

**Scolarisation des enfants
instables, hyperactifs,
et présentant des troubles
de l'attention**

Dossier réalisé à partir des apports
du stage national de formation continue
s'étant déroulé à l'INS-HEA, Suresnes,
du 10 au 13/10/2006 et du 21 au 25/05/2007

**Trouble déficitaire de l'attention
avec ou sans hyperactivité associée
(TDAH) : APPROCHE MEDICALE**

*Synthèse de deux interventions : Dr Marie-France LE HEUZEY, pédopsychiatre,
hôpital Robert Debré, Paris*

*Dr Thierry BOURGUEIL, neuropsychologue,
centre des troubles des apprentissages, CHU d'Amiens*

La définition de base du TDAH est qu'il s'agit d'un **trouble attentionnel**. L'activité motrice, la turbulence, l'agitation peuvent ou non lui être associées, et sont difficiles à évaluer en dehors de critères subjectifs, variables suivant la tolérance de l'environnement.

1. QU'EST-CE-QUE L'ATTENTION ?

- Le développement des fonctions cognitives est lié à la maturation cérébrale, qui se fait grâce à
 - la synaptogenèse (les stimulations externes, les demandes sensorielles et cognitives amènent la création de connexions neuronales, les neurones présents au départ et « ne servant à rien » disparaissant)
 - la myélogénèse, qui permet une transmission de plus en plus rapide, un traitement de l'information plus efficace (ceci jusqu'à l'adolescence)

Cette maturation s'établit temporellement selon un axe inter-hémisphérique et postéro-antérieur.

Les fonctions exécutives et attentionnelles dépendent des régions pré-frontales ; elles permettent le contrôle et la régulation des autres modules cognitifs, ce qui est essentiel pour les apprentissages.

« Si l'attention est altérée, alors l'apprentissage et la mémoire seront déficients » (Squire 1986)

Corrélation : il n'y a pas de troubles de la mémoire chez l'enfant, sauf traumatisme crânien ou formes d'encéphalites, ce sont des problèmes attentionnels

- **L'attention est un processus cognitif à deux dimensions** : l'intensité (alerte, vigilance, attention soutenue) ; et la sélectivité (attention sélective, attention divisée ; avec la présence de filtres permettant d'éliminer des informations non-pertinentes dans un contexte, d'inhiber certains stimuli)
- L'attention soutenue est la capacité à maintenir l'attention sur de longues périodes (>10mn). Elle n'est pas sélective. La vigilance est une forme particulière de réaction, par rapport à des stimuli rares.
- L'attention sélective ou focalisée permet de faire le tri parmi les informations disponibles, de sélectionner les éléments pertinents et d'inhiber les autres. A noter une forme

particulière, l'attention sélective visuo-spatiale, qui entre en jeu dans certaines dyslexies mixtes.

- L'attention divisée est un aspect de l'attention sélective. Elle permet le partage de l'attention entre plusieurs sources, l'accomplissement de plusieurs tâches en simultané. C'est une capacité qui diminue avec l'âge (après 35 ans). Elle est facilitée si les modalités d'entrée sensorielle sont éloignées (par ex c'est difficile si 2 paroles en même temps), et si une partie des tâches est automatisée.

A noter que les canaux neuronaux peuvent être différents par ex pour l'attention auditive et visuelle. Mais dans le cas des enfants TDAH il y a en général cumul des défaillances (d'où l'importance de la répétition pour installer en mémoire).

La maturation des processus de vigilance, d'orientation, de sélection, se fait dès la 1^{ère} année de l'enfant.

➤ **Les fonctions exécutives** entrent également en jeu dans la **régulation de l'attention**.

Ce sont des opérations cognitives permettant de s'adapter à un environnement nouveau et fluctuant. Elles permettent :

- l'analyse des données initiales (choix, orientation de l'attention, sélection)
- l'élaboration d'un programme d'actions (stratégies, planification, inhibition des « routines » inadéquates)
- l'exécution et la coordination (déclenchement des procédures adéquates)
- la vérification de l'adéquation entre le résultat et le but visé (fonctions d'arrêt ou de correction)

Ces fonctions exécutives sont présentes mais peu développées chez les enfants d'âge pré-scolaire (le jeune enfant est donc *normalement* impulsif, facilement distrait, difficilement concentré sur la durée d'une tâche). Leur développement est par contre important et rapide à partir de 6 ans.

2. LA DEFINITION DU T.D.A.H

Le « trouble déficitaire de l'attention avec (ou sans) hyperactivité » est défini dans la CIM 10 (classification internationale des maladies) et dans le DSM IV, classification originaire des Etats-Unis aujourd'hui la plus utilisée dans ce domaine.

Il existe également une classification française, la CFTMEA, selon laquelle on pourrait situer le TDAH au carrefour des « pathologies limites » et des « troubles de la conduite et du comportement »

Le taux de prévalence observé du trouble serait de 3 à 8% aux Etats-Unis, moindre en Europe (1 à 1,5%).

A Amiens, le Dr Bourgueil indique que sur 300 enfants venant en consultation (donc après un « repérage » déjà effectué), 1/3 environ est diagnostiqué TDAH.

Le diagnostic est difficile en âge pré-scolaire (co-morbidité ou facteurs sociaux importants dans les cas adressés).

Le trouble concerne 3 garçons pour 1 fille. Les filles ont un niveau d'hyperactivité plus faible, moins de troubles externalisés, mais présentent de l'inattention, des troubles internalisés, et le handicap social créé s'avère plus important pour elles.

Les symptômes perdurent chez 50 à 80% des adolescents (seuls 20% d'entre eux auraient une scolarité « normale », il y a à cet âge un développement possible de « conduites à risque »nécessitant une grande vigilance), chez 30à 50% des adultes (avec des manifestations et des conséquences moins observables)

Critères de diagnostic du T.D.A.H dans le D.S.M.IV (1994 révisé 2002)

- *Les symptômes ci-dessous doivent avoir été présents avant l'âge de 7 ans*
- *Des conséquences de ces symptômes sont présentes dans au moins 2 situations différentes (ex : école, travail, maison)*
- *Une détérioration du fonctionnement social, scolaire ou professionnel est observable*
- *Les symptômes ne doivent pas être secondaires à des troubles envahissants du développement, des troubles psychotiques ou d'autres troubles mentaux*

<p>Inattention</p> <p><i>6 ou + des symptômes persistant depuis au moins 6 mois</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - échec fréquent dans l'attention aux détails, fautes d'inattention dans les devoirs, le travail.. - difficulté à soutenir son attention, au travail ou dans les jeux - souvent l'air de ne pas écouter ce qu 'on dit - souvent difficulté à se conformer aux directives d'autrui, ne finit pas les tâches (sans que cela soit dû à un comportement oppositionnel ou un manque de compréhension) - souvent des difficultés à organiser son travail et ses activités - souvent évitement de ce qui nécessite un effort mental soutenu (devoirs à la maison) - perte fréquente des objets nécessaires au travail ou aux activités (jouets, crayons, livres...) - distraction forte par les stimuli externes - négligence fréquente dans les activités quotidiennes
<p>Hyperactivité/ Impulsivité</p> <p><i>6 ou + des symptômes persistant depuis au moins 6 mois</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - agitation motrice : mains, pieds, tortillements en position assise, courses ou sauts exagérés et hors situation - difficulté à rester assis lorsqu'on le demande - difficulté à jouer ou avoir des loisirs en silence - parole envahissante - précipitation pour répondre aux questions (sans attendre qu'on ait fini de les poser) - difficulté à attendre son tour - interruption fréquente d'autrui , irruption dans les jeux ou conversations

S'agissant d'un syndrome, le trouble est multifactoriel : on semble constater indépendamment des symptômes manifestés la présence d'un certain nombre de données neurobiologiques (que les médecins intervenants n'ont pas détaillées). L'imagerie fonctionnelle indique aussi qu'il y aurait des zones du cerveau concernées par le problème, s'activant différemment chez la personne atteinte du trouble. Enfin la recherche ferait également l'hypothèse d'une « vulnérabilité génétique » susceptible de s'exprimer dans certains environnements.

Le Dr Le Heuzey indique que pour elle, hors de la situation de recherche, le questionnement sur la cause est vain, la question étant plutôt « que faire pour l'enfant ».

3. ETABLIR UN DIAGNOSTIC : les critères d'évaluation

Les médecins soulignent la nécessité d'une démarche méthodologique en partenariat, qui permette de « faire le tri » et d'établir un diagnostic différentiel, en raison de la part accordée à l'observation des symptômes et de la présence importante de facteurs de co-morbidité.

Partenariat professionnel au sein du centre de référence habilité à poser le diagnostic : neuropsychiatre, neuropédiatre, pédopsychiatre, orthophoniste, psychomotricien...

Partenariat également avec les intervenants appartenant à l'univers quotidien de l'enfant : famille, école, animateurs...

Les approches professionnelles des 2 centres de référence présentés au cours du stage sont toutefois différentes : l'hôpital R.Debré s'appuie beaucoup sur l'entretien avec la famille et les questionnaires d'observation adressés aux personnes de l'entourage, complétés par des investigations professionnelles. Le CHU d'Amiens a fait le choix d'une évaluation non totalement exhaustive, les enfants arrivant au centre après un premier dépistage et des évaluations déjà réalisées par différents professionnels. Il a donc privilégié la recherche de l'objectivation ou non du déficit attentionnel et des troubles des fonctions exécutives, par l'observation de l'enfant confronté à des tâches (épreuves cotées) précises.

De même, l'hôpital R.Debré peut intervenir directement auprès de l'enfant (prises en charge), tandis que le CHU d'Amiens renvoie plutôt des pistes de réflexion sur les aides aux différents professionnels intervenant déjà autour de l'enfant.

2 points essentiels donc pour établir un diagnostic :

➤ **L'interrogation des symptômes.**

- Entretien avec les parents : motif de la consultation, comportements observés dans des lieux différents, ancienneté et évolution des « difficultés » repérées par la famille, difficultés plus spécifiquement scolaires, « histoire familiale » (antécédents personnels, médicaux, de l'enfant, de la famille mais aussi contexte, place de l'enfant : ne pas sortir les symptômes du contexte familial, générationnel)...

On ne devient pas hyperactif, on l'est à la naissance, d'où importance de l'anamnèse.

Demande éventuelle d'un courrier du médecin de famille pour appuyer la demande parentale

- Collecte de l'information auprès de l'environnement, pour regrouper les symptômes (ceux perçus par les parents, par l'enfant, avec leur souffrance + ceux perçus par d'autres membres de l'entourage)

Echelles et questionnaires, qui permettent à l'aide de logiciels de calculer des facteurs d'hyperactivité. Echelles de Connors pour parents et enseignants. CBCL (child behaviour check list), à remplir par les parents, qui permet de faire émerger des facteurs de troubles externalisés et internalisés (anxiété, dépression).

Ces échelles ne sont que des aides au diagnostic.

Questionnaire abrégé de Connors pour les enseignants (1999)

Il est demandé de « placer une croix dans la colonne qui décrit le mieux l'enfant » et de « répondre à toutes les questions »

observation	pas du tout	un petit peu	beaucoup	énormément
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 conduites imprévisibles				
6- trop sensible à la critique				
7- distrait ou attention fluctuante				
8- perturbe les autres enfants				
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				
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 capacités à entraîner ou mener les autres				
21- difficultés à terminer ce qu'il commence				
22- puéril 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				
26- s'énerve facilement quand il doit faire un effort				
27- peu coopérant avec ses camarades de classe				
28- difficultés d'apprentissage				

➤ **L'évaluation clinique** : au travers de tâches mobilisant des compétences sensorielles, motrices et cognitives

- **Evaluations neuropsychologiques** :

- WISC IV ou WIPSI (moins de 6 ans)- mais les items sont souvent difficiles pour les enfants hyperactifs.

- Autres tests plus spécifiques, visant à mesurer les capacités d'attention sélective (ex les cloches dans l'ODEDYS), d'attention soutenue (ex test de « capture attentionnelle » de M.Boucart, efficace en test/retest donc intéressant par rapport à la mesure de l'effet Ritaline, et permettant également de définir si dominante inattention ou hyperactivité dans le profil)

- **Autres évaluations** :

Psychomotricité ; orthophonie ; recherche des co-morbidités psychiatriques (anxiété de performances ; impuissance apprise ; dépression...)

Bilan médical et sensoriel (vision, audition...)

Un journée à l'hôpital (minimum) est nécessaire pour passer ces évaluations, complétées par l'observation de l'enfant lors des temps de pause.

➤ **La recherche d'un diagnostic différentiel** vise bien sûr à éliminer ce qui relève

- d'une turbulence normale

- de pathologies somatiques (sensorielles, ou neurologiques type épilepsie, ou endocriniennes)

- de causes médicamenteuses ou toxiques

- de causes psycho-sociales (cadrage éducatif...)

- de la précocité (les enfants précoces peuvent paraître hyperactifs sans l'être ; mais ils peuvent aussi l'être...)

- de pathologies psychiatriques (manie ; dépression ; troubles anxieux...)

L'hyperactivité est un trouble développemental, à la différence de la dépression par exemple, qui est un trouble qui apparaît à un moment donné (moment de rupture du fonctionnement)

Le taux de co-morbidité est important dans le TDAH : de l'ordre de 30 à 40%.

4. LES REPONSES THERAPEUTIQUES

Elles sont généralement à envisager de façon multi-modale : réponses médicamenteuses ou/et non médicamenteuses, le plus souvent articulées.

➤ **Dans le champ de la non-médication** :

- **annonce du diagnostic** : c' est déjà un élément thérapeutique, la « mise en mots » permet la mise en projet, le regard se modifie, la culpabilité est évacuée. On donne des informations sur le trouble, on met en lien avec les associations...

- prise en charge psycho-comportementale de la famille, de l'enfant.

Pour la famille, il peut s'agir d'une simple guidance ; groupes de parents type Barkley (un certain nombre de séances thématiques, d'inspiration comportementaliste, pour apprendre à gérer les problèmes posés) ; thérapie cognitivo-comportementale individuelle ; thérapie familiale en rapport à un aspect dysfonctionnel de la famille.

Pour l'enfant, il peut y avoir des rééducations (orthophonique ; psychomotrice..) , de la psychothérapie, de soutien, souvent de type cognitivo-comportementaliste (en groupe ou individuelle), avec une grande place accordée au « renforcement positif » (feedback autour des réussites).

La thérapie de type psycho-dynamique (psychanalytique) semble pour le Dr Le Heuzey d'un abord compliqué, « la mise en mots est trop difficile pour ces enfants dans l'agi ». Néanmoins son accès peut être facilité par l'appui du traitement médicamenteux.

Le Dr Le Heuzey indique également qu'une partie des psychologues cliniciens refusent le concept du TDAH.

- Aménagements du contexte, essentiellement au niveau d'une réflexion sur le temps, l'espace (réduire les éléments pathogènes) et les aides plus spécifiquement pédagogiques.

Les médecins hospitaliers préfèrent que les informations en direction de l'école soient relayées par des partenaires (médecin scolaire, psychologue, parents).

Sujet développé dans un chapitre spécial du compte-rendu

➤ Médication :

Elle ne concerne que les enfants de plus de 6 ans , pour les enfants plus jeunes on reste dans le champ précédent.

Les études menées mettent d'autre part en relief la supériorité d'un traitement combiné (psychothérapie + médicaments) plutôt que de la seule médication.

Le méthylphénidate est le seul médicament autorisé sur le marché .

Il appartient à la famille des amphétamines, psychostimulants. Des amphétamines avaient été pour la 1^{ère} fois prescrits en 1937 ; une réflexion s'est ensuite développée, à partir de la prescription aux pilotes de chasse de la 2^{ème} guerre mondiale de psycho-stimulants, pour augmenter leurs capacités attentionnelles.

2 marques : Ritaline (10,20,30,40mg) et Concerta.

On privilégie actuellement les formes à effet retard, qui permettent un espacement des prises.

La prescription initiale relève du centre de référence.

Efficacité : dans 75 à 80% des cas.

Les effets portent sur les aspects moteurs, cognitifs et relationnels.

Du point de vue comportemental ils sont rapides et spectaculaires, les familles soulignent pour la plupart leur soulagement.

Le Dr Bourgueil indique dans son intervention que le diagnostic différentiel et les épreuves données à réaliser servent aussi à interroger l'efficacité réelle des médicaments du point de vue attentionnel.

Tolérance : bonne dans l'ensemble- mais toutefois on essaie de limiter la prescription dans le temps.

Problèmes possibles = troubles de l'appétit, du sommeil, apparition de mouvements anormaux ; ainsi que l'activation d'un versant dépressif, d'où l'importance de la réflexion sur la justesse du diagnostic. Dans tous ces cas il faut arrêter le traitement.

Interrogée sur les risques de dépendance et de toxicomanie, le Dr Le Heuzey évoque l'étude Pédiatrics 2003 (sur 674 sujets et 360 témoins) qui aurait montré plutôt une réduction du risque d'alcoolisme et de toxicomanie.

Stage INSHEA Suresnes du 9 au 13/10/2006 et du 21 au 25/05/2007

TDAH :
Pour une approche théorique plurielle
et élargie

La synthèse ci-dessous reprend pour l'essentiel le contenu d'une intervention de Paul Fernandez, formateur à l'INSHEA, plus particulièrement chargé du département « prévention de la difficulté » et coordonnateur du stage. Elle intègre également certains éléments des interventions de Jacqueline Liégeois, formatrice elle aussi à l'INSHEA, coordinatrice de la formation D, et de Jean-Yves Chagnon, psychologue clinicien, maître de conférences à Paris V.

Le « modèle dominant » actuel dans l'approche de la question de l'hyperactivité est le modèle anglo-saxon, qui a défini médicalement le syndrome TDAH.

Cependant, on constate que les critères « scientifiques » restent imprécis, et que le syndrome se définit surtout par une observation de *symptômes*, soumis en partie à la subjectivité de l'environnement.

On constate également qu'à bien des égards l'émergence et la mise sous les feux de l'actualité de cette question sont un *symptôme social*, reflet de « *la narcissisation d'une société de plus en plus intolérante à ses conflits internes/externes, qui fait miroiter l'espoir de solutions magiques, rapides...aux dépens du travail de la pensée, plus long et plus complexe* » (J.Y.Chagnon), société où les adultes eux-mêmes sont fragilisés. La différence, voire l'opposition à faire entre *éduquer* (« conduire à l'extérieur ») et *séduire* (« conduire à soi ») n'est souvent plus assez assumée . Les limites sont devenues floues (limiter signifie séparer, donc entrer en résonance avec sa propre insécurité, ses propres failles , dans un monde où l'Ego est glorifié et où parallèlement le rôle protecteur de l'Institution et des interdits qu'elle véhicule a volé en éclats).

Pour répondre au problème posé, les modèles théoriques sont peut-être trop souvent encore considérés comme incompatibles entre eux (en simplifiant, approche médicale opposée à approche psychanalytique).

Or ce problème est réel, la prise en charge de ces enfants aujourd'hui, et notamment à l'école, pose question et demande une réflexion, qu'il y a tout intérêt à construire de façon non exclusive.

En tant que professionnels, les 2 références (médicale, pédopsychiatrique) nous sont nécessaires, mais nous devons garder à l'esprit que ces éclairages n'appartiennent pas au champ de l'école.

Il est peut-être plus intéressant alors, pour nous, de penser plus globalement la question en termes de **conduite instable**

La notion de conduite (théories de D.Lagache) comme « manière d'être et de réagir d'un être aux prises avec une situation » permet d'aborder la question d'une façon pluridisciplinaire et d'intégrer différentes théories, sur le plan de la personne et des interventions (versants

relationnel, social, fonctionnel, pulsionnel/émotionnel, ainsi qu'activités de pensée et de cognition).

1. CHAMP RELATIONNEL

- Les enfants à conduite instable présentent deux caractéristiques majeures : **une insécurité interne , et une difficulté d'accès à la séparation, donc à la constitution en tant que sujet.**

Leur sentiment d'identité est fragilisé.

Le sentiment d'identité s'appuie sur : un sentiment continu d'exister, un sentiment de cohérence, un sentiment d'unité, qui ne peuvent s'établir que dans un cadre de sécurité interne , créé par les interactions précoces.

La fonction des soins maternels est prédominante (« holding » de Winnicott). Si cette fonction de holding est défaillante , l'insécurité survient.

C'est le cas si la relation n'est pas suffisamment « vivante » au niveau des affects, du corporel (manipulations, soins), du langage. Mais aussi si cette relation présente des incohérences, un « désaccordage », des ruptures de rythme.

Il peut s'agir d'une lecture parentale des besoins ne répondant pas à la réalité de ces besoins pour les enfants (inadéquation des réponses). Il peut s'agir de réponses aléatoires, trop variables , avec discontinuité temporelle ou causale importante. Il peut s'agir aussi de « forçage » (imposition d'un rythme, sur-stimulation).

Si l'accordage ne fonctionne pas bien, se crée une impression de rupture dans le sentiment d'exister, la « permanence » ne peut se construire, il y a risque d'effondrement, des angoisses très fortes, pas de possibilité d'organisation, une orientation possible, soit vers l'immobilisation, soit vers un refuge dans le mouvement perpétuel. Des problèmes de dérégulation du holding peuvent survenir très précocément, même avec des mères attentives.

D'autre part, la capacité à « penser mentalement la présence de l'autre » peut avoir du mal à s'organiser, l'enfant peut ne pas accéder à la séparation primaire.

Cette séparation est une des conditions d'accès aux représentations psychiques, elle est créée par la discontinuité (et notamment en psychanalyse par l'introduction du tiers = père dans la relation). Mais cette discontinuité ne peut être favorable que si elle s'installe sur un fond de continuité, pour qu'il y ait « tolérance à la frustration » et « plaisir de désirer », il faut que la satisfaction puisse être imaginée, il faut donc en avoir fait suffisamment régulièrement l'expérience , de façon fiable.

Si l'enfant ne construit pas correctement l'étape de la séparation, il ne peut construire une relation d'objet différencié, l'autre comme différent, ne peut donc ni s'auto-materner, « prendre soin de soi-même » (d'où de possibles conduites à risque), ni s'étayer réellement sur l'autre .

Il reste accroché à l'autre mais dans l'impossibilité de le rencontrer, pris dans un rapport contradictoire de dépendance et d'autonomie.

L'autonomie implique d'avoir une certaine conscience de soi (sujet, séparé), que l'on peut donc contrôler, réguler (pensée, agir, affects). Cette autonomie est mise à l'épreuve, à chaque fois que l'on entre dans un contexte, avec des mécanismes de régulation, d'adaptation, qui se

mettent en place. Si la sécurité est insuffisante, l'autonomie impossible, le contexte peut devenir intolérable, c'est le débordement, la rupture qui intervient (avec des « passages à l'acte » de divers ordres)

- La **demande relationnelle** des enfants instables est **paradoxe** : besoin de reconnaissance allié à l'évitement, impossibilité à investir et à nouer réellement la relation à l'autre, besoin d'immobiliser, de neutraliser l'adulte (dont les propositions sont vécues comme des intrusions, voire des persécutions).

Là encore, on peut émettre des hypothèses sur la répétition d'une expérience relationnelle traumatique, ou sur un « holding défectueux » qui fait que ces enfants ne peuvent « lâcher » en raison d'une insécurité trop forte (M.Berger).

On pourra rencontrer ainsi des enfants tyranniques, ou des enfants qui « poussent à bout », en cherchant à rencontrer un « autre qui tienne » en face d'eux .

Ces enfants mettent en place des « mécanismes de brisure ». Et ils provoquent chez l'adulte qui cherche à les aider une réaction également paradoxale : hyper-investissement dérisoire par rapport aux besoins, et en même temps rejet, d'où un risque de répétition des situations dont il faut être conscient.

2. CHAMP FONCTIONNEL

- **fonction tonico-sensorielle** : l'hyper-tonicité est souvent un signe précurseur, un des premiers signaux repérés (mais il peut y avoir aussi hypotonie).

L'enfant ne parvient pas à organiser ses états de tension, de décharge corporelle : hypertension jusqu'à état réactionnel de « chute », « tout ou rien », « trop ou pas assez »... Il y a absence d'unité et de « contenance » corporelle.

Ce qui peut être aussi lié à la dimension relationnelle initiale absence/présence, et besoin/satisfaction.

- **Organisation praxique de l'action** :

L'agitation motrice n'est pas une activité organisée, il n'y a pas d'association, pas de lien réel entre les sensations internes et la perception de la réalité extérieure : pas d'ajustement, de coordination, d'adaptation par rapport à l'extérieur, maladresse, action massive, peu différenciée, activité répétitive et peu structurée...

L'hyper-tonicité crée une « paroi » avec l'extérieur, au détriment du ressenti, il y a confusion entre l'agi et le ressenti, l'agi devenant une protection ...

Là encore lien à faire avec la dimension relationnelle, la notion de sécurité et de « contenance ».

- **Repères dans l'espace et le temps** : ils sont déficitaires. Difficultés de construction du schéma corporel (latéralité) ; difficultés à situer le corps dans l'espace. Or c'est le *corps* qui organise les dimensions de l'espace (autour de la verticalité) et du temps (profondeur, temps du déplacement)

Le problème se pose en raison d'une fragilité de l'image corporelle, perception de ce corps « en morceaux » .

Ce sont les bases mêmes du sentiment corporel d'existence qui sont fragilisées , ce qui renvoie une fois de plus au champ relationnel initial (bras et jambes= organes de relation, aussi...)

3. CHAMP PULSIONNEL/EMOTIONNEL

Les enfants à conduite instable vont vers une mise en danger de leur corps, de leur personne, au-delà des limites (la notion de limite impliquant un contrôle, une régulation, une maîtrise- et à nouveau une construction possible comme sujet, séparé) ...

➤ **Excitabilité, liée à l'absence de contenance émotionnelle, et à l'angoisse**

Ces enfants ne parviennent pas à construire un « système pare-excitation » (ce qui renvoie à la notion de « mère suffisamment bonne » de Winnicott).

Au lieu de la contenance, s'installe une rigidité dans la recherche d'états d'excitation permanents.

Impulsivité, passage à l'acte, état de déséquilibre permanent, impression d' « enfant bolide » projeté vers l'extérieur, alors que le « tourbillon » engendré constitue en fait une enveloppe qui maintient l'Autre à l'extérieur.

Il se crée une *anesthésie sensorielle*, les enfants sont « intoxiqués par leur propre motricité », « contaminés par leur corps », pour lutter contre le sentiment de menace permanent, se défendre contre le débordement pulsionnel et se protéger de l'autre (« crainte de l'effondrement » de Winnicott)

A noter qu'il faut en conséquence être vigilant dans les remédiations proposées.

➤ **Destructivité** : il peut y avoir projection du « mauvais » sur l'extérieur et constitution d'une « identité négative » avec effondrement intérieur (cf « tendance anti-sociale » de Winnicott).

Hypertrophie du moi, narcissisme et toute-puissance illusoire pour compenser les échecs de l'omnipotence primaire(non construite dans la petite-enfance)

4. CHAMP PSYCHIQUE

➤ **Incapacité à « jouer » au sens symbolique** : pas d' « espace transitionnel », peu d'utilisation réelle de l'objet, d'élaboration autour de lui

➤ **Fonctionnement de l'imaginaire** : factuel ; difficulté à mentaliser, à élaborer ; ou risques d'envahissement de la réalité par un imaginaire souvent menaçant, destructeur

➤ **Activité représentative et cognitive** perturbée. Problèmes de mobilisation de la fonction attentionnelle et difficulté à penser, le temps de la pensée étant celui du doute , de l'incertitude, du manque (« comment donner du sens si en moi j'ai peu de sens construit, comment faire du lien si la relation à l'autre n'est pas réellement établie »...etc)

5. EN CONCLUSION,

- il semble nécessaire pour construire une vraie réflexion autour des notions d'hyperactivité et d'instabilité de **se dégager des fausses questions**, et notamment de celle de l'étiologie: celle-ci reste hypothétique, indécidable à l'heure actuelle. Il n'y a pas de « marqueurs » de l'hyperactivité, nous ne travaillons tous, neurologues y compris, que sur des hypothèses. Il est vain de chercher des « causes premières ».
- De même, il n'y a pas de diagnostic 100% fiable et spécifique de l'hyperactivité, les critères d'évaluation restant fragiles, contestables, et avant tout cliniques.
- La médication n'est pas à diaboliser. Elle a son utilité lorsque l'enfant est dangereux pour lui-même et l'entourage. Elle peut permettre de plus l'accès au travail psychique.
- Mais il faut être conscient que, si cette médication traite le symptôme, elle ne résout pas la difficulté de l'enfant. Il faut sans doute interroger aussi le recours quasi-exclusif, en thérapie associée, aux modalités thérapeutiques de type cognitivo-comportementaliste.

- Il paraît plus intéressant de **penser la question en termes de processus**, en lien avec un environnement, inscrit dans des relations.

- Enfin, en se plaçant dans le champ de l'école, il est peut-être bon de **poser quelques principes de précaution** :
 - Que l'école ne soit inféodée, ni à une médicalisation, ni à une psychologisation abusives des difficultés scolaires
 - Qu'elle ne soit pas réduite à appliquer des remèdes ou des principes comportementalistes et adaptatifs
 - Qu'elle cesse de médicaliser à l'extérieur ce qui pourrait être fait dans l'école...

TDAH : aménagements du contexte et adaptations pédagogiques

La réflexion sur les aménagements que l'école peut mettre sur pied pour accueillir les enfants TDAH mais au-delà bon nombre d'enfants en difficulté se construit à partir des besoins particuliers déterminés, lesquels se situent aussi bien dans le champ affectif, relationnel, social, que dans le champ cognitif.

L'enfant a besoin d'être investi, protégé, besoin d'avoir une place (par rapport à l'enseignant, à ses pairs) et d'être considéré dans un statut social, à l'école celui d'élève.

L'élève a besoin de repères, sur le fonctionnement, l'organisation matérielle, temporelle, les règles, avec des implicites à lever.

Dans ce cadre s'installent une communication et un lien.

L'élève a aussi besoin d'être stimulé, de construire des connaissances, d'être « renforcé » cognitivement, étayé, sans que cela le place en situation d'assisté dépendant d'une aide qui « béquille » trop.

Les aménagements touchent donc à la fois le *contexte* (environnement, espace, temps, règles de vie...) et les *modalités d'apprentissage* (adaptations pédagogiques à construire).

Il est essentiel que ces aménagements soient cadrés, conçus et présentés aux yeux de tous, enseignants, famille, et élève, en référence à l'école : il s'agit d'aménagements *pour pouvoir apprendre*, en essayant de faire en sorte que l'élève puisse s'approprier ses modes de fonctionnement pour les mettre à distance et réguler son comportement comme son activité.

1. LES AMENAGEMENTS DU CONTEXTE

Les enfants TDAH ou plus généralement à conduite instable ont une très forte dépendance au contexte (objets, cadre, personnes référentes). Il est donc indispensable de mener une réflexion visant à **réduire les effets pathogènes** que celui-ci peut créer en rapport à la problématique d'impulsivité et d'instabilité.

Si on ne le fait pas, les décrochages ou les ruptures risquent de survenir et même d'aller en s'amplifiant (seuil de tolérance de plus en plus faible), que cela se manifeste par des « crises » ouvertes dans le cas d'enfants impulsifs/hyperactifs ou par des « décrochages de la pensée » d'autant plus dommageables qu'ils seront moins repérés, dans le cas d'enfants présentant des troubles de l'attention sans manifestations comportementales exacerbées.

En tant que professionnels intervenant auprès de l'enfant, nous avons à « tricoter » autour des ruptures (en amont et en aval), comme à garantir la sécurité du cadre pour l'élève...ce qui nécessite un travail de réflexion sur l'espace, le temps (passages et transitions étant sources de difficultés) ainsi que sur la constance, mais aussi la souplesse éventuelle des règles de la classe et de l'école.

Une notion importante : adapter le contexte pour ces enfants, c'est pouvoir **moduler** les actions et les réponses, tout en offrant à chaque fois des **balises**, des repères, identifiables et identifiés par l'enfant, sur lesquels il puisse s'appuyer.

« Moduler » n'est pas improviser, ce qui serait au contraire source de perturbation pour des enfants instables.

ESPACE

- ❑ Réfléchir au *placement de l'élève dans la classe* : éviter un emplacement central, comme le placement près de portes ou de fenêtres (générateurs de distraction et/ou d'angoisse)
- ❑ Offrir à l'élève un emplacement suffisamment reconnu , différencié, matérialisé comme « contenant » : proximité d'un mur, armoire, étagère...voire marquages de couleur pour délimiter
- ❑ Possibilité aussi de placement près du bureau de l'enseignant, car le contact notamment visuel peut être important pour « ramener » l'enfant. Toutefois ce type de placement, s'il a des aspects « contenants », peut aussi être vécu comme intrusif/persécuteur. A réfléchir suivant les cas, en n'oubliant pas qu' « il y a de l'affectif et du cognitif dans l'espace », question donc de la « bonne distance » à avoir.
- ❑ Penser également le *plan global de la classe* et les modalités de fonctionnement induites. Un aménagement groupal, s'il peut avoir son intérêt à certains moments, génère toutefois beaucoup de distraction, ce qui est gênant pour ce profil d'enfants. Prévoir plutôt une (des)table(s) pour...une modularité avec déplacements possibles suivant les moments, permettant d'alterner petit groupe, grand groupe, individuel...
- ❑ Placer à proximité de l'élève des *camarades pouvant lui offrir des points d'appui*, qu'il s'agisse d'un étayage affectif ou cognitif.
- ❑ Prévoir, si possible un peu isolé (meuble, paravent...) un *lieu permettant à l'élève de se mettre à l'écart* et de se recentrer lorsque la pression monte trop et que cela lui est nécessaire
- ❑ Prévoir des objets *permettant l'accueil de l'individu* dans la classe : « boîtes à secrets », accueil des objets transitionnels (ceux-ci sont nécessaires car ils permettent de construire la permanence ; ils sont auto-calmants mais peuvent aussi faire écran à l'école et aux apprentissages, il faut donc négocier ensuite leur mise à distance, mais sans les refuser)...

TEMPS

- ❑ *Moduler temps courts/temps longs ; temps collectifs/temps individuels ; temps d'apprentissage/temps permettant de récupérer, voire de ne rien faire si l'enfant en a besoin...*
- ❑ *Fragmentation des activités* nécessaire, l'activité distribuée étant avec ces enfants supérieure à l'activité massée. Mais présence adulte également nécessaire (parole échangée) pour lui permettre de « raccrocher les wagons », faire les liens.
- ❑ *Installer des rituels, « temps-sas »* (brefs) permettant de gérer les moments à risque de rupture, les « scansions » espace/temps, les « entre-deux » potentiellement générateurs d'angoisse ou de déconcentration (déplacements, changements d'activité, transitions intérieur/extérieur...). Ces rituels peuvent être d'ordre psychomoteur, langagier...
- ❑ *Etre particulièrement vigilant sur le temps d'arrivée en classe.* Prendre à ce moment le temps d'une relation duelle adulte/enfant, temps d'accueil de l'individu et de sa parole. Laisser à l'enfant le temps de prendre sa place (matérielle et symbolique) d'élève, sans risquer d'être déjà parasité par la dimension collective (cela peut passer, si besoin, par une entrée un peu décalée en classe, avant les autres).
- ❑ Autoriser les *temps de décompression nécessaires*, même avec interruption de l'activité (isolement en classe , déplacements en classe, « gratuits » ou avec prétexte social par ex pour effacer un tableau, aller chercher ou transmettre un document ; ou brèves sorties à l'extérieur de la classe ; recours à des outils permettant de décharger les pulsions/émotions , feuille « gribouillage » ou « ardoise à colère »...). Attention à ce que ces aménagements aient été négociés, verbalisés, explicités auparavant (y compris aux autres élèves). Attention également à « remettre du lien » lors de la reprise d'activité
- ❑ Le *temps de récréation* peut être aménagé (par ex il peut y avoir besoin de 2 récréations au lieu d'une seule). Temps auquel il faut accorder une vigilance particulière, car générant des risques de débordement et de mise en danger de soi et d'autrui.
- ❑ Articulation à réfléchir entre le temps-classe et les prises en charge spécialisées (dans et hors l'école), pour *ne pas renforcer le morcellement et le sentiment de discontinuité* des enfants
- ❑ De même, être vigilant sur la multiplication des activités, qui introduit autant de moments potentiels de rupture et désorganise
- ❑ *Clarifier* tout ce qui relève de *l'emploi du temps* pour permettre à l'élève de prendre des repères et de construire une temporalité, mais aussi de se « mettre en projet et en situation de... » en y étant préparé à l'avance : emploi du temps hebdomadaire mais aussi « menu » de la journée ou d'une activité
- ❑ Penser à *l'adaptation des situations d'évaluation* (peut-être plus en termes de fractionnement et de « différé » qu'en temps supplémentaire)

REGLES
ET
RELATIONS

- *Différencier la Loi, qui n'est pas négociable* (l'école comme lieu d'apprentissage, lieu où la sécurité de tous doit être assurée...etc), *et les règles, qui peuvent l'être*. La norme est établie par le règlement intérieur, qui doit être connu de tous ; mais des aménagements à ce règlement peuvent être négociés (ce qui signifie établis de façon explicite, justifiés, contractualisés au moins verbalement, voire par écrit, et acceptés) entre les différents partenaires (équipe de l'école, élève, famille, mais aussi pairs, au moins dans la classe)
- Poser le cadre et ne pas craindre les rappels de la norme (« *poser l'écart* » en indiquant ce qui serait un objectif visé, une compétence comportementale à installer, *peut être structurant*), *mais faire preuve de tolérance* face aux difficultés spécifiques de l'élève (on peut tolérer un peu d'agitation motrice, des oublis de matériel,...)

Dans tous les cas *situer les comportements de l'élève dans une perspective d'évolution personnelle* (tu ne savais pas, tu as appris, tu vas apprendre à faire ceci...), non dans une comparaison (potentiellement dévalorisante) aux autres.

- La *sanction* est parfois nécessaire, puisqu'elle indique les limites qui « contiennent ». Mais ne pas oublier que ces enfants ont été ou sont souvent beaucoup « punis »...Attention donc à ce que cette sanction puisse être « *positive* » (vigilance à avoir sur les paroles, qui inscrivent dans une perspective d'évolution et n'enferment pas : dire « tu reviendras quand tu seras calmé » n'est pas la même chose que dire « sors » !...explicitation à envisager, même si ce n'est pas sur le coup...etc)
- Permettre à l'élève d'identifier les moments où il a dépassé les limites tolérées (et si possible de « poser des mots »)- tenue d'une sorte de « journal de comportement » qui peut sans doute être plus intéressante que les formules style « permis à points » auxquelles ces élèves ne peuvent pas forcément adhérer (perdent rapidement tous leurs points ! et ne posent pas assez de sens sur cet outil)
- Et *parallèlement* utiliser toutes les occasions de mettre en jeu le « *renforcement positif* » par les encouragements et feedback autour des réussites et progrès, en termes de comportement comme en termes d'apprentissages.
- Essayer au maximum, en tant qu'adultes, de faire preuve de *constance* et de fiabilité dans les réponses aux comportements. Ce qui est loin d'être toujours facile avec les enfants instables et implique un soutien de l'équipe, voire la mise sur pied d'actions, de réponses concertées.

➤ **Situations de crise** : il faut différencier les situations de crise et les situations d'urgence.

La situation de crise, à quelque niveau qu'elle se situe, crée un déséquilibre, mais est une « porte ouverte » permettant de travailler au changement. Une parole de médiation peut se mettre en place, à l'intérieur de la classe ou de l'école (entre membres de l'équipe, avec l'élève, avec la famille, avec les autres élèves). Cette parole, survenant en aval du

	<p>temps de crise en lui-même (empathie et distance), permet de reconnaître les individus et de réintroduire la permanence, la continuité que l'événement a fait « exploser » (continuité de l'espace, du temps, mais aussi continuité à verbaliser dans le domaine de la pédagogie et des apprentissages, surtout si la rupture est survenue sur ce temps)</p> <p>Dans <u>la situation d'urgence</u>, les acteurs ne parviennent plus à prendre ce temps de recul, avec possibilité de médiation interne. Au-delà de l'événement, c'est l'élève lui-même qui devient le symptôme, et donc la « solution » (défaillante) à un autre problème. On commence à en parler partout et tout le temps, il envahit la réalité et l'imaginaire de toute l'école, les réactions aux comportements se font « en miroir », de façon excessive, avec escalade possible...C'est le signe que la problématique de l'élève entre en résonance avec une zone de vulnérabilité de l'Institution (qui est alors souvent dans le même champ) .</p> <p>Il devient à ce moment indispensable de « stopper la machine » pour essayer d'identifier le plus sereinement possible ce qui se joue avant de pouvoir travailler autour. L'appel à des interventions extérieures est nécessaire : ce n'est pas seulement (pas forcément) à envisager au niveau de l'élève, mais aussi au niveau de l'équipe : analyse institutionnelle, appel à la hiérarchie (il existe des cellules spécifiques au niveau des IA, des rectorats ; des collègues ont aussi rapporté le cas d'IEN ayant autorisé par ex une fermeture exceptionnelle d'école pendant une semaine pour mettre en place ce genre d'analyse et pouvoir établir des protocoles...)</p>
--	---

2. LES ADAPTATIONS PEDAGOGIQUES

Elles sont à réfléchir en réponse à la problématique de l'attention.

Le premier temps du processus attentionnel est un temps de préparation, d'attente, en quelque sorte de « mise en condition », qui permet le déplacement vers le champ requis (où, quoi, quand...). On « vise une cible » ...

Le deuxième détermine des priorités de traitement en éliminant les données non-pertinentes.

Le point de vue dominant sur le sujet est actuellement que cette sélection/élimination se fait par inhibition des distracteurs (Allport), lesquels peuvent être ou non d'ordre cognitif.

Un des problèmes des enfants de profil TDAH est que cette inhibition se fait mal, toutes les informations étant placées à peu près au même niveau, d'où possibilités d'erreurs de cheminement de la pensée multiples, renforcées par l'impulsivité.

Il ne s'agit souvent pas à proprement parler, contrairement à ce que peuvent véhiculer certaines remarques des enseignants, d'un problème d' « effort d'attention », l'éveil attentionnel pouvant être présent, mais d'un problème de pertinence cognitive. Le travail d'adaptation pédagogique le plus important à mener serait peut-être en conséquence sur cette question de l'inhibition des distracteurs et de l'activation de routines adéquates.

Les adaptations pédagogiques peuvent se concevoir suivant 2 axes : faire en sorte que l'élève puisse s'approprier l'utilisation d'outils compensatoires , lui permettant l'accès à des réussites (la présence adulte étant de fait un de ces « outils compensatoires » mais ne devant pas être le seul, sous peine de renforcement de la dépendance) ; mais faire en sorte aussi qu'il construise peu à peu des stratégies conscientisées lui permettant de réguler son mode de fonctionnement personnel.

Le premier axe peut être relativement accessible dans tous les moments d'activité de la classe , même s'il implique une préparation et une vigilance adulte spécifiques. Le deuxième nécessite la mise en place de temps particuliers de « remédiation », avec ou non la présence d'un intervenant spécialisé, dans ou en dehors de la classe, suivant les cas .

Il faut garder à l'esprit que ces temps de remédiation demandent à l'enfant beaucoup d'énergie, et que leur effet peut ne pas être rapide (lien aussi avec la question des soins mis en place, qui est à réfléchir). D'autre part, il faut s'attendre à buter régulièrement sur la question du transfert et de l'adaptation aux changements de contexte.

Pistes d'action évoquées par les intervenants et les stagiaires (choix à faire en fonction des cas individuels)

	Compensations	Remédiations (développement de stratégies et d'automatismes)
Eveil et orientation de l'attention	<u>Attitude et stratégies de communication de l'adulte :</u> <ul style="list-style-type: none"> - rituels de mobilisation - référence aux emplois du temps, « menus d'activité » - solliciter l'attention de l' élève sur le plan relationnel (verbal + contact visuel) avant de parler sur l'activité - présentation claire des objectifs et des objets d'activité - temps de reformulation des consignes par l'élève (vérification de la compréhension) 	
Limitation de l'impulsivité	<u>Place de l'adulte entre intervention et non-intervention :</u> <ul style="list-style-type: none"> - intervenir dès les 1ers signes de désorganisation cognitive, pour « recentrer » - intervenir aussi et renvoyer immédiatement de l'attention si situation amenant « renforcement positif »(réussite, respect des règles...) - mais ne pas réagir par ex lorsqu'il s'agit de lutter contre l'impulsivité verbale , ignorer tout commentaire hors-règle (sans lever la main...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Apprendre à prendre des temps de pause/recul avant mais aussi pendant l'activité (« une minute, je me concentre, je réfléchis »...). Cela peut passer par un travail d'écoute du corps (respiration ; gestes relaxants/recentrants...). Cela peut passer aussi par la mise en place d'associations avec des images mentales évocatrices : « tu es la tortue qui rentre dans sa carapace, tu penses puis tu »... « tu es le vélo qui freine », image offrant la possibilité d'un appui kinesthésique, main sur le frein...) - apprendre éventuellement de façon

		<p>explicite et comme un « entraînement » à gérer son temps, avec utilisation de minuteriers, horloges...</p> <p>(Attention toutefois au risque d'angoisse donc précipitation)</p>
<p>Inhibition/sélection des informations</p>	<p><u>Aménagement des tâches et des supports par l'adulte :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - pas de consignes ni de tâches multiples, au contraire fractionner et si besoin différer (attention à la multiplication des « enchaînements » d'exercices et de situations , qui au lieu de faire du lien induisent de la désorganisation) - aérer, fractionner les supports, découper, utiliser des caches... - utiliser des documents photocopiés lorsque cela permet des modifications ou un travail spécifique, ainsi que pour limiter les problèmes de notation/copie (pour les devoirs aussi...) - utiliser des aides visuelles permettant de mettre en relief les mots ou les passages-clés : typographies différentes, couleurs, soulignage/surlignage... 	<ul style="list-style-type: none"> - travail systématisé sur le développement des habiletés perceptives (travail de l'écoute et de l'observation ; discrimination auditive/visuelle...) L'ordinateur peut être un outil d'entraînement (cf certains programmes de remédiation cognitive) mais attention au transfert - enseignement conscientisé (verbalisation autour des actions, travail métacognitif) d'une organisation/parcellisation dans la réalisation des tâches (un élément après l'autre) : démarches de recherche d'information ; démarches de relecture ; démarches de vérification d'une production écrite (par ex : vérifier d'abord majuscules, puis ponctuation, puis orthographe...). Eventuelle rédaction de fiches méthodologiques à réutiliser en point d'appui
<p>Construction des liens de sens</p> <p>(objectif : pouvoir « fixer et assembler des représentations morcelées dans un ensemble cohérent, organisé logiquement et séquentiellement »)</p>	<p><u>Rôle de l'adulte par la verbalisation + introduction et utilisation d'outils-relais permettant à l'élève d'accéder à plus d'autonomie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ne pas hésiter à expliquer/réexpliquer pour laisser le temps d'installation , besoin de répétition (mémoire immédiate déficitaire) - rendre les liens explicites, les verbaliser ou faire verbaliser - vérifier la compréhension de ce qui s'est fait avant chaque changement de sujet (reformulation par l'élève aussi) - en situation de lecture (par l'élève, ou partagée), introduire de même des temps de « pause/lien » après chaque paragraphe ou difficulté spécifique - encourager le recours à la demande d'aide (adulte, pairs) si besoin - mettre en place des situations de tutorat variables (élève tutoré par aide d'un adulte ou pair, mais aussi élève « tuteurant » en certaines occasions) 	<ul style="list-style-type: none"> - travail sur le développement des représentations mentales à partir de consignes, d'éléments textuels...(il peut être utile de « fermer les yeux » pour formuler ces représentations, afin de se dégager du contexte) - travail métacognitif, mettre des mots sur les actions (que celles-ci soient motrices ou cognitives) pour les conscientiser. Dimension « comment je fais/comment je pourrais faire » toujours essentielle - construction conscientisée (verbalisation toujours pour formuler les liens) des démarches d'allers-retours nécessaires à la réalisation correcte d'une tâche : par ex de la consigne (avec ses « mots-clés ») au texte (avec les informations à y prélever) pour répondre à des questions...puis nouvel aller-retour pour vérification... Travail de l'anticipation à partir d'indices conceptuels et en corollaire de la vérification

	<ul style="list-style-type: none"> - favoriser le recours à des indices, des outils d'aide et de vérification visuels (gestes, affichages...), les rappeler/indiquer si besoin - créer avec l'élève des « routines », des listes de contrôle (actions, matériel...), des fiches méthodologiques auxquelles se reporter pour réguler, vérifier ses actions...(= moins de dépendance à l'adulte + introduction de l'Écrit comme loi) 	<ul style="list-style-type: none"> - Travail autour de l'erreur (apprendre à se dégager des mauvais automatismes , des « mauvaises routes », les identifier, en identifier les raisons, pouvoir proposer des alternatives) - Apprentissage de stratégies mnémoniques (travailler la dimension « différencié », ne serait-ce que par un « transport » avant restitution) et organisationnelles (« tu es un pilote de ligne, tu fais une liste de vérification...d'actions, de matériel avant de décoller/après avoir atterri»..utilisables en outil d'aide mais à essayer aussi d'établir en démarche cognitive). Importance de faire des liens (verbalisation explicite par l'adulte et/ou l'élève) entre ces stratégies et les objectifs/situations d'apprentissage - développement de l'auto-correction/ l'auto-évaluation (à partir des objectifs fixés et des démarches/outils d'aide construits)
--	---	---

Enfin, au-delà de ce travail d'adaptation pédagogique visant à construire des compétences et des possibilités de réussite pour l'élève, il est une autre orientation de travail créatrice de sens autour de l'école et des apprentissages, porteuse aussi de possibilités de liens , de constitution d'une identité et de relations « groupales », étayant l'individu, celle de la recherche de « contenants de pensée » :

- « nourrissage culturel » tel qu'il est évoqué par Serge Boimare (au travers des contes, de la mythologie...)
- pratique des ateliers philosophiques théorisée par Jacques Lévine
- pratiques assimilables au « journal personnel » (« cahier de vie » dès la maternelle, « journal des apprentissages »)
- et plus généralement possibilité pour l'élève en tant qu'individu, les élèves en tant que groupe, de développer des **projets**.

Projet de l'adulte/enseignant et projet de l'enfant/élève ne sont pas incompatibles. L'adulte peut prendre place en tant que garant et organisateur de projets définis autour d'intérêts des élèves, mais maintenant des objectifs propres à la mise en place des apprentissages.

Toutes ces pratiques créent une affiliation à l'école, tout en ayant une fonction thérapeutique de par l'accueil de l'individu qu'elles permettent.

EN CONCLUSION*

L'instabilité est à concevoir comme un processus mettant toujours en jeu *une* personne, *un* contexte, *une* situation, dans des interactions à caractère *unique*, suscitant des réponses qui ne peuvent être automatiquement reproductibles.

➤ Pour autant, la réflexion à mener s'engage souvent autour des mêmes axes :

- il faut se demander comment le cadre peut influencer. L'enseignement, le fonctionnement d'une classe peuvent rajouter de la discontinuité. Il faut donc penser, non seulement à l'élève mais aussi à l'enseignant avec qui on travaille, à la façon dont on va pouvoir l'aider, aux collaborations à établir (des collaborations mal mises au point poseront problème)
- il faut considérer que l'accueil d'enfants instables est l'affaire d'une équipe. Le soutien de l'équipe est nécessaire pour sortir d'une relation duelle qui peut être pathogène (avec un phénomène de « transfert négatif » souvent induit par la problématique de l'élève).

C'est le travail de l'équipe qui aide l'enseignant confronté à la difficulté à penser, à distance d'une relation où l'élève se vit et est vécu comme persécuté/persécuteur, qui aide en conséquence à rétablir des liens à tous les niveaux.

- La mise en mots est nécessaire, ce qui passe d'abord par une information sur le trouble permettant de comprendre l'élève (comprendre la non-intentionnalité de ses comportements). On peut alors dépasser le rejet et dépasser aussi le « temps présent », avec sa dimension accidentée, pour accéder à une futurisation possible, donc pouvoir élaborer un projet.

➤ Les actions et les dispositifs à construire au sein de l'école se pensent en termes de

- prévention généraliste : mise au point d'aménagements internes à la classe ; travail en direction des parents ; travail autour de et avec l'équipe enseignante (temps accordé pour accueillir la parole privée ainsi que pour construire une réflexion professionnelle collective)
- prévention spécialisée, sans attendre inutilement (des actions peuvent s'envisager dès la petite section de maternelle).

Il pourra s'agir d'un travail de rééducation (intéressant notamment pour tout ce qui concerne le rapport au corps, l'établissement des relations corps/espace, corps/autre...).

Mais la prévention spécialisée auprès de ces enfants n'est pas dévolue exclusivement aux « maîtres G » (pourquoi cette tendance à assimiler automatiquement « troubles de comportement »/ « intervention G » ?).

Des aides spécialisées à dominante pédagogique peuvent aussi être mises en place, elles ont leur intérêt sur le versant cognitif, et notamment pour tout ce qui concerne la régulation de l'activité.

- prévention des situations de crise, qui nécessite une réflexion anticipée permettant de construire des dispositifs d'accueil de l'élève ainsi que des instances de médiation pouvant concerner tous les acteurs de l'école

Le RASED, de par sa pluri-spécialisation et sa position d'interface (élèves, enseignants des classes, familles, structures extérieures de soins) est un point d'appui essentiel pour permettre aux enfants instables de construire leur place à l'école.

* Conclusion reprenant des éléments de l'intervention de fin de stage de Paul Fernandez.