , la colère, la turbulence et l'anxiété et plus généralement tous les phénomènes à expression émotionnelle et motrice d'un état d'inadaptation grave dépendant à la fois d'une structure psychopathologique particulière et des conditions environnementales défavorables. (Caron, 2010).

L'hyperactivité se traduit par une difficulté à rester tranquille, des problèmes de concentration, des difficultés dans la gestion des émotions ou du stress. Elle se manifeste chez les enfants au cours de leur connaissance.

L'enfant hyperactif est un enfant dont l'activité motrice est augmentée et désordonnée, accompagnée d'impulsivité et de réactions agressives. (Gruffat. (2021), *Hyperactivité (TDAH)*). Retrieved from <https://www.caducee.net>).

1.2- Trouble de l'hyperactivité :

L'hyperactivité comme trouble, désigne un trouble neuro-développemental chronique. Il s'agit en fait d'un trouble complexe appelé désormais Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH). (Rossant,J et Rossant,L.(2020), *Hyperactivité de l'enfant (TDAH)*. Retrieved from <https://www.doctissimo.fr>).

L'hyperactivité est un trouble d'étiologie multifactorielle cliniquement hétérogène, associé à un coût psychologique et social appréciable pour la plupart des jeunes qui en souffrent, du fait des échecs scolaires et des espoirs professionnels déçus, des courts tout aussi importants sont associés au stress familial. (Chevalier.N et al, 2006, p, 4).

Ces troubles doivent être en décalage net par rapport à l'âge et au niveau de développement de l'enfant pour qu'on puisse parler d'hyperactivité.

Plusieurs termes sont employés pour désigner l'hyperactivité :

-Syndrome hyperkinétique.

-Dysfonction cérébrale minime.

-Troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).

(Rossant,J et Rossant,L.(2020), *Hyperactivité de l'enfant (TDAH)*. Retrieved from <https://www.doctissimo.fr>).

2. L'histoire de l'hyperactivité :

Au XIX siècle L'hyperactivité a été en tant que phénomène qui attire l'attention des cliniciens et des chercheurs, qui relèvent les principaux signes cliniques de ce phénomène à l'époque sont ; l'instabilité et les perturbations de l'attention. En 1845, Hoffman décrit ce phénomène à l'occasion d'une comptine écrite à l'attention de son fils Phil.

Docteur Bourneville en 1897 met en effet l'instabilité en relation avec la suggestibilité et l'agressivité ; il a remarqué chez des enfants qu'il qualifiait de « débile instables » que ces deux signes étaient associés à une instabilité psychomotrice. Kraepelin en 1898, décrit les psychopathes instable, parmi eu un pourcentage asse important des enfants âgée de dix a quinze ans.

Dès 1902 Still, observait un ralentissement cognitif chez des enfants ayant un TDAH qui découlerait de la modification des cellules du cerveau provenant d'un dommage structurel ou d'un retard de croissance. À son avis, les dommages cérébraux minimes provoqueraient des perturbations émotionnelles pouvant entraîner la délinquance.

En 1911, c'est sous le terme de « débilité motrice » Que Dupré évoque la question de l'instabilité. Puis l'appellation devienne « instabilité psychomotrice constitutionnelle » qui intègre : l'incapacité d'attention, incoordonnés, variabilité de l'humeur et les troubles du comportement. Par la suite, l'école française trouvera des développements dans les travaux de Wallon en 1925 et de successeurs, et d'écrit un type de sujet « turbulent » par sa caractéristique central qui est l'impulsivité lié à la production des mouvements spontanés échappant au control du sujet.

Vers les années 1950, c'est l'apparition de l'expression « désordre hyperkinétique impulsif ». L'impulsivité recouvre les comorbidités comportementales et opposés à la réflexion, comme l'instabilité est associée à : l'impulsivité, la labilité du comportement et après temps à la Chapitre I : hyperactivité 17 pensée. Ainsi à cette époque le syndrome psychique et moteur est remplacé par syndrome psychoaffectifs et comportemental. (Delion, 2010, p, 15).

Dans les années 1970, Ajuriaguerra décrit un syndrome d'excitation psychomotrice avec difficulté à fixer l'attention, et une instabilité associée à une fuite des idées. Dès 1980, on utilise l'expression « trouble de l'attention déficitaire ».

L'hyperactivité et l'impulsivité pouvaient accompagner ou Chapitre I : hyperactivité 18 non l'inattention, l'Association Américaine de Psychiatrie utilisait le terme « déficit d'attention avec ou sans hyperactivité ». Les diagnostics alors émis se rapportaient uniquement au déficit de l'attention avec hyperactivité lequel était associé aux comportements perturbateurs incluant les troubles de conduite, les troubles oppositionnels et les difficultés d'apprentissage. (Bréjard. et Bonnet, 2002,)

Le DSM-III en 1980 identifie également un « trouble déficit de l'attention sans hyperactivité » qui exclut le dernier critère (hyperactivié), il été proposé en 1987 dans le DSM-III-R par l'APA (1987) pour contrer la confusion entre les deux types précédents.

Le symptôme principal renvoie alors à l'hyperactivité et fait référence à un développement inadéquat sur les plans de l'attention, de l'impulsivité et de l'hyperactivité. La présence de six symptômes sur dix-neuf est nécessaire pour poser le diagnostic.

En 1990 Burckley Déclare les troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité constituent une réalité complexe qui ne peut être facilement définie et dont l'appellation a subi diverses modifications depuis le début du siècle.

Le DSM-IV (1995) revient sur la ligne initiale multidimensionnelle en spécifiant deux versants du trouble : un versant inattention et un versant moteur hyperactivité-impulsivité Est ainsi décrit le Trouble déficit de l'attention/hyperactivités Pour faire le diagnostic, on doit retrouver au moins six des symptômes d'inattention. Ceux-ci doivent persister pendant au moins 6 mois, et être a un degré ne correspondant pas au niveau de développement de l'enfant, par exemple comportement d'exploration motrice désordonnée du petit enfant, normal de 18 a 24-30 mois, mais inadapté ensuite et témoignant d'une difficulté à contrôler sa motricité. On doit également retrouver six des symptômes d'hyperactivité-impulsive selon les mêmes conditions d'expression.

En 2000, DSM-IV-R : permet d'inclus la possibilité d'une évolution dans la symptomatologie dominante. (Bréjard.et Bonnet, 2007, p, 102).

3- L'épidémiologie de trouble de l'hyperactivité :

La prévalence internationale estimée du TDAH chez l'enfant et l'adolescent est comprise entre 3,4 % et 5,5 % (Polanczyk et coll. 2015). Ce résultat est issu de travaux méta-analytiques s'appuyant sur un nombre important d'études.

Leurs buts étaient d'estimer la prévalence du TDAH et d'étudier les facteurs associés aux variations des estimations dans les différentes recherches. Ces méta-analyses montrent que la prévalence reste stable dans le temps et paraît faiblement influencée par la localisation géographique ou l'année de réalisation des études.

Cependant il y a une sous-représentation des études provenant de pays à faible revenu par habitant. Les différentes procédures méthodologiques expliquent l'hétérogénéité dans les estimations de la prévalence.

En particulier, il faut souligner que les études utilisant la Classification Internationale des maladies qui propose des critères diagnostiques plus restrictifs, et les études utilisant des critères de retentissement fonctionnels rapportent des prévalences inférieures.

Les études utilisant les enseignants comme informant génèrent des estimations plus élevées. Les données françaises disponibles sont cohérentes avec ces estimations (Lecendreau et coll. 2011). À partir d'une enquête téléphonique en population générale portant sur 1012 participants âgés de 6 à 12 ans, les auteurs ont estimé une prévalence du TDAH en France comprise entre 3,5 % et 5,6 %.

Du fait de l'évolution des critères diagnostiques du DSM-5 (âge de début avant 12 ans et non 7 ans ; comorbidité possible avec les troubles du spectre autistique) la question d'une augmentation de l'estimation de la prévalence dans les futures études est posée.

Au total, le TDAH représente une des conditions et un des motifs de consultation parmi les plus fréquents en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. (Bouvard. 2016. P 193).

4- Les signes et les symptômes de trouble de l'hyperactivité :

Les symptômes développés lors de troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) sont différents chez l'enfant et l'adulte.

De plus, d'une personne à l'autre les symptômes peuvent être différents, combinant plus ou moins intensément les 3 symptômes caractéristiques du TDAH sont l'hyperactivité, l'inattention, ainsi que l'impulsivité.

4.1- Hyperactivité :

Chez l'enfant pourra être décrite ainsi :

- Enfant agité, ne restant pas tranquille, ne tenant pas en place, court, grimpe partout.
- Enfant bougeant sans arrêt les membres (mains, pieds), reste sur sa chaise, mais bouge sans arrêt.

– Enfant qui parle sans arrêt.

Chez l'adulte, l'hyperactivité physique est moins prononcée ou plutôt, s'exprime différemment. Il bougera moins, par contre, son hyperactivité pourra être décrite ainsi: Difficulté de se contenir. Son excès d'énergie devra être évacué par la pratique de sports extrêmes par exemple.

4.2-Inattention :

Chez l'enfant, bien que moins visible que l'hyperactivité, pourra être décrite ainsi :

-Manque d'attention, de concentration.

-Difficulté à s'attarder jusqu'au bout dans une tâche, difficulté de terminer un devoir.

-Impression que l'enfant est dans la lune, qu'il n'écoute pas, même si la question lui est directement posée.

-L'enfant est très distrait.

-Nombreuses erreurs dans les devoirs. Ce ne sont pas des erreurs de mauvaise compréhension, mais plutôt d'inattention.

-L'enfant perd souvent ses livres et même ses jouets.

-L'enfant comprend les consignes, mais n'arrive pas à s'en souvenir ou à accomplir les tâches assignées.

Chez l'adulte, l'inattention pourra être décelée ainsi :

-Concentration faible.

-Tâches fréquemment inachevées, difficilement effectuées.

-Organisation de la vie chaotique.

4.3-Impulsivité :

Chez l'enfant, l'impulsivité se traduit ainsi :

-Humeur tout le temps changeante. Caractère imprévisible.

-L'enfant perturbe la classe constamment en se rendant intéressant, en intervenant lorsque ce n'est pas son tour (parole, jeu).

Chez l'adulte, son impulsivité est décrite ainsi :

-Tension, stress, anxiété.

-Humeur changeant très fréquemment.

-Colère, violence.

-Décision impulsive.

-N'arrive pas à gérer le stress, la frustration chez l'adulte, comme chez l'enfant, la maladie pourra les faire passer pour marginaux. Ils pourront avoir de la peine à s'intégrer. Le TDAH pourra diminuer leur estime de soi. (Gruffatt,X.(2021),*Hyperactivité(TDAH)*. Retrieved from <https://www.creapharma.ch>).

5- Les facteurs de risque de l'hyperactivité :

5.1-Tempéramentaux :

Le TDAH est associé à une réduction de l'inhibition comportementale, au besoin de fournir une grande énergie pour se contrôler ou se contenir, à une émotivité négative et/ou un besoin élevé de recherche de nouveauté. Ces traits peuvent prédisposer certains enfants au TDAH mais ne sont pas spécifiques du trouble. (DSM-V. (2015) p.70).

5.2-Environnementaux :

Un très faible poids de naissance multiplie le risque, mais la plupart des enfants ayant eu un faible poids de naissance ne développent pas de TDAH.

Ainsi que l'usage de tabac pendant la grossesse, une partie de cette association est le reflet de facteurs de risque génétiques communs.

Une minorité de cas peut être reliée à des réactions à des facteurs diététiques, d'exposition à des substances neurotoxiques (p. ex. saturnisme), de maladies infectieuses (p. ex. encéphalite) ou d'exposition à l'alcool.

L'exposition à des facteurs toxiques environnementaux a été corrélée avec l'apparition ultérieure de TDAH mais on ne sait pas si ces associations ont un lien causal. (Gruffatt,X.(2021),*Hyperactivité(TDAH)*. Retrieved from <https://www.creapharma.ch>).

5.3-Génétiques et physiologiques :

La prévalence du TDAH est augmentée chez les apparentés biologiques au premier degré d'un sujet ayant un TDAH. L'héritabilité du TDAH est significative. Bien que plusieurs gènes spécifiques aient été corrélés avec le TDAH, ce ne sont des facteurs causaux ni nécessaires ni suffisants. Les troubles visuels et de l'audition, les anomalies métaboliques, les troubles du sommeil, les déficits nutritionnels et l'épilepsie peuvent influencer les symptômes de TDAH.

Le TDAH n'est pas associé à des caractéristiques physiques spécifiques, bien qu'il existe un taux relativement accru d'anomalies physiques mineures (p. ex. hypertélorisme, voûte palatine ogivale, implantation basse des oreilles).

Les modes d'interactions familiales dans la petite enfance ne peuvent être considérés comme des causes du TDAH mais ils peuvent influencer sa trajectoire ou contribuer au développement, dans un deuxième temps, de problèmes de conduite. (DSM-V. (2015))

6- Les Troubles associés à l'hyperactivité :

Les symptômes répondent aux critères du TDAH. En population générale :

Les troubles oppositionnels avec provocation est concomitant du TDAH chez approximativement la moitié des enfants avec la présentation combinée du trouble, et chez environ un quart des enfants avec la présentation inattentive prédominante. (DSM-V. (2015)).

Le trouble des conduites est concomitant chez environ un quart des enfants et adolescents avec la présentation combinée, en fonction de l'âge et du contexte.

La plupart des enfants et adolescents présentant **un trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle** ont des symptômes qui remplissent aussi les critères du TDAH ; un pourcentage inférieur d'enfants avec un TDAH a des symptômes qui correspondent aux critères du trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle. Il existe une concomitance fréquente entre **trouble spécifique des apprentissages** et TDAH. (DSM-V. (2015)).

Les troubles anxieux et le trouble dépressif résulte du rejet que l'enfant vit parce qu'il n'arrive pas à se contrôler. Il souffre souvent d'une pauvre estime de lui-même. La dépression peut apparaître autant chez l'enfant que chez l'adulte atteint du TDAH - surtout si d'autres membres de la famille en ont souffert. (PassportSanté. (2011), trouble de déficit de l'attention. Retrieved from <http://www.PassportSanté.net>)

Troubles d'apprentissage. Environ 20 % des enfants atteints du TDAH ont des retards de développement du langage et de la motricité fine (dont l'écriture) et ont besoin d'une éducation spécialisée. (PassportSanté. (2011), *trouble de déficit de l'attention*. Retrieved from <http://www.PassportSanté.net>)

Chez les adultes, **le trouble de personnalité antisociale** et les autres **troubles de la personnalité** peuvent être concomitants du TDAH.

D'autres troubles pouvant être présents concomitamment au TDAH comprennent **le trouble obsessionnel-compulsif, les tics et le trouble du spectre de l'autisme**. (DSM-V. (2015)).

7- Les formes cliniques de l'hyperactivité :

Les symptomatologies rencontrées en pratique clinique semblent pouvoir être regroupées en trois grandes catégories, qui ont d'ailleurs été reprises par les principaux systèmes classification (DSM IV-TR, CIM-10, CFTMEA-R).

7.1- Forme à hyperactivité prédominante :

Les symptômes sont situés dans le domaine comportemental sont surtout rencontrés chez le jeune-enfant, ce qui a pour corollaire la difficulté importante caractériser le trouble, démarche fondée essentiellement sur des critères quantitatifs : l'enfant est trop instable, trop agité...

Il présente alors principalement une activité motrice d'un niveau supérieur à la norme, à distinguer des comportements exploratoires caractéristique de la tranche d'âge de référence. (Béjard. et Bonnet.2007.p.42).

7.2- Forme à trouble de l'attention prédominante :

Dans cette forme symptomatique, c'est au contraire la sphère cognitive dans ses aspects déficitaires qui est repérée. On peut décrire successivement les troubles suivants :

Trouble de la mémoire à court terme, ce qui perturbe les capacités de mémorisation et de résolution de problèmes.

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

Les conséquences de ces difficultés sur le plan scolaire sont fréquemment dramatiques, conduisant de façon quasi systématique l'enfant à une situation d'échec académique.

Une orientation en classe d'intégration est fréquemment proposée, car elle permettra à l'enfant de '(bénéficier d'une scolarité adaptée tant au plan des tâches demandées que d'une prise en charge pédagogique plus individualisée.

En outre, l'effectif réduit permet à l'enfant d'être moins sollicité par le groupe-classe et donc d'évoluer dans un milieu où les sources de stimulations et donc d'excitation peuvent être mieux régulées. (Béjard. et Bonnet.2007.p.42).

7.3- Forme mixte :

La forme mixte - ou complète du syndrome hyperactivité/trouble déficitaire de l'attention réunit dans un même tableau les difficultés dans le double registre cognitif et comportemental.

Du reste, cette association est fréquemment rencontrée en pratique clinique L'enfant présente alors de graves difficultés, dont la portée est directement liée à l'intensité de la symptomatologie. (Béjard. et Bonnet.2007.p.42).

8- Les critères diagnostiques de l'hyperactivité selon le DSM-V :

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

8.1-Inattention :

Six (ou plus) des symptômes suivants persistent depuis au moins

6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles :

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 a terme ses devoirs scolaires, ses taches domestiques ou ses obligations professionnelles

e. A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités.

f. Souvent, évite, a en aversion, ou fait a contrecœur les taches qui nécessitent un effort mental soutenu.

g. Perd souvent les objets nécessaires a son travail ou a ses activités.

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

i. A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (p. ex. effectuer les taches ménagères et faire les courses ; chez les grands adolescents et les adultes, rappeler des personnes au téléphone, payer des factures, honorer des rendez-vous). (DSM-V. (2015). P. 67).

8.2-Hyperactivité et impulsivité :

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

- a. Remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège.
- b. Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (p. ex. quitte sa place en classe, au bureau ou dans un autre lieu de travail, ou dans d'autres situations où il est censé rester en place).
- c. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié
- d. Est souvent incapable de se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.
- e. Est souvent «sur la brèche »ou agit souvent comme s'il était «monte sur ressorts (p. ex. n'aime pas rester tranquille pendant un temps prolongé ou est alors mal à l'aise, comme au restaurant ou dans une réunion, peut être perçu par les autres comme impatient ou difficile à suivre).
- f. Parle souvent trop.
- g. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée.
- h. A souvent du mal à attendre son tour (p. ex. dans une file d'attente).
- i. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence.

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

C. Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité sont présents dans au moins deux contextes différents.

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

E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental. (DSM-V. (2015). P. 67).

9- Les critères de diagnostic de l'hyperactivité selon la CIM-10 :

La Classification internationale des troubles mentaux et du comportement (CIM-10), quant à elle, définit un certain nombre de critères à propos du trouble hyperkinétique (F-901 qui demande à la fois la présence de syndromes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité, envahissants, persistants et présents dans plusieurs situations. Ce trouble dont survenait avant l'âge de 7 ans, et doit être également à l'origine d'une souffrance pour le sujet ou d'une altération de son fonctionnement social notamment.

Des sous-rubriques sont spécifiques la perturbation d'activité et d'attention (P90-01 trouble hyperkinétique sans le trouble des conduites le trouble hyperkinétique et trouble des conduites F90 11 et le trouble hyperkinétique sans précision La CIM-10 ne permet pas de définir des sous-types d'une catégorie, mais spécifique des formes d'un trouble central. (Béjard.et Bonnet.2007).

La dixième version de la CIM (1993) propose un label, "Troubles hyperkinétiques", et un algorithme diagnostique comportant certaines divergences radicales avec la version alors en cours du DSM, le DSM-III-R qui datait de 1987 La CIM-10 fait donc reposer la subdivision principale des "Troubles hyperkinétiques", sur la présence ou l'absence d'un "Trouble des conduites" (c'est-à-dire de conduites "dyssociales, agressives ou provocatrices" marquées).

Elle distingue ainsi la "Perturbation de l'activité et de l'attention" et le "Trouble hyperkinétique" et "Trouble des conduites".

De plus la "Perturbation de l'activité et de l'attention" répond à une définition beaucoup plus étroite du syndrome :-Les critères diagnostiques de la CIM-10 exigent la présence simultanée de symptômes d'inattention (au moins six), d'hyperactivité (au moins trois) et d'impulsivité ; - il n'y a pas de sous-types selon la nature des symptômes prédominants.

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

Dans la CIM-10, il est donc impossible de diagnostiquer un patient répondant aux critères du "TDA/H dans la présentation avec inattention prédominante" du DSM-5. Une nouvelle

version de la CIM, la CIM-11, est appelée à entrer en vigueur en 2022. Elle est beaucoup plus proche des critères diagnostiques du DSM-5. (Taylor, et Rutter. (2008)).

10- La prise en charge de trouble de l'hyperactivité :

Dans cette partie : la prise en charge, nous exposerons les principaux axes thérapeutiques proposés dans la thérapie de l'enfant hyperactif, leurs intérêts et limites respectifs, en nous attachant plus longuement sur les aspects psychothérapeutiques.

10.1-Prise en charge médicamenteuse :

Les médicaments les plus utilisés sont :

a- La Méthylphénidate :

La méthylphéline est le seul médicament indiqué à ce jour pour les TDAH, la première prescription est effectuée à l'hôpital par un spécialiste, le traitement est initié pour une durée maximale de 28jours et renouvelable par médecin généraliste sur une ordonnance sécurisée, cette ordonnance ne peut être délivrée qu'une seule fois.

b- Les antidépresseurs :

Semblent présenter des effets bénéfiques sur l'hyperactivité dans les cas des troubles dépressifs majeur associé à l'hyperactivité chez certains enfants ou sur un syndrome dépressif que les Comportements hyperactifs masquaient. (Bréjard. et Bonnet., (2007), P, 101,102).

10.2-Prise en charge psychothérapeutique :

a- Cognitive-comportementale :

Ces thérapies sont utiles pour développer des stratégies de résolution de problèmes et d'autocontrôle. Elles semblent utiles chez les enfants qui ont des troubles internalisés associés et chez ceux qui ont des difficultés importantes de contrôle émotionnel. Cette thérapie permet de modifier le comportement avec la participation des parents, le

personnel de l'école. (Collectif LaNutrition. (2008), *La prise en charge psychologique du TDAH*. Retrieved from <https://www.lanutrition.fr>).

b-Thérapie systémique :

La thérapie systémique est une technique issue des théories de la communication, de la cybernétique et des systèmes. Elle a été développée par Bateson en s'appuyant sur la théorie des systèmes et sur les théories de la communication dans le cadre de l'école de Palo Alto. Elle considère la personne comme intégré.

10.3-Thérapie d'inspiration psychanalytique :

a-Individuelle :

Elle fait appel aux interactions parents-enfant et la structuration de la personnalité de l'enfant.

b-Familiale :

Ces thérapies a pour objectif de renforcer les compétences familiales pour les parents à gérer les comportements des enfants, à faire face aux situations difficiles et leur apprendre les stratégies utiles aux troubles de leurs enfants. Des consultations entre parents et enfants et psychologue aident l'enfant dans son travail psychique en se focalisant sur la dynamique familiale.

c-Groupale :

Le groupe est généralement constitué de 5 à 7 enfants, et de deux à trois thérapeutes. Il s'agit d'utiliser les propriétés psychiques de groupe en tant que objet susceptible de condenser plusieurs niveaux d'élaborations .Ce groupe devient un objet libidinal permettant à l'enfant de passer d'une attitude narcissique autocentré à une préoccupation pour le groupe et l'externe.

Synthèse :

Le trouble de déficit de l'attention avec ou sans l'hyperactivité (TDAH) est le trouble comportemental le plus fréquent chez les enfants et les adolescents. Il est connu depuis longtemps, il s'agit d'un ensemble de comportement comme l'agitation et de déplacement

sans cesse et a tous moment. Ce trouble suscite un grand intérêt chez les parents, les enseignants et les professionnels de l'enfance, heureusement un trouble qui va se diminué avec l'âge avec la prise ne charge.

Chapitre II : Difficultés d'apprentissages

Préambule :

Le thème des difficultés d'apprentissage, pourtant ancien dans les préoccupations des acteurs de l'institution scolaire, est un sujet d'actualité.

Les difficultés d'apprentissage sont un terme général décrivant les défis auxquels les enfants sont confrontés dans le processus d'apprentissage, et bien que certains d'entre eux aient un handicap psychologique ou physique, beaucoup d'entre eux sont normaux, bien qu'ils montrent des difficultés dans certains processus liés à l'apprentissage : la pensée, la perception, l'attention, ou la lecture (dyslexie), l'écriture, l'orthographe, la prononciation etc...

Les cas de difficultés d'apprentissage peut aussi incluent les personnes handicapées mentales, émotionnellement perturbées, les personnes atteintes de maladies et de déficiences auditives et visuelles, et les personnes handicapées, à condition que ce handicap ne soit pas la cause de sa difficulté.

1- Définitions :

1.1-Difficultés d'apprentissage

Difficulté ; est un terme qui caractérise momentanément une démarche entre une personne et un objectif ; la difficulté se relève quand, au cours de la démarche, la personne rencontre des obstacles. (Jean-Luc Ch.2003. P 09).

Les difficultés d'apprentissages sont, souvent détectées à l'école quand l'élève n'atteint pas le niveau exigé pour sa tranche d'âge. Elles peuvent prendre la forme d'une baisse de motivation, une mémorisation ou une concentration limitée, une incapacité à résoudre les problèmes posés, un comportement social inadapté, etc.

Des conditions socio-affectives compliquées, un deuil, de l'anxiété, des soucis d'ordre économique peuvent être à l'origine d'un décrochage scolaire. En détectant la source du problème et en l'accompagnant pour éliminer les éléments en cause, il est alors possible pour l'élève de retrouver un rythme d'apprentissage normal. (Clinique multisens. (2017), *les déférents types de difficulté d'apprentissage chez l'enfant*. Retrieved from <https://www.cliniquemultisens.com>).

1.2-Trouble d'apprentissage :

Les troubles spécifiques d'apprentissage est un trouble neurodéveloppemental d'origine biologique qui entrain des anomalies cognitives associées avec les symptômes comportementaux du trouble.

L'origine biologique comprend une interaction de facteurs génétiques, épi génétiques et environnementaux, qui affectent la capacité du cerveau à percevoir et à traiter les informations verbales et non verbales de manière précise et efficace. (DSM-V (2015).P 78). Les troubles des apprentissages sont sources de difficultés de communication, d'intégration scolaire et sociale, avec des répercussions à la fois sur le vécu individuel de l'enfant : souffrance psychologique, anxiété, fatigue, et sur le vécu familial. Même lorsque ces troubles sont considérés comme spécifiques ou développementaux, leur origine est souvent plurifactorielle. (Benoit, et al. (2009).

1.3-La différence entre difficulté d'apprentissage et trouble de l'apprentissage :

Il faut savoir qu'il y a une différence entre des « difficultés » d'apprentissage et des « troubles » d'apprentissage :

Les difficultés d'apprentissages sont des obstacles à l'apprentissage qui sont temporaires et qui sont en lien avec ce que la personne peut vivre (des conditions socioaffectives difficiles, un deuil, de l'anxiété, des difficultés économiques...).

Lorsque le nécessaire est fait afin d'éliminer les éléments en cause, la personne retrouve généralement un rythme d'apprentissage normal.

Elles sont souvent détectées à l'école quand l'élève n'atteint pas le niveau exigé pour sa tranche d'âge. Elles peuvent prendre la forme d'une baisse de motivation, une mémorisation ou une concentration limitée, une incapacité à résoudre les problèmes posés, un comportement social inadapté, etc. (Gilger, et Kaplan (2001)).

Les troubles de l'apprentissages selon l'OMS (Organisation mondiale de la santé), il s'agit dans ce cas d'un trouble permanent d'origine neurologique qui affecte une ou plusieurs

fonctions neuropsychologiques et qui perturbe l'acquisition, la compréhension, l'utilisation et le traitement de l'information verbale ou non verbale.

Alors les troubles d'apprentissages sont persistants et permanents. Ils ne sont pas liés à l'intelligence ou à des facteurs socioaffectifs. Même s'il n'existe encore aucun traitement reconnu pour les enrayer, une intervention adaptée et certains aménagements peuvent grandement améliorer l'apprentissage (rendement scolaire et dans le milieu de travail).

2- Les signes reliés aux difficultés d'apprentissage :

Il est certain que l'entrée à l'école peut provoquer des petits déséquilibres chez l'enfant, mais quand ces malaises deviennent plus importants plus complexe, il faut se poser des questions .En fait, ce qu'il est important d'observer ici, ce sont des comportements que l'enfant n'a pas l'habitude de manifester. Parmi les signes qu'on peut observé chez un enfant en difficultés on trouve :

.Maux de ventre avant d'aller à l'école

.Difficultés à s'endormir

.Cauchemars

.Perte d'appétit

.Comportements agressifs

.Impulsifs ou inhibés

.Crises fréquentes

.Discours triste, inquiet

.Difficultés de communication.

L'enseignant est généralement le premier à signaler un problème, mais le parent peut être celui qui amorce la démarche de dépistage qui pourrait faire toute la différence.

(Institues troubles d'apprentissage (institutueTA). (2015) *Depister les defficultés d'apprentissage et les troubles d'apprentissage*. Retrieved from <https://www.mamanpourlavie.com>).

3-Les théories explicatives d'apprentissage :

Il n'y a pas deux personnes identiques et la façon dont chaque personne apprend variera. Les psychologues ont passé d'innombrables heures à effectuer des tests pour mieux comprendre la manière dont les élèves apprennent. Les théories de l'apprentissage sont un outil efficace pour expliquer ce qui se passe lors de son processus.

Elles sont utiles pour deux raisons principales : elles fournissent un cadre conceptuel pour l'interprétation de ce que nous observons et elles offrent des orientations pour trouver des solutions aux problèmes rencontrés.

Les théories d'apprentissage sont définies par un ensemble organisé de principes expliquant la manière dont les individus acquièrent, conservent et se remémorent les connaissances au cours de l'expérience d'apprentissage et il existe cinq théories qui sont les suivantes :

3.1-La théorie béhavioriste :

Le béhaviorisme (ou comportementalisme) est un concept populaire qui se concentre sur la façon dont les élèves apprennent. Il se focalise sur l'idée que tous les comportements sont appris par l'interaction avec l'environnement.

Cette théorie de l'apprentissage affirme que les comportements sont appris de l'environnement et affirme que les facteurs innés ou hérités ont très peu d'influence sur le comportement.

Cette théorie d'apprentissage est essentielle pour les enseignants car il influe sur la façon dont les élèves réagissent et se comportent en classe et insinue que les enseignants peuvent directement influencer le comportement des élèves. Cela favorise également à ce que les enseignants comprennent que l'environnement familial et le mode de vie d'un élève peuvent avoir un impact sur son comportement, en les aidant à le voir objectivement et à

travailler pour contribuer à l'amélioration. (Levy. (2007), les cinq grandes théories de l'apprentissage. Retrieved from <https://www.bienenseigner.com>).

3.2-La théorie cognitive :

Cette théorie d'apprentissage se concentre sur les processus impliqués dans l'apprentissage plutôt que sur le comportement observé. Contrairement aux behavioristes, les cognitivistes n'ont pas besoin d'une exposition extérieure de l'apprentissage, mais se concentrent davantage sur les processus internes et les connexions qui ont lieu pendant l'apprentissage.

Par ailleurs, le cognitivisme soutient que « la boîte noire » de l'esprit doit être ouverte et comprise. En d'autres termes, l'apprenant est un processeur d'information. La connaissance est un schéma ou des constructions mentales symboliques. De surcroît, l'apprentissage se définit comme un changement dans les schémas d'un apprenant. Certains principes de classe importants de la psychologie cognitive comprennent aussi l'apprentissage, l'organisation et l'élaboration significative. (Levy. (2007), les cinq grandes théories de l'apprentissage. Retrieved from <https://www.bienenseigner.com>).

3.3-La théorie constructiviste :

Le modèle constructiviste c'est l'apprentissage dans l'interaction entre un sujet et son environnement, il étudie le mode de construction des connaissances chez l'individu dans le but de rendre compte du mode de construction de la connaissance scientifique.

Selon la théorie de Piaget ; le sujet apprend en s'adaptant à un milieu (si en agissant sur le mode qu'il apprend) .Pour Piaget l'enfant est un individu ayant son propre rythme d'évolution.

Le constructivisme se base sur l'idée que les gens construisent activement leurs propres connaissances. Par ailleurs, la réalité se détermine par leurs expériences en tant qu'apprenant. Les apprenants utilisent essentiellement leurs connaissances antérieures comme base et s'en servent avec de nouvelles choses qu'ils apprennent. Ainsi, les expériences individuelles de chacun rendent leur apprentissage unique. (Doolittle. (1999)).

3.4- La théorie socioconstructiviste :

Le monde social d'un apprenant inclut les gens qui affectent directement cette personne, y compris les professeurs, amis, étudiants, administrateurs, et les participants à toutes formes d'activité. Il faut donc tenir compte de la nature sociale des processus locaux dans l'apprentissage collaboratif et dans la discussion d'une collaboration sociale plus large pour un sujet donné.

Le socioconstructivisme introduit la dimension relationnelle d'un sujet qui apprend avec les autres en interaction avec eux (enseignant ou élève) dans un contexte social qui influence la construction des connaissances et qui comporte alors nécessairement une dimension affective.

En fait, dans le perspectif socioconstructiviste, l'individu construit son savoir à partir de ses connaissances et expériences antérieures par l'intermédiaire d'échanges et de partages d'idées avec ses pairs et son enseignant.

En comparant ses idées avec d'autres apprenants, lesquels pourraient être en désaccord avec lui, l'apprenant développe ainsi ses connaissances de manière approfondie. Ce phénomène s'explique par le fait qu'une opposition entre les apprenants les amène à reconsidérer leur propre point de vue grâce à l'argumentation et à la communication, ce qui donne lieu à la résolution de problèmes (Vygotski 1934/1997).

3.5-Les facteurs de risque de difficultés d'apprentissages :

Les difficultés d'apprentissage sont souvent reliées à différents facteurs: déménagement, divorce, décès ou maladie d'un parent, relations difficiles avec la famille ou avec l'enseignant, immaturité (dérogation scolaire), absentéisme, méthode d'enseignement, etc..

Pour leur part, Eccles et ses collègues en citent deux. La première réside dans le changement très important qui surviennent chez l'enfant et l'adolescent sur les plans physique et physiologique.

La deuxième raison est l'inadéquation des besoins des adolescents avec ce que leur offrent les écoles secondaires. Ces chercheurs relèvent que l'adolescence se caractérise,

entre autres, par un besoin d'autonomie envers les adultes, un besoin d'appartenance à un groupe et un besoin d'avoir sa propre identité. Aussi on trouve :

.les facteurs psychoaffectifs :

Les troubles émotionnels, de type dépendance affective et immaturité, sont fréquents. Les conséquences des troubles des apprentissages sont souvent une perte de l'estime de soi et un dégoût de l'école, mais ce qui aggrave plus les troubles sont les angoisses et l'anxiété ; qui laissent l'enfant dans un état émotionnel défavorisant.

.L'environnement psycho-social :

Au niveau social, le niveau d'éducation et surtout le niveau de lecture de la mère paraît être un facteur prédictif important dans l'intensité et l'évolution de la dyslexie. Les difficultés des enfants en milieu favorisé sont identifiées et prises en charge plus précocement ; elles sont aussi mieux compensées par la stimulation et les connaissances langagières des parents. Au niveau psychologique de l'enfant, un dysfonctionnement familial peut être un facteur prédictif de l'apparition des difficultés d'apprentissage.

Si on dépiste assez tôt les élèves qui ont des difficultés d'apprentissage, on peut rapidement intervenir sans qu'il y ait de conséquences graves. Mais si on n'agit pas rapidement, les échecs s'accumuleront et le jeune perdra sa motivation et sa confiance en lui; il développera alors des problèmes de comportement et d'adaptation avec d'importants retards qui l'excluront du programme scolaire régulier. (institutue d'apprentissage (institutueTA).(2015) *Depister les defficultés d'apprentissage et les troubles d'apprentissage*. Retrieved from <https://www.mamanpourelavie.com>).

4-Quelques troubles spécifiques d'apprentissage :

Différents troubles de l'apprentissage se manifestent chez des enfants qui ont une intelligence et un environnement social adéquat, et ne présentent pas de problèmes sensoriels (vue, audition), psychiatriques ou neurologiques identifiables. Ces enfants éprouvent des difficultés à apprendre à lire, à écrire, à orthographier, à calculer, à s'exprimer ou encore à se concentrer.

4.1-La dyslexie :

La dyslexie est une difficulté durable d'apprentissage de la lecture et d'acquisition de son automatisme, chez des enfants intelligents, normalement scolarisés, indemnes de troubles sensoriels et de troubles psychologiques préexistants. Ni les parents, ni les enseignants, ne sont responsables de ce trouble spécifique d'apprentissage. Mais ils ne doivent pas l'ignorer. La dyslexie touche 8 à 10% d'écoliers appartenant à tous les milieux sociaux. Une dyslexie sur trois est précédée d'un retard du langage.

Il existe plusieurs formes de dyslexie, la dyslexie profonde (blocage complet de système de reconnaissance des mots écrits), les dyslexies de surface (les sujets lisent environ un mot sur deux), les dyslexies phonologique (les enfants identifient les mots par adressage, la lecture est donc approximative) et les formes mixtes (l'enfant n'utilise ni le contexte ; ni l'amorce du mot). (Lussier et Flessas, 2009 .P204).

4.2-La dysphasie :

Est un déficit spécifique du langage caractérisé par des problèmes graves de la compréhension et/ou de l'expression du langage parlé, Il y a également différents types de dysphasie allant de la dysphasie légère transitoire à la dysphasie sévère persistante. (Ibid.p260).

Les dysphasies de développement constituent un trouble structurel, c'est-à-dire touchant la partie reconnue comme innée, biologiquement dépendante de l'équipement linguistique. Ce sont des troubles graves, durables et déviants de la fonction linguistique. Elle se traduit par un décalage d'au moins 20 points entre le QI verbal et le QI de performance normal ou supérieur, chez des enfants dont l'audition, l'efficacité intellectuelle, le contexte affectif et linguistique, l'appareil bucco-phonatoire sont normaux.

Ces troubles concernent environ 1 % de la population scolaire. Les troubles atteignent soit le versant expressif, avec peu ou pas d'atteinte de la compréhension, soit le versant réceptif avec atteinte de tous les niveaux de la compréhension, soit les deux versants. Les degrés de sévérité du trouble sont variables, allant parfois jusqu'à la quasi absence de production de langage intelligible. Les différents niveaux linguistiques ne sont pas tous atteints de la même façon chez l'enfant.

4.3-La dyspraxie:

Elle réalise une perturbation majeure du schéma corporel et de la représentation spatiale, sans atteinte neurologique objective. Elle se traduit par une maladresse gestuelle, par un échec d'apprentissage de la lecture et du calcul, et des troubles affectifs dont la gravité est variable. Elle est souvent difficile à dissocier de la débilité motrice grave. (Lussier .et Flessas.2009 .p258).

4.4-La dyscalculie :

Elle se traduit par un échec dans l'apprentissage des premiers éléments de calcul et un échec dans la capacité à maintenir un nombre de façon adéquate .elle est associée à des difficultés d'organisation spatiale .dans l'addition par exemple l'enfant n sait pas par où commencer. (Ibid. p.237).

La dyscalculie est un trouble des compétences numériques et des habiletés arithmétiques comprenant aussi bien des difficultés de calcul proprement dites que des déficits dans d'autres activités numériques (manipulation des systèmes numériques, comptage, lecture et écriture de nombres) chez des enfants d'intelligence normale sans déficits neurologiques et ne présentant ni psychopathologie ni carence pédagogique.

5- Critères de diagnostique de trouble d'apprentissage :

A. Difficultés à apprendre et à utiliser des compétences scolaires ou universitaires, comme en témoigne la présence d'au moins un des symptômes suivants ayant persisté pendant au moins 6 mois, malgré la mise en place de mesures ciblant ces difficultés :

1. Lecture des mots inexacte ou lente et réalisée péniblement.
2. Difficultés à comprendre le sens de ce qui est lu.
3. Difficultés à épeler.
4. Difficultés d'expression écrite.
5. Difficultés à maîtriser le sens des nombres, les données chiffrées ou le calcul.
6. Difficultés avec le raisonnement mathématique.

B. Les compétences scolaires ou universitaires perturbées sont nettement au-dessous du niveau escompte pour l'âge chronologique du sujet, et ce de manière quantifiable.

Cela interfère de façon significative avec les performances scolaires, universitaires ou professionnelles, ou avec les activités de la vie courante, comme le confirment des tests de niveau standardisés administrés individuellement ainsi qu'une évaluation clinique complète. Pour les individus âgés de 17 ans et plus, des antécédents avérés de difficultés d'apprentissages perturbantes peuvent se substituer à une évaluation standardisée.

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

D. Les difficultés d'apprentissage ne sont pas mieux expliquées par un handicap intellectuel, des troubles non corrigés de l'acuité visuelle ou auditive, d'autres troubles neurologiques ou mentaux, une adversité psychosociale, un manque de maîtrise de la langue de l'enseignement scolaire ou universitaire ou un enseignement pédagogique inadéquat. (DSM-5. (2015).p 76).

6- Diagnostique différentielle de trouble d'apprentissage selon le DSM-5 :

Le trouble spécifique des apprentissages diffère des difficultés d'apprentissage plus générales associées à un handicap intellectuel, parce que les difficultés d'apprentissage existent en présence de niveaux normaux de fonctionnement intellectuel (c.-à-d. note de QI d'au moins 70 ± 5).

Si un handicap intellectuel est présent, un trouble spécifique des apprentissages ne peut être diagnostiqué que lorsque les difficultés d'apprentissage excèdent celles habituellement associées au handicap intellectuel.

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

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

Troubles neurocognitifs :

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

Déficit de l'attention/hyperactivité :

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

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

.Troubles psychotiques :

Le trouble spécifique des apprentissages se distingue des difficultés scolaires ou universitaires et de traitement cognitif associé à la schizophrénie ou la psychose parce que, dans ces derniers troubles, il y a un déclin (souvent rapide) dans ces domaines fonctionnels. (DSM-5. (2015)).

7- Critères diagnostiques du TDA/H dans la CIM-10 (1993) :

7.1-Inattention :

Au moins 6 des symptômes suivants ont persisté au moins pendant 6 mois, à un degré inadapté ne correspondant pas au niveau de développement de l'enfant :

a. Ne parvient souvent pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'inattention dans les devoirs scolaires, le travail, ou d'autres activités.

b. Ne parvient souvent pas à soutenir son attention dans des tâches ou des activités de jeu.

c. Ne parvient souvent pas à écouter ce qu'on lui dit.

d. Ne parvient souvent pas à se conformer aux directives venant d'autrui ou à finir ses devoirs, son travail ou à se conformer à des obligations sur le lieu de travail (non dû à un comportement oppositionnel ou à un manque de compréhension des instructions).

e. A souvent du mal à organiser des tâches ou des activités.

f. Évite souvent ou fait à contrecour les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu, telles que les devoirs à la maison.

7. Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à certaines activités à l'école ou à la maison.

g. Est souvent facilement distrait par des stimuli externes.

h. A des oublis fréquents au cours des activités quotidiennes.

7.2-Hyperactivité :

Au moins 3 des symptômes suivants ont persisté au moins pendant 6 mois, à un degré inadapté et ne correspondant pas au niveau de développement de l'enfant.

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

b. Se lève en classe ou dans d'autres situations alors qu'il devrait rester assis.

c. Court partout ou grimpe souvent de façon excessive dans des situations inappropriées.

d. Est souvent exagérément bruyant dans les jeux ou a du mal à participer en silence à des activités de loisirs.

e. Fait preuve d'une activité motrice excessive non influencée par le contexte social ou les consignes.

7.3-Impulsivité :

Au moins 1 des symptômes suivants ont persisté au moins pendant 6 mois, à un degré inadapté et ne correspondant pas au niveau de développement de l'enfant :

a. Se précipite souvent pour répondre aux questions sans attendre qu'on ait terminées de les poser.

b. Ne parvient souvent pas à rester dans la queue ou à attendre son tour dans les jeux ou dans d'autres situations de groupe.

c. Interrompt souvent autrui ou impose sa présence (par exemple fait irruption dans les conversations ou les jeux des autres).

d. Parle souvent trop sans tenir compte des règles sociales.

.Le trouble survient avant 7 ans.

.Caractère envahissant du trouble :

Les critères doivent être remplis dans plus d'une situation, à la maison, à l'école, et dans une autre situation où l'enfant fait l'objet d'une observation (les informations doivent provenir de plusieurs sources pour mettre en évidence la présence de critères dans des situations différentes).

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

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

Synthèse :

Dans ce chapitre, on conclure : que L'enfant durant son parcours et sa carrier scolaire et d'acquisition, peut avoir des difficultés et des obstacles qui sont des difficultés d'apprentissage et scolaires.

Ces difficultés d'apprentissage et scolaire existe dans tous les systèmes scolaire et peuvent s'avérer dans la vie scolaire familiale et sociale, car il implique souvent une atteinte de l'image de soi.

Partie pratique

Chapitre III : La méthodologie de la recherche

Préambule :

Toute recherche scientifique doit être basée sur une méthodologie bien déterminée, bien fondue, et bien structuré, un terrain de recherche adéquat, un groupe d'étude et des outils d'investigation afin d'arriver à l'objectif de recherche.

Dans ce cadre on va présenter la méthode que nous avons suivie durant notre étude pour effectuer notre recherche, ainsi que lieu de stage pratique, le déroulement de notre travail sur le terrain afin de vérifier nos hypothèses.

1- La pré-enquête :

C'est l'étape la plus importante dans toute recherche, la phase de préparation. Elle consiste à recueillir des informations et des connaissances sur notre thème de recherche ou le sujet à étudier, et vérifier l'existence du sujet sur le terrain et la disponibilité des cas.

La pré-enquête est l'une des étapes les plus importantes qui nous a permis non seulement de revoir les hypothèses de notre travail mais aussi elle nous a permis de recueillir des informations nécessaires qui nous aident à mieux cerner notre thème de recherche.

La pré-enquête se fait par le biais de l'observation préliminaire des faits afin de recueillir le maximum d'informations, qui permettent le déroulement de l'enquête. Elle est une phase de défrichage, d'investigation, préliminaires, de reconnaissance, une phase de terrain assai précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées, argumentées et justifiées. Mais aussi, elle permet de fixer en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura réalisés pour vérifier ses hypothèses (Aktouf, 1987, P102).

La première étape de notre pré-enquête est centrée sur la rencontre avec le psychologue clinicien dans son cabinet, on s'est présentée comme étant des étudiantes de psychologie clinique master II, afin d'arriver à réaliser notre travail de recherche intitulé « **les difficultés d'apprentissage chez les enfants ayant une hyperactivité** ».

Le but de cette pré-enquête consiste à mieux connaître l'aspect organisationnel du terrain d'étude. Et il constitue aussi d'une rencontre avec le personnel du cabinet, les parents ainsi

que les enseignants à fin d'avoir plus d'informations sur ces enfants et leurs difficultés au milieu scolaires et familial.

2- Les méthodes de la recherche :-

D'une façon générale, la méthode est l'ensemble de démarche que met en œuvre un chercheur pour découvrir et vérifier des connaissances, ou un praticien pour résoudre un problème concret à partir des connaissances existantes. (Bloch. et al, 1992, p, 467).

2.1-La méthode descriptive :

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

La méthode descriptive consiste à définir la nature et les limites des éléments qui composent l'objet, ainsi que les relations existantes entre eux. (Guider, 2005).

Autrement dit, la démarche descriptive s'attache à décrire le sujet dans sa singularité et sa totalité, ses conduites sont replacées dans leur contexte individuel et prend en compte l'engagement de l'observateur.

Notre objectif de choisir cette méthode est purement psychologique, car elle nous permet d'investiguer les processus psychologiques de l'enfant et de déterminer ainsi que décrire les rapports existant entre le trouble d'hyperactivité chez les enfants et leurs apprentissages.

2.2-Etude de cas :

L'étude de cas, une méthode de recherche qui permet d'analyser en profondeur des phénomènes dans leur contexte, c'est là sa plus grande force.

Le recours à cette méthode qualitative doit néanmoins obéir à des normes scientifiques et être empreint d'une rigueur au moins équivalente à celle des méthodes quantitatives de recherche. De là l'importance de pouvoir compter sur ce guide de réalisation, qui propose une démarche intégrée où la fiabilité et la validité des données sont démontrées.

Cette méthode nous a permis de collecter les données et d'étudier les aspects spécifiques de notre objet d'étude, en concentrant sur un cas précis. Comme elle nous a aidés à s'appuyer sur nos arguments et confirmer (ou infirmer) nos hypothèses.

3- Présentation du lieu de recherche :

Notre recherche a été effectuée au sein d'un cabinet de psychologie clinique et d'orthophonie à El-kseur qui a ouvert ses portes en Mars 2019 par objectif de prendre en charge ceux qui souffrent soit de problème psychologique/ orthophonique ou les deux, comme elle est disponible pour toutes les catégories d'âge (enfant, adolescent, adulte).

Il contient une équipe pluridisciplinaire (des orthophonistes, des psychologues et des éducatrices).

Sa structure compose de trois salles, deux bureaux d'orthophonie, trois bureaux de psychologie, salle d'attente et deux sanitaires (WC).

Le personnel qui compose ce cabinet constitue de deux orthophonistes, chargé d'améliorer et d'aider les patients sur le plan langagier, accompagné de trois psychologues avec deux éducatrices et une réceptionniste.

4- Les caractéristiques du groupe de recherche

Dans notre travail on a sélectionné six cas qui possédaient généralement les qualités fondamentales pour être candidat dans la présente recherche.

*Les principes critères de nos cas :

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

*Le tableau suivant va décrire les caractéristiques de nos six cas :

N° De cas	Le pseudonyme	Age	Sexe	L'année scolaire
Cas 01	I.M	9 ans	Masculine	3 ^{ème} année
Cas 02	L.Y	9 ans	Féminin	3 ^{ème} année
Cas 03	S.S	9 ans	Masculine	3 ^{ème} année
Cas 04	M.M	7 ans	Féminin	2 ^{ème} année
Cas 05	F.M	8 ans	Masculine	3 ^{ème} année
Cas 06	A.R	11 ans	Masculine	4 ^{ème} année

5- Les outils de la recherche :

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

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

5.1-L'observation clinique :

L'observation a une place ancienne et respectée dans la science, dans l'étude de l'histoire naturelle et dans l'étude de comportement humain spécialement le comportement des enfants. (Chahraoui. et al, 2003, p, 31).

L'observation est la méthode la plus simple, elle permet de déceler les faits remarquables. (Fraise, 1963).

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

L'observation dans notre recherche nous a permet d'observer ces cas et leurs difficulté et comportements dans le cabinet et dans les classes.

5.2-L'entretien clinique :

Selon Bénony et Chahraoui (1999), l'entretien clinique est un échange de paroles entre plusieurs personnes sur un thème donné. « L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens [...] vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation » (Bénony & Chahraoui, 1999, p.11).

Pour les auteurs, le principal but de l'entretien clinique est de comprendre l'homme dans sa totalité et dans sa singularité.

L'entretien induit une relation asymétrique dans le dialogue (Chiland, 2006). Il y a d'un côté le patient qui demande (de l'aide, un avis, des conseils) et de l'autre, le clinicien, détenteur de savoirs et de savoir-faire, et support des projections du patient.

Dans cette relation, le clinicien est souvent magnifié par le patient qui a de fortes attentes vis-à-vis de celui qui sait (ou qui est considéré comme tel). La posture du professionnel est donc très importante car son attitude (en retrait et silencieux ou, au contraire, plus engagé) influence le déroulement de l'entretien et les réponses du patient.

Dans l'entretien clinique on trouve trois types déférents :

.L'entretien non-directif :

Il est centré sur le patient. Ce n'est pas le clinicien qui guide l'entretien : il pose une question à un moment opportun puis s'efface pour laisser parler le sujet. Ce dernier laisse libre cours à sa pensée et parle librement. « Ce qui est important c'est que le sujet dise ce qu'il a à dire, ce qu'il veut dire et ce qu'il peut dire » (Chiland, 2006, p.17).

L'association libre, à l'origine de la psychanalyse, est au cœur de l'entretien non directif. Dans la pratique de ce type d'entretien, le silence n'est pas une règle : « ce qui est sous-entendu dans l'entretien non directif, c'est davantage une attitude clinique faite de respect et d'écoute bienveillante qu'une absence de parole. » (Bénony & Chahraoui, 1999, p.15).

.L'entretien semi-directif :

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

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

.L'entretien directif :

Le clinicien utilise un questionnaire, c'est-à-dire une liste de questions ordonnées et hiérarchisées. L'entretien directif n'est pas centré sur le discours du sujet. Celui-ci ne peut pas parler librement de ce qu'il pense du thème choisi mais doit seulement répondre à des questions fermées.

Le plus souvent les réponses lui sont même proposées : oui ou non, cocher une croix dans une case... Par conséquent, ce type d'entretien « n'inventorie qu'un aspect, plus superficiel, des phénomènes » (Chiland, 2006, p.19)

Selon Bénony et Chahraoui (1999) et Chiland (2006), l'entretien directif ne peut pas être considéré comme un entretien clinique.

L'entretien le plus utilisé en psychologie est l'entretien semi directif, et celui que nous avons opté nous aussi dans notre recherche, et celui qui nous a aidés à recueillir plus d'informations sur nos cas.

Le guide d'entretien :

Le guide d'entretien comprend des axes thématiques à traiter, le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance. Car l'entretien clinique se fait à partir d'un guide d'entretien.

La présentation du guide d'entretien :

Axe 1 : Antécédents personnelles

-Nom et prénom :

-Sexe :

- Age :

-Date et lieu de naissance :

-Scolarisé oui/ non :

Axe2 : Antécédents familiaux :

-Nom et prénom de père :

- La profession :

-Nom et prénom de la mère :

-La profession :

-Nombres des frères et des sœurs :

-Son classement dans la fratrie :

-La relation avec les membres de la famille :

Axe 3 : La scolarisation de l'enfant :

-Niveau scolaire :

-Nom de l'école :

-Relation de l'enfant avec ses enseignants :

- Relation de l'enfant avec ses camarades :

Axe 4 : Renseignement sur l'hyperactivité :

-Comment il se comporte dans un siège lorsqu'il devrait rester assis ?

-Donne-t-il la réponse avant la fin de la question ou bien interrompt les autres ?

-Est-ce qu'il termine ce qu'il commence ?

-Comment vous trouver son humeur d'habitude ?

-S'obstine-t-il avec les adultes ?

-Comment-il réagit quand lui donner de faire quelque chose qui demande de l'effort ?

-A-t-il de la difficulté à se concentrer ou semble-t-il n'écouter pas ce que lui est dit ?

-A-t-il de la difficulté à organiser des tâches ou des activités.

-Il faut répondre à ses demandes immédiatement.

Axe 5 : Renseignement sur les difficultés d'apprentissage

-A-t-il de la difficulté à débiter des tâches ou des projets.

-Ne comprend pas /se rappelle pas de ce qu'il/elle lit

-Oublie rapidement les consignes

-Ne porte pas attention aux détails, fait des fautes

-Son orthographe est de mauvaise qualité.

-A-t-il de la difficulté en lecture.

-Oublie des choses déjà apprises ou oublie durant des activités quotidiennes.

Axe 06 : Renseignement sur le diagnostic de trouble de l'hyperactivité

- Comment avez-vous découvert le trouble de votre enfant ?
- Quelles sont les signes qu'il a présentés ?
- Est-il diagnostiqué ? Chez qui ?
- Qu'est-ce que vous avez fait pour la prise en charge de votre enfant ?
- Avez-vous cherché des centres spécialisés dans la wilaya ?
- Comment vous avez été orienté vers ce cabinet ?
- Comment vous comporter avec votre enfant chez vous ?
- Avez-vous observé un changement dans le comportement de votre enfant après la prise en charge ? Si oui quelle sont ces changements ?

5.3-L'échelle du Conners :

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

Elles permettent d'évaluer un niveau souvent exprimé en termes d'âges ou de stades. (Bloch. et al, 1992, P, 254).

L'échelle de conners est construite et publiée par Keith Conners dans les années 70 pour le diagnostique de TDAH, et il se base sur l'idée de formaliser la description du comportement des enfants signalés.

Ces échelles sont les plus utilisées dans le domaine de la psychologie clinique, elles ont été développé en 1977 et traduit en français par Dugas en 1987.

Il se présente en deux versions:

L'une s'adresse aux parents; comporte 48 items, cotés de 0 à 3. Le score total obtenu en le divisant par 10; Les items sont répartis en 5 sous-échelles, et un index d'hyperactivité peut être calculé (item :4,7,11,13,14,25,31,33,37,38). Le score à partir duquel on considère l'enfant comme hyperactif est de 1,5(15 en note brute).

L'autre version s'adresse aux enseignants et comporte 28 items avec là encore, la possibilité de calculer un indice d'hyperactivité avec 10 items (items:1,5,7,8,10,11,14,15,21,26), L'intérêt de cet instrument est de permettre une évaluation standardisée et croisée des comportements de l'enfant dans des milieux et des situations relationnelles différents. (Vincent. et al, 2007).

6- Déroulement de la recherche :

Notre stage pratique a duré 42 jours, du 04 Avril 2021 jusqu'au 31 Mai de la même année, au cabinet privé de psychologie et d'orthophonie «Azzoug Toufik» à la commune d'El-Kseur de la wilaya de Bejaia.

Les cas ont été proposés par les psychologues et les orthophonistes de ces derniers.

Dans notre étude, on a effectué une observation directe sur les cas ce qui nous a permis de prêter attention aux difficultés d'apprentissage ainsi qu'au comportement de l'hyperactivité dans tous ses caractéristiques (l'impulsivité, l'inattention, et interaction) afin de rechercher le sens du symptôme.

On s'est accompli les données recueillies par le Questionnaire abrégé de Conners pour les enseignants et les entretiens avec les parents à fin de confirmer les données de l'observation.

La première rencontre avec les enfants s'était dans le cabinet durant leurs séances psychologiques ou on s'est présenté comme des observateurs (observer les comportements des enfants avec la prise de note), cette observation nous a aidée à repérer et décrire les composantes des situations et d'étudier ces dernières d'une manière approfondie.

Après la confirmation de tout nos cas, on a commencé les entretiens avec les parents, ou il était dans un bureau, avec toutes les conditions présentes (silence, le matériels...), comme il est important de mentionner qu'avant qu'on commence chaque entretien on demande l'excuse aux parents d'enregistrer leurs paroles.

Notre entretien a duré un demi heure (30 min) chaque jour pour chaque parent.

Ainsi de suite, on s'est déplacé vers les salles de classes de trois cas durant les séances d'étude et avec la présence de leurs enseignants. Donc, on s'est installé à la dernière table de la salle dans le but de voir le cadre générale de la situation de l'extérieur.

La conduite de passation de l'échelle de conners pour les enseignants était effectuée dans les salles de classe, après la phase d'observation et avec des éclaircissements qu'on a donnés aux enseignants participants sur la manière de répondre.

Pour les trois autres cas qu'on n'a pas pu visiter leur établissement, on 'a demandé l'aide des parents pour qu'ils mener le questionnaire aux enseignants.

Synthèse :

Pour conclure, il est important de souligner que chaque travail scientifique exige une démarche, une méthode et aussi des outilles de vérification bien déterminés afin d'arriver à l'objectif inspiré.

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

1- Présentation des cas :

Présentation du cas N°1 :

I.M est un enfant âgé de 9 ans, scolarisé en troisième primaire. Il est le deuxième d'une fratrie de quatre enfants, sa mère est une femme au foyer, son père est un agent de sécurité chez Sonatrach.

2-Résumé de l'entretien

D'après l'entretien qu'on a fait avec madame Z.A (la maman de I.M) et les informations qu'on a recueillies auprès d'elle, I.M est un enfant qui a un comportement très agité, qui bouge trop, il n'arrive pas à s'asseoir dans une place pour un bon moment, il est également inattentif, il parle trop même il n'attend jamais son tour pour répondre.

I.M est un garçon mal organisé il n'organise pas ses affaires, il jette tout par terre et même les punitions qu'elle fait madame Z.A ses comportements changent pas « punith nagh qim ». C'est un enfant qui oublie souvent, et quand on lui demande de faire quelque chose il le fait pas directement, « il dit toujours pourquoi moi pourquoi ce n'est pas mon frère...cheye3 emim machi neki kan » dit madame Z.A.

I.M est un enfant qui bouge trop même il n'arrive pas à terminer ses tâches et ses exercices, il s'énerve facilement quand il doit faire un effort, il évite toujours de faire tous ce qui demande un effort ou une concentration « zzay o3limegh ara ... » dit Z.A.

Cet enfant présente un comportement impulsif, il parle trop et sans arrêt, il ne laisse pas les autres terminer ce qu'elles disent. Comme il a un changement d'humeur marqué et il s'énerve trop et facilement. Il est vraiment fragile et sensible.

Il s'obstine avec les membres de la famille, dit sa mère « itthibi adikhdem zkara ...itthibi adis3edi awalis » sauf avec son père car il ne le voit pas toujours tant qu'il travaille hors wilaya, et il revient chaque mois, et quand il revient, il ne se détache pas de lui.

IM a des difficultés d'apprentissage ; son écriture est catastrophique, comme a de difficulté de lecture. (ayouh lketva ynes uthetwafhamara ikel meme lekraya chwiya kan ikerad حرف حرف).

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Selon la maman : I.M présente un manque de concentration, il n'écoute pas les consignes, il oublie facilement, à de mal à organiser son travail et ses affaires, il fait des erreurs d'attentions dans ses devoirs scolaires.

A l'âge de 8ans la maman de I.M commence a comparé ce dernier avec son petit frère qui semble stable, tranquille, écrit bien ... par contre I.M pas tout, ce qui l'a poussé à le prendre chez une psychologue à Alger qui l'a diagnostiqué. En avril 2021, il a commencé dans ce cabinet ou ils sont orientés par une voisine qui prit aussi sa fille chez ce psychologue.

D'après la maman, pleine de choses ont été changées, l'enfant I.M devient peu stable, moins timide, il fait attention à ses erreurs...

D'après le psychologue IM il présente des difficultés scolaires et d'apprentissage associé à son comportement d'hyperactivité, il n'arrive pas à se concentrer sur ses taches scolaires.

3-Présentation des résultats de l'échelle de conners :

N° Item	Item	Cotation
01	Agité, se tortille sur sa chaise	2
05	Crises de colère et conduites imprévisible	1
07	Distrait et attention fluctuante	2
08	Perturbe les autres	2
10	Fait la moue et boude	0
11	Humeur changeant rapidement et de façon marquée	2
14	Agité, toujours en train d'aller à droite et à gauche	3
15	S'excite facilement, impulsif	2
21	Difficultés à terminer ce qu'il commence	3
26	S'énervé facilement quand il doit faire un effort	2
Score		1,9

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

4-Analyse des résultats de l'échelle de conners :

L'échelle fut administrée à l'enseignante de I.M la passation était faite facilement, après des éclaircissements avant de répondre à chacun des items administrés.

La présence d'une hyperactivité chez I.M avec un score de **1.9**, le score le plus élevé est donné aux items N° 14 et 21 qui montrent une présence de l'agitation et de l'inattention.

Selon l'analyse des résultats obtenus de l'échelle de conners, on a déduit que l'enfant I.M manifeste un trouble de l'hyperactivité et des déficits d'attention, ce qui influe sur son rendement scolaire.

5-Synthèse de cas :

Selon l'échelle de conners et l'entretien, I.M est diagnostiqué au tant qu'un enfant hyperactif, impulsif accompagné par des difficultés d'apprentissage scolaire.

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

1-Présentation du cas N°2 :

L.Y est une fille âgée de 9 ans, elle est la première fille de deux fratrie une fille et un garçon. Elle est scolarisée en troisième année primaire, ses résultats scolaires sont petit peu satisfaisants. La famille de LY est une famille avec un niveau sociale moyen. Son père est un ingénieur de comptabilité, sa maman est une femme au foyer.

2-Résumé de l'entretien :

Avec ce cas de L.Y, on 'a pas pu faire l'entretien avec la maman car elle était grandi par sa tante et ses grands parent et même elle était pris en charge par sa tante c'est pour cela qu'on a fait l'entretien avec cette dernière.

La tante de L.Y qui s'appelle Y.S, était très calme, gentille et elle nous a répondu a toutes nos questions. D'après elle, L.Y présente des caractéristiques d'une fille très agitée et fréquemment désintéressé par ce qu'elle l'entoure.

L.Y est une fille hyperactive avec des difficultés d'apprentissage, qui a été diagnostiquée chez un pédopsychiatre à Sétif en 2019, juste après qu'on a découvert son trouble. Elle était prise en charge par une psychologue à Bejaïa, puis on s'est orienté vers ce cabinet par une amie à moi.

Dans la maison, L.Y s'obstine toujours avec sa petite sœur et même avec les adultes ou elle fait toujours ce qu'elle veut « tkhedmas zkara machi dkra »dit la tante.

L.Y est une fille hyperactive, qui ne peut pas rester dans la même place pour une longue durée, elle se déconcentre facilement ou elle n'arrive pas à terminer ce qu'elle a commencé, et elle n'aime pas faire les choses qui demande beaucoup d'effort. La petite fille L.Y est impatiente, elle interrompt les autres et elle ne laisse pas ces derniers finir ce qu'ils disent « jamais akemttej adfaket awal », et elle essaye toujours de répondre aux questions avant qu'elles soient terminées, et cette situation est présente que se soit dans la maison ou dans la classe. L.Y est impatiente, il faut répondre à ses demandes immédiatement. Tout ses signes a rendu la famille de L.Y a suspecté qu'elle présente

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Selon la tante de L.Y, sa relation avec les enseignants considérée comme normale, comme elle aime ses camarades, mais elle les perturbe tout le temps tant qu'elle est hyperactive et elle bouge trop « utthtghamay ara akk g yiwen wemkan ayelli warno theder sans arret tesarway kra win illan zathes ».

Concernant l'apprentissage de L.Y, il est en difficulté, qui veut dire elle présente des difficultés d'apprentissage (dysgraphie, dyscalculie avec une difficulté à lire et à se concentrer).

Ces difficultés sont clairement présentés dans son orthographe (écriture), d'après la tante « lkethba ynes machi d kra akk ithzemret adeqrat », ou elle écrit des fois les lettres et les mots d'une façon très grande et des fois tout petit et généralement son écriture n'est pas ni lisible ni claire, et souvent elle n'arrive pas à comprendre ce qu'elle a écrit « même netath uthfahmara lkethbas ».

La matière la plus détestée par L.Y, est la mathématique « les maths utezmir ara atezritt, just atzer les calcule atekmasi ateqar alla alla », ou elle n'arrive pas à se concentrer sur cette dernière tant qu'elle a besoin d'un niveau de concentration élevé, comme elle prend beaucoup de temps pour finir une simple opération arithmétique.

Après une année de prise en charge ici, on s'est bien vu un grand changement chez L.Y par exemple elle devient un peu stable, elle peut quand même écrire une écriture lisible et claire « tettghamay quand même g mkanis machi am imir , lketba ynes cava tura twafham) dit sa tante

Alors L.Y est une fille qui a une hyperactivité accompagnée par des difficultés d'apprentissage.

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

3-Présentation des résultats de l'échelle de conners :

N° d'item	Item	Cotation
01	Agité, se tortille sur sa chaise	3
05	Crises de colère et conduits imprévisibles	1
07	Distrait et attention fluctuante	2
08	Perturbe les autres	2
10	Fait la moue et boude	0
11	Humeur changeant rapidement et de façon marquée	3
14	Agité, toujours en train d'aller à droite et à gauche	3
15	S'excite facilement, impulsif	1
21	Difficultés à terminé ce qu'elle commence	3
26	S'énerve facilement quand il doit faire un effort	2
Score		2

4-Analyse des résultats de l'échelle de conners :

Avant l'administration de l'échelle à l'enseignante de L.Y on a fait expliquer le but et la démarche de notre recherche en générale et aussi de l'échelle en particulier.

Les résultats de L'échelle indique la présence de l'hyperactivité chez L.Y avec un score totale de 2, manifestation d'impulsivité, la présence des signes qui renvoient à des difficultés de comportement, une sorte d'agressivité et de changement rapide de l'humeur de façon marquée.

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

A partir des résultats obtenus par l'observation et l'échelle de Conners, L.Y fut un sujet hyperactif, impulsif et souffre de trouble de l'attention, chose qui explique ses résultats scolaires qui va engendrer l'échec scolaire.

5-Synthèse de cas :

L.Y est un enfant de 9 ans, qui présente un comportement d'hyperactivité et d'impulsivité, avec aussi des difficultés d'apprentissage scolaire.

D'après l'analyse de l'entretien et l'échelle de Conners L.Y semble un enfant hyperactif avec des difficultés d'apprentissage qui renvoient à ses comportements.

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

1-Présentation de cas N°3:

S.S est un enfant âgé de 9ans, élève de troisième année primaire, il est l'inné de sa famille et a deux frères. Son père est un commerçant, sa mère est une femme au foyer avec un diplôme d'informatique.

2-Résumé de l'entretien :

D'après l'entretien qu'on a fait avec madame Z.R la maman de S.S, elle était trop gentille et calme avec nous elle vraiment était compréhensive.

D'après elle (madame Z.R), S.S présente des comportements très agité et aussi des difficultés d'apprentissage. Alors S.S est un garçon hyperactif, qui ne peut pas rester dans une place pour une durée, il n'attend jamais son tour pour répondre aux questions des autres il les laisse même pas terminer ce qu'ils disent.

D'un autre cote il semble d'être un enfant tranquille, timide et trop sensible (adafegh khemen lhaja g kham asla3igh asinigh est ce que d ketch iykhemen aka adikmassi aditrou adi9ar ayen iyelan kan d neki adikhem hala » dit madame Z.R.

D'après sa maman quand elle lui demande de faire quelque chose il part directement sans même pas terminer sa parole après il trompe « asinigh rouh awiyid lhaja ayi adyazel directement uyitajara même pas adfakegh lehdour après ayedyawi lhaja niten ak machi tina isenigh, awah jamais ithessis ».

Sa relation avec ses frères est très bien, quand je lui donne quelque chose il me dit toujours tu le donne à mes frères (asma asefkegh ikariyid toujours khati a mama fkassen kan iwaythma mayla usentefkitara i nohni neki uhwajghara.

Sa relation avec ses amis ses voisins est aussi bien, il est social tout le monde l'aime. A l'école, s'il aime le prof il fait des efforts pour faire ce que lui a demandé. S.S aime l'enseignant qui l'encourage, madame nous a dit « is3a une prof thethibi vraiment les élèves is et t encoragihen te9arassen waladi bravo bonaya et ithebit mliah. » S.S a un problème de mémoire « uychefara ikel » dit sa maman, et il a aussi un problème de l'écriture « iserwath

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

kan », elle nous a dit : « adi3el lhaja g l'école adyawet akham as3iwdhegh iwaken uychefara ikel ».

D'après madame Z R, ils ont changé la classe pour S.S, parce qu'il n'a pas eu des bonnes notes (nvedlas la classe parce que ichutit ye3ni le directeur ni ighdinan asn changé la classe peut être adi9el bien, après tura ca va d'ailleurs l'enseignante ynes takhlaft ithibit mlih) dit la maman de S.S.

S.S est un enfant hyperactif qui présente aussi des difficultés scolaire (trouble de mémoire et la dysgraphie).

3- Présentation des résultats de l'échelle de conners :

N° Item	Item	Cotation
01	Agité, se tortille sur sa chaise	02
05	Crises de colère et conduites imprévisibles	02
07	Distraite ou attention fluctuante	02
08	Perturbe les autres	02
10	Fait de la moue et boude	00
11	Humeur changeant rapidement et de façon marquée	01
14	Agité, toujours en train d'aller à droite et à gauche	02
15	S'excite facilement, impulsif	02
21	Difficultés à terminer ce qu'il commence	02
26	S'énervé facilement quand il doit faire un effort	02
Score		1.5

4-Analyse des résultats de l'échelle de conner :

L'échelle fut administré à l'enseignante de S.S elle était très souple avec nous durant toute notre recherche et encours précieuse durant la réalisation de l'échelle.

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

La présence de l'hyperactivité chez S.S avec un score total de 1,5, présence des difficultés de comportement à propos des énoncés N°4,5, la présence d'impulsivité indiquée dans les items N°1, 2, 8, 14,15, présence des signes d'inattention-passivité indiquée dans les items N°7, 20 ,21.

5-Synthèse de cas :

Selon l'observation et les résultats de l'échelle de conners administré a l'enseignant de S.S, on a constaté la présence des traits du trouble de l'hyperactivité chez notre cas en particulier la présence de l'impulsivité et l'inattention.

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

1-Présentation du cas N°4 :

M.M, est une fille âgée de 7 ans, scolarisé dans la deuxième année primaire. Elle est classé la quatrième dans une fratrie de deux garçon et une fille, la maman de M.M est une femme au foyer, le papa est un ingénieur en génie civil, alors le niveau sociale est dans le normal.

2-Résumé de l'entretien :

La maman de M.M qui s'appelle Z.K était très chaleureuse et souriante, comme elle était prête à répondre à toutes nos questions sans exceptions.

Selon la maman, la fille M.M est trop attachée à son père, et elle aime parler et jouer avec lui plus que la mère. Cette dernière a expliqué cet attachement par la séparation de la fille avec le père, à cause de son travail « mahsub uttezarith ara meskintt , gma adiker sbah zik uditteqal ara ama d la3cha wass netta dakhedam », alors M.M peut pas voir son père comme elle veut ou lorsqu'elle veut, qui veut dire elle manque son papa.

Madame Z.A a indiqué concernant le comportement de sa petite à la maison, qu'il est agité et impulsif par exemple quand on demande à M.M de rester assis pour un moment, elle ne peut pas à cause de son impulsivité, mais si on la donne de l'écran elle peut s'asseoir des heures et des heures « fkas kan le portable nagh la tablette » la maman a mentionné, et selon elle la petite M.M vit dans sa propre mode avec l'écran et quand on l'enlève l'écran elle reste dans son monde et elle imite les gestes ou les actions qu'elle a vu dans les « vidéos games » ou dans les dessins animés « tett3anad wiyak ni iyettaghghen aken g les komik », et on peut voir cette imitation à partir de la façon qu'elle joue avec sa sœur.

M.M est le genre de fille qui parle trop, parle sur tout les choses et à tout moment. Elle interrompt les gens, ceux qu'elle connaît et ceux qu'elle ne connaît pas, ici la maman dit « tetthechimiyyi yar l3ibad ... ilaq ama skutfeghth bach attessem ».

Dans la classe, M.M est un peu stable, ou elle peut s'asseoir dans sa chaise pour une longue durée, c'est juste qu'elle a peur de son enseignant, mais elle reste impulsive quand ce dernier pose des questions par exemple elle répond avant la question soit terminée et même si elle n'a pas compris.

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Dans la cour, la maman dit que sa fille aime bien dérangé ses camarades, et les garçons plus que les filles, elle s'énerve facilement et elle cherche toujours les problèmes avec eux.

Concernant l'apprentissage, M.M présente des difficultés à la mémorisation « yelli uthchefara... », quand on pose la question sur la leçon qu'elle fait hier elle peut pas répondre car elle ne se rappelle pas. Elle trouve aussi des difficultés à la lecture et l'écriture, quand elle lit ou elle écrit, elle laisse des lignes et même elle saute des mots, comme si elle est pressé de terminer ce qu'elle est entraînée de faire « jamais attakhdem lhaja s l3aqlis ... ».

Les signes qu'on a mentionnés dans ce résumé, poussent la maman à douter que sa fille n'est pas dans un état normal et qu'elle a besoin d'un psychologue.

M.M en début de 2020, elle s'est diagnostiquée par un psychologue à Bejaia, elle s'est suivie par lui pendant 7 mois, et à cause des raisons qui sont personnelles les parents de M.M ont arrêté sa prise en charge pendant un mois, puis ils sont orientés vers ce cabinet par un ami. Et après presque les résultats commencent à apparaître et on voit ça dans sa stabilité et ses résultats scolaires.

3-Présentation et analyse de l'échelle de Conner :

N° Item	Items	Cotation
01	Agité, se tortille sur sa chaise	2
05	Crises de colère et conduites imprévisibles	3
07	Distraite ou attention fluctuante	3
08	Perturbe les autres	2
10	Fait de la moue et de la boude	2
11	Humeur changeante rapidement et de façon marquée	2
14	Agité, toujours en traine d'aller à droite et à gauche	1
15	S'excite facilement, impulsif	3
21	Difficultés à terminer ce qu'il commence	2
26	S'énerve facilement quand il doit faire un effort	3
Score		2.3

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

4-L'analyse de résultats de l'échelle de conners :

L'échelle fut administrée à l'enseignante de M.M elle était très souple et gentil avec nous durant notre recherche et encours précieuse durant la réalisation de l'échelle.

La présence de l'hyperactivité chez M.M avec un score total de 2.2, présence des difficultés de comportement à propos de l'énoncé N° 5, la présence d'impulsivité indiquée dans les items N°15, présence des signes d'inattention-passivité indiquée dans les items N°7, 26.

Selon l'observation et les résultats de l'échelle de conners administré à l'enseignant de M.M, on a constaté la présence des traits du trouble de l'hyperactivité chez notre cas en particulier la présence de l'impulsivité et l'inattention.

5-Synthèse du cas :

M.M fille âgée de 7 ans, qui présente des traits du trouble de l'hyperactivité avec impulsivité et accompagné par l'inattention, ce qui est expliqué la présence de difficulté d'apprentissage et les mauvais résultats scolaire.

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

1-Présentation du cas N°5 :

F.M, est un garçon de troisième année primaire, âgé de 8 ans, c'est fils unique, sa mère est une enseignante en science islamique, son père travail comme fonctionnaire.

2-Résumé de l'entretien :

La maman de F.M qui s'appelle Mme F.N a été un peu fermé et ses réponses ont été tout petits et tout simple.

F.M est un garçon qui est instable et impatient, un garçon qui est toujours en train de faire quelque chose « jamais atezret ifasnis dilmawen ... », quand il trouve deux personnes parlent, il essaye de se manifester dans leurs dialogues même s'il n'a pas compris sur quoi ces deux parlent.

Il bouge trop, comme il aime beaucoup jouer avec son papa et son cousin « itthibi adil3eb lwahid mis 3emis ... ihessbith d gmas... ».

F.M est un fils unique alors ces parents le traite comme un « prince », et quand ses parents le refusent de la faire quelque chose il s'énerve facilement.

A l'école, il ne peut pas s'asseoir dans sa place sans faire rien, il est obligé de prendre quelque chose et produit un bruit, par exemple il prend un stylo et il joue avec « l'essentielle ghores udisselaya ara i le silence ... ilaq adi3el le bruit ».

Pour la mémoire, F.M a de forte mémoire mais son seul problème c'est l'écriture « à l'âge de 8 ans uyezmir ara adiktheb un simple mot », et s'il a écrit un mot il va oublier une lettre et s'il écrit une phrase il va oublier un mot

Le garçon F.M s'est diagnostiqué chez un pédopsychiatre à Tizi ouzzo à l'âge de 6 ans, on la famille n'a pas pu commencer la prise en charge à des raisons personnelles jusqu'au début de cette année où il ont trouvé le cabinet « Azzoug » et F.M a commencé sa prise en charge, et après dix mois beaucoup de choses ont changé dans ce garçon où il devient moins agité comme il peut contrôler ses crises de colère « je suis vraiment contente ... hmdl ya rebi ».

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

3-Présentation des résultats de l'échelle de conner :

N° Item	Items	Cotation
01	Agité, se tortille sur sa chaise	2
05	Crises de colère et conduites imprévisibles	2
07	Distraite ou attention fluctuante	3
08	Perturbe les autres	3
10	Fait la moue et boude	0
11	Humeur changeant rapidement et de façon marquée	2
14	Agité, toujours en train d'aller à droite et à gauche	1
15	S'excite facilement, impulsif	3
21	Difficultés à terminer ce qu'il commence	1
26	S'énerve facilement quand il doit faire un effort	2
Score		1.9

4-Analyse des résultats de l'échelle de conners :

Dans ce cas on n'a pas pu aller à l'école de F.M, alors on a envoyé le questionnaire a l'enseignant par la maman.

L'analyse de l'échelle de conners indique le score total de l'échelle 1.9 renvoie à la présence de l'hyperactivité chez F.M, manifestation des signes d'impulsivité indiquée selon les tems N° 8,15, la présence massive d'inattention-passivité signalés dans les items N°7.

5-Synthèse de cas :

D'après les résultats de l'échelle de conners et l'entretien avec la maman, on a constaté pour ce cas la présence du trouble de l'hyperactivité, l'impulsivité et le trouble de l'attention.

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

1-Présentation du cas N°6 :

A.R est un garçon âgé de onze ans, élève de quatrième année primaire, il est l'inné de la famille, il a une petite sœur âgée de quatre ans, sa mère est une femme au foyer, son père travail comme fonctionnaire.

A.R présente des difficultés d'apprentissage depuis le début, il présente une dysgraphie et une dysphasie, il a refait déjà l'année d'une moyenne très faible.

2-Résumé de l'entretien :

On a fait l'entretien avec la maman d'A.R madame T.A qui a été gentille, calme et compréhensive, elle nous a répondu à toutes nos questions.

D'après la maman, A.R est un enfant qui présente des difficultés d'apprentissage scolaires presque dans toutes les matières, et ces difficultés renvoient à son comportement.

Madame T.R nous mentionne que son enfant est un enfant très actif, qui bouge trop, et il n'arrête pas à parler et il n'attend jamais son tour pour le faire.

Dans la classe, sa relation avec les enseignants considérée comme normale comme il aime ses camarades, mais il les perturbe tout le temps tant qu'il est hyperactif et il bouge trop.

Selon la mère A.R est tout le temps ailleurs, il parle quand l'enseignant explique le cours, il n'écoute pas ce que l'autrui lui dit et il ne respecte pas les consignes qui sont difficiles pour lui, et un enfant qui oublie facilement, il fait des erreurs d'inattention dans ses devoirs scolaires.

A.R n'arrive pas à terminer son travail ou ses exercices scolaires, en particulier lorsqu'il s'agit d'un exercice de calcul ou d'expression écrite.

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

3-Présentation des résultats de l'échelle de conner :

N° Item	Items	Cotation
01	Agité, se tortille sur sa chaise	02
05	Crises de colère et conduites imprévisibles	01
07	Distraite ou attention fluctuante	02
08	Perturbe les autres	03
10	Fait la moue et boude	00
11	Humeur changeante rapidement et de façon marquée	02
14	Agité, toujours en train d'aller à droite et à gauche	02
15	S'excite facilement, impulsif	02
21	Difficultés à terminer ce qu'il commence	02
26	S'énervé facilement quand il doit faire un effort	01
Score		1.7

4-Analyse des résultats de l'échelle de conners :

L'échelle fut administrée à l'enseignante d'A.R par madame T.A tant qu'on n'a pas pu déplacer à l'école.

Les résultats de l'échelle de conners indique un score totale de 1.7, qui renvoie la présence de l'hyperactivité et l'impulsivité chez A.R d'après les items N° 01, 08, 14,15, des difficultés de comportement selon l'item N° 11, la présence des signes d'inattention indiqué dans les énoncés N°21

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

5-Synthèse du cas :

D'après notre observation et l'analyse des résultats de l'échelle, A.R présente le trouble de l'hyperactivité et l'impulsivité avec une inattention qui explique ses difficultés d'apprentissage et ses résultats scolaire.

2- Analyse générale des résultats :

Notre étude est portée sur six cas âgés de (7 à 11ans), masculine et féminine, avec des niveaux scolaires différents.

Les cas sont diagnostiqués qu'ils souffrent du trouble de l'hyperactivité, comme ils présentent ses grandes symptômes ; l'agitation ou bien le comportement de l'hyperactivité, inattention et l'impulsivité.

Durant la recherche on a put constater que le trouble de l'hyperactivité a de l'influence négative sur l'apprentissage de l'enfant et son rendement scolaire, et il peut causer chez certains cas l'échec scolaire en particulier chez les sujets qui souffrent du trouble de l'attention.

L'hyperactivité est un trouble qu'on peut définir comme un ensemble de comportement et de mouvement accompagné de l'agitation, ce comportement insignifiant va influencer sur l'attention de l'enfant à l'école chose qui va influencer sur sa capacité de l'apprentissage et puis sur son niveau scolaire.

L'observation s'est déroulée beaucoup plus dans le cabinet avec les six cas, ou on a observé le comportement des enfants pendant les consultations psychologiques, et dans l'école avec la moitié, et on a basé sur leurs comportements dans la salle et durant le cours, et pendant le moment de récréation et en interaction avec les camarades.

L'échelle de conners fait administré aux enseignants indique que notre échantillon de six cas c'sont des enfants qui souffre du trouble de l'hyperactivité dans la majorité d'entre eux présente des troubles de l'attention qui ennui à leurs scolarité.

Les résultats obtenus par l'échelle de conners confirme l'hyperactivité de nos cas et explique l'influence de cette dernière sur leur scolarisation. Et la présence de ses

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

comportement hyperactifs affectent pas seulement la personne elle-même mais aussi son entourage, (ex : perturbe les l'encadrement de la classe).

D'après l'analyse des résultats obtenus, tous les cas qui sont diagnostiqué hyperactive est aussi indiquée par la présence d'inattention (ex: AR, FM, MM et SS), la chose qui renforce la fiabilité de notre résultats et d'autre part l'hypothèse indique l'influence de l'inattention sur l'apprentissage de l'enfant.

Avec les autre cas on a vu qu'ils manifestent des troubles de comportement ce qui explique leur mauvaises relations qui peuvent influencer aussi sur leur aspect affectifs et même cognitif.

La majorité de notre échantillon présente des signes d'inattention avec une passivité, ils ont des résultats scolaire insuffisant ce qui explique l'influence de l'hyperactivité sur le rendement scolaire des enfants, et aussi les relations sociales.

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

3-Discussion des hypothèses :

Notre travail est porté sur l'influence de l'hyperactivité sur l'apprentissage de l'enfant et sa relation avec les résultats scolaire, est une recherche réalisé sur un groupe de recherche qui se compose de six cas, quatre garçons et deux filles.

Le trouble de l'hyperactivité se distingue par sa triade de symptômes, l'inattention, comportement de l'hyperactivité, et impulsivité, et la majorité de ces caractéristiques sont présent et manifesté par nos cas. Aussi on a constaté que le trouble est présent chez les garçons plus que les filles.

Avec l'échelle de conners, on a utilisé dix items qui représentent le comportement du trouble de l'hyperactivité avec l'inattention et impulsivité motrice, et d'après ses résultats on a conclu que les cas présentent des traits du comportement de l'hyperactivité.

A partir de l'analyse de l'entretien avec les parents et les résultats obtenus par l'observation et l'échelle de conners, on a déduit que le trouble de l'hyperactivité a de l'influence négative sur le rendement scolaire des enfants, comme elle provoque ce qu'on appelle les difficultés d'apprentissage, ce qui confirme notre hypothèse général.

L'observation effectuée a l'école (soit en classe ou dans la cour) et pendant le repas (la cantine)), et dans le cabinet pendant les consultations, le but était d'observer l'enfant hyperactif a tout moment et pendant tout ses activités de la journée et ses interactions avec son environnement.

Donc l'observation a démontré que nos cas sont des enfants hyperactifs, inattentifs et même impulsifs est aussi de l'influence sur leurs apprentissages et leurs rendements scolaires,

Le contenu de l'échelle de conners est arrivé aux résultats ; que cinq cas de nos six cas présentent un score supérieur à 1,5 pour l'autre est égal 1.5.

Les hypothèses partielles dans notre travail sont trois, la première dites que l'enfant qui présente de trouble de l'attention manifeste de difficultés d'apprentissage est confirmé par la majorité des cas de notre groupe de recherche (les six cas). Ou ils présentent l'inattention avec les difficultés d'apprentissage. La plupart des cas confirment la deuxième hypothèse,

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

ou on 'a vu que l'hyperactivité entrain des difficultés d'apprentissage et conduit à l'échec scolaire.

Pour la dernière le cas de S.S assure et confirme que l'hyperactivité peut provoquer les troubles de la mémoire.

Conclusion générale

Conclusion générale

Conclusion générale :

Dans cette recherche intitulée « Les difficultés d'apprentissage chez les enfants ayant une hyperactivité », qui a été réalisée dans un cabinet de psychologie et d'orthophonie sur un nombre de six enfants d'âge, de sexe et de niveau scolaire différents.

On a constaté durant notre recherche que l'hyperactivité comme trouble n'est pas présent uniquement chez l'enfant, il touche aussi les adolescents et même les adultes, il est plus présent chez les garçons que chez les filles, et on peut l'observer chez les garçons d'une façon claire à partir de leur comportement, et chez les filles on aperçoit plus le trouble de l'attention.

Ce trouble a de multiples facteurs, des facteurs biologiques, des facteurs sociale, environnemental et même alimentaire. Le risque est le rejet par l'entourage et surtout l'influence sur le rendement scolaire de l'enfant en souffrance.

Le milieu où l'hyperactivité est la plus craint, c'est souvent l'école que l'on prend moins en compte les difficultés des enfants hyperactifs, par méconnaissance du trouble.

L'hyperactivité a de grande influence sur l'apprentissage de l'enfant ou l'élève, tant que ce trouble fait accompagner par une inattention, une passivité et une impulsivité, ces facteurs entravent le processus d'apprentissage.

Enfin, on a utilisé l'échelle d'évaluation du Connors par l'enseignant, qui nous a permis d'évalué les comportements d'un enfant hyperactif concernant son hyperactivité impulsivité, son difficulté intentionnelle et son difficulté d'apprentissage.

On est arrivé à déterminer à partir de l'analyse des résultats obtenu dans les entretiens et l'échelle de Connors que les difficultés d'apprentissage dû à l'hyperactivité se qui confirme l'autre deux hypothèses de recherche. Car à partir des résultats obtenus que nos cas présent de grande difficulté de l'attention l'instabilité motrice lors de la réalisation de leurs tâches scolaires.

Ensuite on a constaté dans les résultats obtenus soit par les entretiens, l'observation et l'échelle de connors, l'enfant qui a un score plus de un et demi (1.5) est significatif et mettent en évidence de difficulté d'apprentissage et d'hyperactivité.

Conclusion générale

A la fin on dit qu'il est nécessaire de repérer l'hyperactivité au plutôt, le mineur état dès la maternelle ou avant même la rentrée scolaire, pour mettre rapidement en place une prise en charge adaptée, informer les enseignants et aussi diminuer le risque de l'échec. Reconnaître le trouble, le traiter, prévenir ses complications, sont un défi quotidien et font appel à des techniques spécifiques rigoureuses et en constant remaniements.

Bibliographie

Bibliographie

1. Aktouf.O, 1987, « *Méthodes des sciences sociales, approche quantitative des organisations, une introduction à la démarche classique et une critique* », Québec.
2. Bergeret.J, 2008, « *Psychologie pathologie théorie et clinique* », Paris.
3. Bouchard.C, 2011, « *Les quatre périodes du développement d'après Piaget* », Canada.
4. Bouvard.M, 2016, « *Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité de l'enfant à l'adulte* », Paris
5. Bréjard V., Bonnet A., « *L'hyperactivité chez l'enfant* », Paris, Armand Colin, 2007.
6. Caney.M et al, 2008, « *L'enfant hyperactif* », France, Odile Jacob.
7. Carno.A, 2010, « *Programme Attention : Gérer, structurer et soutenir l'attention en classe* », Montréal, Québec.
8. Chahraoui.Kh et Benony.H, 2003, « *Méthodes, évaluation et de recherche en psychologie clinique* », Paris Dunod.
9. Chevalier.N et al, 2006, « *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité* », Paris, l'université de Québec.
10. Chiland.C, 1983, « *L'entretien clinique* », Paris, édition presses universités de France
11. Ciccone.A, 1998, « *l'observation clinique* », Québec.
12. Delion.P, 2010, « *L'enfant hyperactif : son développement et la prédiction de la délinquance qu'en pense aujourd'hui* », Paris.
13. Despinoy.M, 2004 « *Comprendre et soigner l'enfant en échec scolaire* », Dunod.
14. DSM-V, 2015, « *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* », Paris Masson.
15. Ferrari.P et Bonnot.O, 2013, « *Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* », Lavoisier, Paris.
16. Fraisse.P, 1963, « *Les émotions* », Paris.
17. Gilger,J.W, et Kaplan,B.J , (2001). « *Atypical brain development* ».
18. Jean-luc.CH, « *les difficultés scolaire d'apprentissage* », 2003. NATHAN, VEUF.
19. Lusier.f et flessas. J. (2001). *Neuropsychologie de l'enfant « troubles Développementaux et de l'apprentissage* ».Paris . Éd .Donud .
20. Vygotsky, lev (1978). « *L'esprit dans la société* ». Londers : Hvard university press.
21. Wodon.I, 2009, « *Déficit de l'attention et hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent* », Mardaga, Belgique.

Bibliographie

2-Dictionnaires :

1. Bat.C et al, 2010, « Petit larousse de la psychologie », Paris.
2. Bloch.H, et al «*grand dictionnaire de la psychologie* », Larousse, Paris 2004.
3. Doron.R et Parot.F, 2013, « Petit larousse de la psychologie », Larousse, Paris.
4. Norbert.S, 2003, « Dictionnaire de la psychologie », Canada, Janine
5. Faine.

3- Thèses

- Marjan.A, « Approche socioconstructiviste pour l'enseignement-apprentissage du lexique spécialisé : apport du corpus dans la conception d'activités lexicales », 2018.

4-Les sites internet

[www.caducee.net.hyperactivité\(tdah\)](http://www.caducee.net.hyperactivité(tdah))

www.doctissimo.fr, hyperactivité de l'enfant (tdah).

www.lanutrition.fr, trouble de déficit de l'attention.www.cliniquemultisens.com, les différents types de difficulté d'apprentissage chez l'enfant.

www.solidarites-santé.gouv.fr, difficultés et troubles des apprentissages chez l'enfant à partir de 5 ans.pdf.

www.mamanpouirlavie.com, dépister les difficultés d'apprentissage et les troubles d'apprentissage.

Bibliographie

Les annexes

Annexes

Annexe 01 : Le guide d'entretien

Axe 1 : Antécédents personnelles

-Nom et prénom :

-Sexe :

- Age :

-Date et lieu de naissance :

-Scolarisé oui/ non :

Axe2 : Antécédents familiaux :

-Nom et prénom de père :

- La profession :

-Nom et prénom de la mère :

-La profession :

-Nombres des frères et des sœurs :

-Son classement dans la fratrie :

-La relation avec les membres de la famille :

Axe 3 : La scolarisation de l'enfant :

-Niveau scolaire :

-Nom de l'école :

-Relation de l'enfant avec ses enseignants :

- Relation de l'enfant avec ses camarades :

Annexes

Axe 4 : Renseignement sur l'hyperactivité :

- Comment il se comporte dans un siège lorsqu' il devrait rester assis ?
- Donne-t-il la réponse avant la fin de la question ou bien interrompt les autres ?
- Est ce qu'il termine ce qu'il commence ?
- Comment vous trouver son humeur d'habitude ?
- S'obstine-t-il avec les adultes ?
- Comment-il réagit quand lui donner de faire quelque chose qui demande du l'effort ?
- A de la difficulté à se concentrer ou semble-t-il n'écoute pas ce que lui est dit ?
- A de difficulté à organiser des taches ou des activités.
- Il faut répondre à ses demandes immédiatement.

Axe 5 : Renseignement sur les difficultés d'apprentissage

- A de la difficulté à débiter des tâches ou des projets.
- Ne comprend pas /se rappelle pas de ce qu'il/elle lit
- Oublie rapidement les consignes
- Ne porte pas attention aux détails, fait des fautes
- Son orthographe est de mauvaise qualité.
- A de la difficulté en lecture.
- Oublie des choses déjà apprises ou oublie durant des activités quotidiennes.

Axe 06 : Renseignement sur le diagnostique de trouble de l'hyperactivité

- Comment avez-vous découvert le trouble de votre enfant ?
- Quelles sont les signes qu'il a présentés ?

Annexes

-Est-il diagnostiquer ? Chez qui ?

-Qu'est ce que vous avez fait pour la prise en charge de votre enfant ?

-Avez-vous cherché des centres spécialisés dans la wilaya ?

-Comment vous avez été orienté vers ce cabinet ?

-Comment vous comporter avec votre enfant chez vous ?

-Avez-vous observé un changement dans le comportement de votre enfant après la prise en charge ? Si oui quelle sont ces changement ?

Annexe 02 : Questionnaire Abrégé de conners pour les enseignants (Version à 28 items)

Nom de l'enfant :

Prénom :.....

Date de naissance :.....

Questionnaire complété le :.....(Date à laquelle le questionnaire est rempli)

Placer une croix dans la colonne qui décrit le mieux cet enfant :

Annexes

Observation	Pas du tout	Un petit peu	beaucoup	Enormément
1. Agité se tortille sur sa chaise				
2. Fait des bruits incongrus quand il ne faut pas				
3. On doit répondre immédiatement à sa demande				
4. Fait le malin				
5. Crises de colère et de conduites				
6. Trop sensible à la critique				
7. Distract ou attention fluctuante				
8. Perturbe les autres				
9. Rêveur				
10. Fait la moue et boude				
11. Humeur changeant rapidement et de façon marquée				
12. Bagarreur				
13. Attitude soumise face à l'autorité				

Annexes

14. Agité, toujours en train d'aller à droite et à gauche				
15. S'excite facilement impulsif				
16. Demande une attention excessive de l'enseignant				
17. Semble mal accepté par le groupe				
18. Se laisse mener par les autres enfants				
19. Est mauvais joueur				
20. Semble manquer de capacité à entraîner ou mener les autres				
21. Difficultés à terminer ce qu'il commence				
22. Puérile et immature				
23. Nie ses erreurs et accuse les autres				
24. A des difficultés à s'entendre avec les autres enfants				
25. Peu coopérant avec ses camarades				

Annexes

26. S'énerve facilement quand il doit faire un effort				
27. Peu coopérant avec ses camarades de classe				
28. Difficultés d'apprentissage				

Annexe 03 : Clé de correction de l'échelle de conners pour les enseignants

Les énoncés les plus discriminants sont répartis selon les trois facteurs suivants :

A : Difficultés de comportement : énoncés 4-5-6-10-11-12-23-27

B : Impulsivité, hyperactivité : énoncés 1-2-3-8-14-15-16

C : Inattention, passivité : énoncés 7-9-18-20-21-22-26-28

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

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

Les difficultés d'apprentissage chez les enfants ayant une hyperactivité

Résumé

Notre travail intitulé "les difficultés d'apprentissage chez les enfants ayant une hyperactivité" , présente une étude de six (06) cas des enfants de l'âge 6 à 11 ans qui souffrent de difficultés d'apprentissage et scolaire à cause de ce trouble "l'hyperactivité".

La recherche a été faite dans un cabinet de prise en charge psychologique et orthophonique 'Azzoug' pendant quarante cinq (45) jours .

Dans le côté méthodologique on'a basé sur la méthode d'étude de cas avec l'entretien semi-directifs et l'observation, comme on'a fait appel a l'échelle de Conner pour valider nos hypothèses et confirmer nos résultats.

Abstract

Our work entitled "Learning difficulties in children with hyperactivity", presents a study of six (06) cases of children from the age of 6 to 11 years who suffer from learning and school difficulties because of this disorder. "hyperactivity".

The research was carried out in a psychological and speech therapy clinic 'Azzoug' for forty five (45) days.

In the methodological side we have based on the case study method with semi-structured interview and observation, as we have used the Conner scale to validate our hypotheses and confirm our results.