

L'ENFANT

HYPERACTIF

CANEY Marianne
CRETENIER Estelle
DENIAUD Jérémy
ESSEUL Emmanuel

L3 SEN

2008/2009

Sommaire

Sommaire	2
Introduction	3
I. La maladie	4
1) Petit historique	4
2) Les causes	4
3) Le diagnostic	6
4) Les traitements	7
II. L'enfant hyperactif à l'école	8
1) Présentation de témoignages	8
A) Lettre d'un enfant	8
B) Témoignage d'un parent	9
2) Les difficultés rencontrées au sein de la classe avant dépistage	9
3) Le rôle de l'enseignant	10
4) Les contraintes pour l'enfant, son intégration avec les autres	11
5) Les devoirs et exercices	12
Conclusion	13
ANNEXE 1	15
ANNEXE 2	17
ANNEXE 3	18
ANNEXE 4	19
ANNEXE 5	20
Bibliographie.....	24

Introduction

C'est un fait, un enfant bouge beaucoup, il a besoin de se dépenser. Il arrive même parfois qu'on n'arrive plus à tenir certains d'entre eux.

Alors faut-il pour autant parler d'hyperactivité ? Que signifie vraiment ce mot ? Est-ce une maladie ?

L'hyperactivité est l'une des problématiques majeures au niveau de l'enfance que l'on rencontre le plus souvent en milieu scolaire, mais il est important de distinguer un enfant hyperactif d'un enfant inattentif ou impulsif. En effet, les élèves hyperactifs ne sont pas des élèves difficiles en général. Ce sont plutôt des élèves ayant de la difficulté à respecter l'encadrement ou la discipline imposés par l'école ou la classe. Cependant, ces enfants présentent de grandes forces comme une grande motivation à changer, un fort dynamisme. Ils ne sont pas moins intelligents que les autres enfants, bien au contraire. Ces forces sont toutefois mises à l'épreuve par leur comportement dont ils montrent finalement uniquement le côté désorganisé, étourdi et facilement distrait.

A travers ce dossier, ce trouble comportemental sera mis en évidence. Une première partie présentera la maladie dans son ensemble. Après un rapide historique, seront abordés les causes de l'hyperactivité, puis le diagnostic de la maladie chez l'enfant, et enfin les traitements existant à ce jour pour lutter contre ce phénomène. Dans une seconde partie, l'enfant hyperactif sera étudié à l'école au travers de témoignages, puis seront abordés les difficultés qui pourront être rencontrées au sein de la classe par l'enfant, les autres élèves et l'enseignant, et pour finir une partie sera consacrée aux devoirs et exercices faits par un enfant hyperactif.

I. La maladie

1) Petit historique :

Contrairement à certaines idées reçues, l'origine de l'hyperactivité est en réalité assez récente. En effet, c'est à la fin du XIX^{ème} siècle qu'apparaissent les premières descriptions cliniques détaillées du trouble qu'on appelle maintenant « hyperactivité », avec les écrits de Bourneville (France, 1897), d'Ireland (Angleterre, 1877) ou encore Demoor¹ (Allemagne, 1901). C'est ensuite le médecin anglais Still¹ qui se penche sur cette question en 1902 en analysant en détail le cas de vingt enfants présentant une hyperactivité motrice exagérée et manifestant des caractéristiques comme une agitation extrême, une incapacité à soutenir l'attention, un échec scolaire...

Dès lors, on s'intéresse de plus en plus à ce trouble auquel on attribua différents noms au fil du temps : dysfonction cérébrale mineure, syndrome hyperkinétique, puis syndrome de l'enfant hyperactif. Enfin dans les années 1970, l'hyperactivité devient « trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité » ou TDAH. On commence alors à user de médicaments pour tenter de soigner les enfants atteints de cette **maladie**. Aujourd'hui le TDAH touche 3 à 5 % des enfants d'âge scolaire, preuve en est qu'il ne s'agit pas d'une maladie rare comme beaucoup peuvent le penser.

Ainsi est née ce qu'on appelle plus simplement de nos jours l'hyperactivité.

Mais comment cette maladie apparaît-elle ? Quelles en sont les causes ?

2) Les causes :

Dans les années 1950, des scientifiques ont émis l'hypothèse qu'une lésion cérébrale serait à l'origine de l'hyperactivité. Cependant, l'existence de cette lésion et donc son lien avec le TDAH n'a jamais été réellement prouvé. En réalité, à ce jour, il apparaît clairement que les origines précises de l'hyperactivité sont encore inconnues. On sait qu'il n'existe pas de cause unique et reconnue mais on peut néanmoins mettre en évidence l'existence de facteurs favorables ou prédisposants.

Ainsi il sera décrit brièvement comment évolue la maladie chez l'enfant, et quels peuvent être les facteurs précipitants. L'évolution du syndrome ADHD (appellation anglaise du TDAH) se fait en trois étapes successives :

¹ MENECHAL J. *et al.* (2001) - *L'Hyperactivité infantile, débats et enjeux*, série Clinique, Dunod.

- La période anténatale et périnatale où peuvent entrer en jeu des facteurs prédisposants à l'hyperactivité et aux troubles attentionnels ;
- La période du développement cognitif de l'enfant qui va le rendre vulnérable au syndrome ADHD ;
- La déclaration du syndrome ADHD chez l'enfant mettant en jeu des facteurs précipitants.

La première notion importante à comprendre est que le trouble d'hyperactivité trouve ses racines avant la naissance. Il a été montré, en effet, que le développement cérébral des enfants hyperactifs suivait de façon parallèle celui des autres enfants. Alors que se passe-t-il avant la naissance ? Premièrement, des prédispositions génétiques vont influencer l'apparition de la maladie. Bien qu'il soit encore impossible de déterminer le mode de transmission exacte, les recherches montrent que le dysfonctionnement de certains gènes (DAT1 et DRD-4) serait impliqué dans les modifications des processus d'attention car ils altéreraient le système nerveux et plus particulièrement le système dopaminergique². De plus, certaines hypothèses ont été émises quant aux conséquences des complications lors de la grossesse ou de l'accouchement tels que l'alcoolisme ou la toxicomanie maternelle, la durée prolongée du travail ou encore le manque d'oxygène lors de l'accouchement. Néanmoins, ces facteurs favorisants ne sont pas suffisants pour expliquer à eux seuls l'apparition du syndrome.

Lors du développement cérébral d'un enfant atteint du TDAH, il peut survenir des perturbations dans l'établissement des circuits nerveux, notamment dopaminergique et noradrénergique³, qui expliqueraient l'impulsivité, la réactivité excessive et la difficulté à se concentrer sur une tâche chez l'enfant hyperactif. Ainsi l'enfant devient plus vulnérable au syndrome du TDAH et des facteurs précipitants vont contribuer à l'apparition définitive de la maladie.

Parmi ces facteurs précipitants, il faut prendre en compte l'influence de l'environnement social, scolaire et familial de l'enfant. Des conditions environnementales difficiles, des attitudes parentales incohérentes, des carences relationnelles, des difficultés dans l'apprentissage, telles peuvent être les nombreuses circonstances environnementales pouvant entraîner une hyperactivité. Il faut cependant relativiser ces propos, notamment en ce qui concerne la famille, car les interactions négatives à l'enfant proviennent en premier lieu de l'enfant hyperactif lui-même qui est plus bavard, plus exigeant et qui demande plus d'attention que les autres.

² Partie du système nerveux impliquée dans la motivation et le renforcement.

³ Partie du système nerveux impliquée dans la vigilance et l'attention sélective.

Ainsi on peut conclure en affirmant que la cause exacte de l'hyperactivité n'est pas connue, mais qu'une vulnérabilité génétique, ainsi que l'influence de facteurs anténataux et périnataux pourraient concourir à l'apparition de la maladie chez l'enfant. L'environnement familial et social joue également un rôle dans la qualité et l'intensité de l'expression du syndrome. Les recherches autour de ce sujet sont toujours en cours.

L'apparition et l'évolution de la maladie sont donc un système très complexe où de nombreux déterminants qu'ils soient biologiques, environnementaux ou psychologiques sont intimement imbriqués. C'est pourquoi il est difficile de diagnostiquer cette maladie chez un enfant.

Comment différencier un enfant hyperactif d'un enfant turbulent, tyran, capricieux... ?

3) Le diagnostic :

En 1993, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) établit le CIM-10⁴, à partir duquel elle définit l'hyperkinésie. Un an plus tard, l'Association de psychologie américaine créa une nouvelle version de son outil de mesure, le DSM-IV⁵, aboutissant au trouble de l'hyperactivité avec déficit d'attention (THADA, désormais nommé TDAH).

Ce dernier fait référence aujourd'hui. Mais avant de le mettre en application, le clinicien a besoin de connaître précisément l'enfant. Avec l'aide de ses proches, il retrace l'historique de celui-ci, et ce depuis la période prénatale. Parallèlement, il l'observe, lui fait réaliser des tests neuropsychologiques⁶ afin de déceler ses points forts, ses difficultés, ses stratégies. Il cherche ainsi à se reproduire le fonctionnement de l'enfant, à y déceler d'éventuels symptômes. Le clinicien peut également opter pour des tests psychologiques dans le but de préciser le potentiel intellectuel du patient, ses capacités d'apprentissage. L'échange avec les parents et enseignants, confrontés quotidiennement au sujet, est également essentiel. Tous sont amenés à répondre aux demandes du spécialiste, souvent au travers de questionnaires notamment les échelles de comportement de Conners⁷. Tout ce recueil d'informations permet au spécialiste de correctement identifier ce trouble, de le distinguer d'autres présentant certains symptômes similaires.

A l'aide du DSM-IV, il peut alors préciser son diagnostic. Ce questionnaire amène en effet à distinguer hyperactivité, impulsivité et inattention. Par hyperactivité, on entend une incapacité à rester en place dans une situation où il y a une contrainte, par exemple à l'école

⁴ CIM : Classification Internationale des Maladies

⁵ DSM : Diagnostic and Statical Manual

⁶ Exemples : stroop, clochettes, trail making test, Tour de Londres, items spécifiques du QI (WISC III)

⁷ Cf. annexe 5

ou à la maison. L'enfant s'agite de manière désorganisée, sans but précis. L'impulsivité se traduit par une intolérance à l'attente mais aussi par la difficulté à penser le temps, à planifier ses actions. Quant à l'inattention, elle est mise en évidence par un passage rapide d'une activité à une autre et par une tendance à se laisser distraire aisément par des stimuli secondaires.

Ce DSM-IV est élaboré en deux parties⁸. La première (appelée A1) a pour but de mettre en exergue l'enfant souffrant d'inattention : c'est le cas si au moins six des neuf symptômes retenus ont persisté durant six mois minimum. La seconde (nommée A2) évalue l'hyperactivité et l'impulsivité à travers neuf autres symptômes. Là encore, six suffisent sur une durée identique pour établir un diagnostic positif. Au final, le DSM-IV permet d'élaborer trois cas différents :

- déficit de l'attention/hyperactivité de type mixte si à la fois les critères A1 et A2 sont remplis lors des six derniers mois ;
- déficit de l'attention/hyperactivité de type inattention prédominante si seul le critère A1 est rempli lors des six derniers mois ;
- déficit de l'attention/hyperactivité de type hyperactivité-impulsivité prédominante si le seul critère A2 est rempli lors des six derniers mois.

Une fois le diagnostic posé, quels traitements sont mis à disposition de ces enfants ?

4) Les traitements :

Ce trouble provenant de divers facteurs, sa prise en charge - propre à chaque cas - est nécessairement pluridisciplinaire : médicamenteuse, psychologique, pédagogique et rééducative.

Paradoxalement, les calmants n'ont pas l'effet escompté sur des patients atteints du TDAH. C'est au contraire, un psychostimulant, le méthylphénidate (nom de la molécule) qui leur est prescrit. En France, il est commercialisé sous le nom de Ritaline. Ce médicament excite le système nerveux central de l'enfant, ce qui a pour effet de le rendre plus attentif, moins perturbateur et donc « plus sociable ». Il présente l'avantage d'agir rapidement (entre 20 et 60 minutes après la prise). Son efficacité variant de trois et six heures, l'enfant en prend généralement un le matin, un à midi puis un autre en fin d'après-midi. Très couramment utilisée aux Etats-Unis, la Ritaline rencontre quelques réticences en France, certains médecins craignant notamment un risque de dépendance ultérieure, en particulier lorsque le patient

⁸ Cf. annexe 1

souffre parallèlement de tics. A court terme, ses effets secondaires semblent en revanche peu nombreux : baisse de l'appétit, trouble du sommeil durant les premières semaines, douleurs abdominales, hausse peu significative de la tension artérielle, etc.

En corollaire à ce traitement médicamenteux, des psychothérapies sont mises sur pied. Celles-ci peuvent être d'ordre cognitif (pour développer les capacités d'auto-instruction), comportemental (pour apprendre aux parents à faire face aux situations difficiles qu'ils rencontrent avec leur enfant⁹) et/ou analytique. L'association de troubles de l'apprentissage étant fréquente, l'enfant doit souvent avoir recours à des rééducations (orthophonique, psychomotrice).

II. L'enfant hyperactif à l'école

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

1) Présentation de témoignages :

A) Lettre d'un enfant¹⁰ :

Cet enfant a déjà été diagnostiqué et il est sous traitement médical. Il fait part ici à son enseignante de sa maladie et de ce qu'il ressent. L'impression dégagée par cette lettre est qu'il n'y a pas eu de lien entre les parents et l'enseignante au sujet de la maladie de l'enfant.

L'enfant est conscient de son état et des effets de son médicament. En effet il dit : « L'après midi l'effet de mon médicament est parti. » ; « Ca m'aide beaucoup à me concentrer. » ; « Quand je l'oublie j'entends tout, je vois tout et je ressens tout en même temps. »

Un mal-être et une certaine tristesse de l'enfant ressortent de cette lettre. Il est affecté par son mauvais comportement qui apparaît malgré lui. « Je voudrais bien arrêter de faire tout ça et je pleure tous les soirs à cause de ça. Parce que je voudrais bien me comporter correctement. ».

Tous les efforts de l'enfant (« Parfois, quand je suis très énervé l'après midi je prends de la grande respiration. 5 fois. Ca me calme. ») ne sont pas remarqués par l'enseignante qui

⁹ Cf. annexe 4

¹⁰ Cf. annexe 2

utilise des méthodes non préconisées pour un enfant atteint de TDAH : elle crie (« Si je gigote et je n'écoute pas ce n'est pas la peine de me crier dessus puisque ça ne sert à rien et c'est pire dans mes sentiments après. »), ne fait pas plus attention à lui qu'à un autre (« Vous demandez si on a compris et je dis non mais vous n'entendez pas. »), etc.

De plus, il ressent un fort manque d'affection et ne se sent pas dans un cadre socialement stable. Tout cela le bloque encore plus : «J'ai envie d'aller dans les bras de ma maman quand vous criez et je ne pense plus qu'à ça alors je ne peux plus travailler. »

B) Témoignage d'un parent¹¹ :

Ce témoignage d'un parent d'enfant atteint du TDAH met en exergue quelques critères du DSM-IV¹² pour le diagnostic d'un enfant hyperactif :

- Critère A2 c : «courait, ignorait tout sur son passage » ;
- Critère B : « dès le sein de sa mère, il remuait beaucoup » ;
- Critère A2 a et b : « ne tient pas en place en classe » ; « se lève et va prendre un bonbon puis sort pour aller boire » ;
- Critère A1 h : « regarde chanter les oiseaux dehors » ;
- Critère A2 h et i : « très impulsif, veut toujours passer le premier et provoque malgré lui (car il ne veut jamais mal faire, ni embêter les autres) disputes et altercations ».

Il est finalement diagnostiqué, dans ce texte, que l'enfant « souffre d'un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité. ». On voit également que cet enfant a des problèmes relationnels au sein de la classe avec ses enseignants : « nous essayons les reproches de la maîtresse » ; les parents sont « convoqués par l'institutrice » ; « son instituteur [...] manque d'appeler les pompiers car il n'arrivait plus à contrôler ».

Quelles sont les difficultés que rencontre l'enseignant au quotidien ? Quelles solutions peuvent y être apportées ?

2) Les difficultés rencontrées au sein de la classe avant dépistage :

L'enseignant observe un enfant qui n'arrive pas à se contrôler, qui a du mal à suivre les règles établies dans la classe, telles que rester assis, ne pas faire de bruit. Il peine à

¹¹ Cf. annexe 3

¹² Cf. annexe 1

s'adapter aux contraintes de la vie en communauté. De plus, l'enfant peut paraître triste, inattentif, pas soigneux ou encore agité sans but particulier.

L'enfant dérange ses camarades par des prises de paroles intempestives.

De son côté, l'enfant a des difficultés à maintenir longtemps son attention sur un même exercice ou une même leçon. Il se décourage vite s'il n'arrive pas à résoudre un problème. Il ne va pas demander de l'aide car cela le feraient attendre et il en est incapable, il veut tout, tout de suite. L'enfant a des difficultés d'attention auditive, ce qui oblige l'enseignant à lui répéter encore et encore les informations, afin que celles-ci soient comprises. De plus, l'enfant semble avoir des problèmes de compréhension générale si les explications données sont trop détaillées.

3) Le rôle de l'enseignant :

L'enseignant doit commencer par accepter le fait que l'enfant soit atteint du TDAH et être prêt à adapter ses méthodes éducatives et pédagogiques aux besoins de celui-ci. Pour ce faire, il doit travailler toute l'année en relation avec les parents de l'enfant ainsi que l'équipe médicale, sans pour autant perdre sa liberté pédagogique. Cette collaboration est importante pour l'enfant afin qu'il trouve ses repères et se construise en tant qu'élève. D'ailleurs, le médecin de l'enfant lui demande de remplir le questionnaire de Conners¹³ portant sur les échelles de comportement.

Plusieurs solutions sont proposées aux enseignants afin que tout se passe pour le mieux au sein de la classe. En voici quelques exemples :

- Adapter l'environnement physique de l'enfant afin qu'il soit le moins distrait possible : le placer devant l'enseignant qui aura alors un meilleur contrôle sur lui ;
- Faire un emploi du temps de la classe à la journée afin que l'enfant hyperactif ait une meilleure perception temporelle ;
- Fragmenter les tâches pour l'enfant ; organiser des séances de travail pas trop longues et par étapes ;
- Définir des objectifs précis que l'élève devra atteindre au cours de l'année : obéir aux ordres, rester tranquille, faire ses devoirs, etc ;
- Essayer de présenter, très régulièrement, de la nouveauté pour éviter que l'enfant ne se lasse et le faire de la manière la plus attractive possible (utilisation d'ordinateurs, de vidéo...);

¹³ Cf. annexe 5

- Le valoriser en répondant, en même temps, à son besoin de mouvement en le faisant participer aux tâches de la classe comme distribuer les cahiers, essuyer le tableau, etc ;
- L'encourager constamment et essayer de rester positif avec lui ;
- Être plus tolérant avec lui qu'avec les autres ;
- Complimenter les comportements adaptés et si possible ignorer les comportements inadaptés s'ils ne sont pas trop grave. Si on ne peut faire abstraction de ces comportements, isoler l'enfant ou l'ignorer totalement sera beaucoup plus bénéfique que de se mettre en colère. Dans tous les cas, il est recommandé de toujours justifier les récompenses et les punitions et de le faire de manière calme, précise, neutre ;
- L'enseignant doit se montrer ferme mais chaleureux, donner des ordres clairs et simples.

4) Les contraintes pour l'enfant, son intégration avec les autres :

On peut entendre d'un enfant de 7 ans¹⁴ parlant d'un camarade hyperactif : « Je le connais, il est dans mon école. Lui il tape les autres. » ; « Il est méchant ... » ; « Il fait des bêtises. »

L'enfant est rejeté par les autres à cause de son agressivité voire même de sa brutalité, son impulsivité et sa mauvaise estime de soi. De plus, il ne prend pas conscience des conséquences de son comportement sur lui ou sur les autres.

L'enfant n'écoute pas ses camarades, ne respecte pas les règles des jeux et a du mal à participer de façon adéquate à une conversation (il s'immisce dans celle-ci, coupe la parole...). Il est vu par ses camarades comme le clown de la classe, le fou, celui qui n'a peur de rien. Si on lui demande s'il a des amis il répondra : « J'ai plein de copains » mais ne pourra les nommer. Il ne se plaint pas d'être seul et si on lui fait la remarque il rétorque : « C'est parce que je suis méchant. »

On remarque également qu'il est gêné par ses difficultés à faire comprendre ses intentions et sentiments. Il a donc du mal à établir des relations amicales et se retrouve socialement isolé.

L'instituteur craint que la mise en place de traitements particuliers pour l'enfant atteint de TDAH, ne pose des problèmes (jalousie, disputes...) au sein de la classe. Il est remarqué, au contraire, que l'enfant semble mieux intégré, bien qu'il gère toujours mal les conflits avec ses camarades.

¹⁴ MENECHAL J. *et al.* (2001) - *L'Hyperactivité infantile, débats et enjeux*, série Clinique, Dunod (p. 157)

5) Les devoirs et exercices :

Un enfant hyperactif a des difficultés à faire ses devoirs car il lui est compliqué de maintenir son attention sur une tâche en général, et à fortiori sur une tâche scolaire. Il ne prend pas le temps de lire les consignes d'un exercice, de réfléchir à la manière de le résoudre. Il commence un exercice, mais souvent ne le termine pas car il se laisse facilement distraire et ne se reconcentre pas. De plus, il souffre de problèmes d'organisation et de planification qui sont fortement préjudiciables à l'exécution des devoirs. En effet, il ne va pas de lui-même écrire les devoirs donnés par l'enseignant sur son cahier de texte, ni prendre à l'école les affaires nécessaires pour les faire (livres, cahiers, instruments de géométrie...). S'il rend un travail, ce qu'il ne fait pas systématiquement, celui-ci est brouillon voire illisible. On observe d'ailleurs une inégalité dans les performances scolaires de cet enfant ; il échoue plus en maths à cause d'un déficit d'attention sélective.

A la maison, les devoirs sont souvent source de conflits entre les parents et l'enfant car il n'est pas autonome ; ces parents doivent constamment être présents afin de l'aider et de contrôler le travail effectué (ou non).

Une fois le diagnostic du TDAH posé, des recommandations sont faites aux parents et à l'enseignant afin de mieux gérer les devoirs de l'enfant. Certaines de ces solutions sont :

- Assister l'enfant dans son travail, sans pour autant le faire à sa place ;
- Lui enseigner des méthodes de travail qui l'aideront à venir à bout de ses devoirs ;
- Instaurer un emploi de temps des devoirs, en fragmentant les tâches avec des moments de pause, d'amusement ;
- Assigner à l'enfant un lieu réservé aux devoirs. Ce lieu devra être neutre avec le minimum d'éléments qui pourrait le distraire (pas de vue sur l'extérieur, murs nus en face de son bureau...). Il faudra seulement le matériel scolaire nécessaire à chaque exercice ;
- Afin d'éviter les oublis de matériel, il est conseillé d'avoir le double du matériel à la maison ;
- Le surveiller, le motiver, le féliciter dès qu'il réussit quoique ce soit.

Toutes ces solutions, si elles sont mises en place, devraient permettre à l'enfant de suivre une scolarité plus ou moins normale. Malgré tout, certains enseignants pourraient les trouver trop contraignantes. L'enfant serait alors livré à lui-même et aurait d'autant plus de mal à suivre s'il n'est pas sous traitement médicamenteux.

Conclusion

Les causes de l'hyperactivité sont multiples et source de débats. Elles nécessitent un diagnostic précis. L'expression de la maladie est majoritairement comportementale et chacun en souffre : l'enfant et tout son entourage (famille, enseignants, camarades de classe). Parallèlement au traitement médicamenteux, c'est tout un réseau de mise en confiance qui s'instaure autour de l'enfant afin de réduire les effets de la maladie.

Dans les cas difficiles, TDAH non diagnostiqué ou traitement insuffisamment efficace, le comportement s'aggrave à l'adolescence et peut même aller jusqu'à la toxicomanie ou à la dépression. Contrairement aux idées reçues, ce trouble peut perdurer à l'âge adulte.

ANNEXES

ANNEXE 1

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

A - Présence de (1) ou de (2) :

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

Inattention

- a) Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités ;
- b) A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux ;
- c) Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement ;
- d) Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (non dû à un comportement d'opposition ni à une incapacité à comprendre les consignes) ;
- e) A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités ;
- f) Souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison) ;
- g) Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (jouets, cahiers, crayons, livres, outils) ;
- h) Souvent, se laisse facilement distraire par des stimuli externes ;
- i) A des oublis fréquents dans la vie quotidienne.

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

Hyperactivité

- a) Remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège ;
- b) Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis ;
- c) Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice) ;
- d) A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir ;

e) Est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts » ;

f) Parle souvent trop ;

Impulsivité

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

h) A souvent du mal à attendre son tour ;

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

B - Certains des symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans.

C - Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux, ou plus de deux types d'environnements différents (par exemple, à l'école ou au travail et à la maison).

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

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

Code selon le type :

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

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

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

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

ANNEXE 2

Voici une lettre écrite par un jeune garçon atteint de TDAH à sa maîtresse d'école :

Chère Madame.... ,

Je suis très sensible. Je fais beaucoup d'efforts mais vous ne le savez pas.
Je prends mon médicament tous les jours le matin.
Ca m'aide beaucoup à me concentrer.
Vendredi dernier je l'avais oublié.

Quand je l'oublie j'entends tout, je vois tout et je ressens tout en même temps.
Tout se mélange dans ma tête.
Si vous criez je suis tout mélangé aussi dans mes sentiments.
Ca me stresse beaucoup et j'ai envie de partir mais je ne peux pas.

L'après midi l'effet de mon médicament est parti.
Si je gigote et je n'écoute pas ce n'est pas la peine de me crier dessus puisque ca ne sert a rien
et c'est pire dans mes sentiments après.
J'essaye très fort de me contrôler mais je n'y arrive pas.

Parfois je ne comprends pas ce que vous dites.
Vous demandez si on a compris et je dis non mais vous n'entendez pas.
Plus tard je viens vous demander et vous criez avec moi : « Mais Samuel, tu n'as pas compris,
tu n'as pas bien écouté ! »
J'ai écouté mais je n'ai pas bien compris.
J'ai honte devant les autres et j'ai encore plus peur.
Alors je pleure dans mon cœur mais je ne le montre pas parce que j'ai peur d'avoir encore plus
honte.

Je voudrais bien arrêter de faire tout ca et je pleure tous les soirs à cause de ca. Parce que je
voudrais bien me comporter correctement.

Parfois, quand je suis très énervé l'après midi je prend de la grande respiration. 5 fois. Ca me
calme.
S'il vous plait, vous devez aussi faire ca. Je peux vous montrer. Respirez avec le nez et
soufflez avec la bouche lentement et profondément. Pas de l'air
des cigarettes, ca vous rend en colère et c'est pas bon pour vous.

S'il vous plait ne me faites pas peur. J'ai envie d'aller dans les bras de ma maman quand vous
criez et je ne pense plus qu'à ca alors je ne peux plus travailler.

Samuel

ANNEXE 3

Voici le témoignage¹⁵ d'un père d'enfant atteint de TDAH :

Dès le sein de sa mère, il remuait beaucoup ! Ce n'était qu'un début... Son Papa dresse un portrait de Julien, aujourd'hui diagnostiqué hyperactif.

A l'âge où les enfants marchent, Julien se mit à courir, même pour faire deux mètres ! Il courait, ignorait tout sur son passage, aucun obstacle ne pouvait lui résister. Recousu cinq fois dont deux dans la même journée, le service des urgences nous soupçonna de maltraiter notre enfant. En classe, Julien ne tient pas en place, et agit sans mesurer les conséquences. Tandis que la maîtresse raconte une histoire aux enfants, il se lève et va prendre un bonbon. Puis, sort pour aller boire un verre d'eau et regarder les oiseaux chanter dehors. Le soir, nous essayons les reproches de la maîtresse : « Votre enfant manque un peu d'éducation... ». Pour Julien, il ne faisait rien de mal : « J'ai juste pris un bonbon et j'avais soif... ». A l'école maternelle, il ne pose pas de problème. C'est un enfant vif, qui comprend vite et termine souvent son travail avant les autres, ce qui lui laisse le temps de distraire le reste de la classe par ses clowneries... Mais quinze jours après son entrée au CP, nous sommes convoqués par l'institutrice : « Faites quelque chose, je ne pourrai pas apprendre à lire ni à écrire à Julien, de plus il perturbe ma classe. » Un partenariat essentiel après avoir tâtonné auprès de plusieurs professionnels de la santé, un pédiatre d'un centre hospitalier nous annonce : « Votre enfant souffre d'un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité. » Un traitement médicamenteux et un suivi en psychomotricité sont mis en place. En partenariat avec le corps enseignant et le milieu médical nous travaillons tous les trois sur la prise en charge à l'école de Julien. Le plus difficile en effet est de gérer son comportement. Il est parfois très impulsif, veut toujours passer le premier et provoque malgré lui (car il ne veut jamais mal faire, ni embêter les autres) disputes et altercations. Au point qu'une année, son instituteur (un gaillard d'un mètre quatre-vingt) manque d'appeler les pompiers car il n'arrivait plus à contrôler Julien après un match de foot où celui-ci avait perdu ! Cette année-là, Julien s'est vite senti mis à part et dévalorisé : « Je suis un nul » ; il n'avait plus le moral, et nous non plus. Dans ces périodes noires, la foi nous a gardés du gouffre... Aujourd'hui, Julien est prêt à aborder l'entrée en 6ème avec beaucoup de confiance. La crainte est de notre côté : ses professeurs vont-ils tenir compte de son handicap ? Allons-nous pouvoir travailler ensemble ?

Frédéric

P.-S.

Article extrait du dossier "enfants hyperactif, une éducation à rude épreuve" paru dans Ombres et Lumière n°155, revue publiée par l'Office Chrétien des personnes Handicapées.

¹⁵ Témoignage tiré du site www.tdah.fr

ANNEXE 4

Les dix principes directeurs préconisés par Barkley pour les parents d'enfants hyperactifs¹⁶ :

1. **Donnez sans attendre un feed back à votre enfant** : l'enfant hyperactif vit dans le présent, il faut donc le récompenser sans attendre lorsqu'il fait et termine une tâche : félicitations et encouragements sont les bienvenus.
2. **Donnez le feed back plus souvent** : les enfants hyperactifs ont besoin d'une réponse plus rapide mais aussi plus fréquente. Cela permet de maintenir sa motivation et ses efforts de façon soutenue dans la journée.
3. **Utilisez des modes de renforcement significatifs pour l'enfant** : les enfants hyperactifs ont souvent besoin de marques de satisfaction plus importantes que les autres telles que marques physiques d'affection, petites récompenses matérielles ou autorisations particulières (temps de télévision ou de jeu vidéo).
4. **Utilisez le renforcement positif avant la punition** : l'enfant hyperactif se met plus souvent qu'un autre dans des situations inadéquates, il est donc exposé à des punitions et des réprimandes plus fréquentes. C'est pourquoi la méthode punitive peut entraîner l'enfant vers le ressentiment et l'hostilité, et non pas vers un changement de comportement. Barkley suggère que le ratio punitions/récompenses n'excède pas une punition pour deux ou trois récompenses.
5. **Soyez conséquent et constant** : être constant implique quatre choses : être constant dans le temps, ne pas abandonner trop tôt quand on commence un programme de modification du comportement, continuer à réagir de la même façon même dans un contexte différent, faire équipe avec son conjoint. L'enfant ne doit pas sentir de discordes entre le comportement de la mère et celui du père à son égard.
6. **Cessez de discuter et agissez** : l'enfant hyperactif est intelligent mais c'est son impulsivité et ses difficultés de contrôle qui le handicapent. Discutez avec lui pendant des heures ne l'aidera pas.
7. **Planifiez des situations problématiques** : les parents savent quelles sont les situations les plus difficiles : salle d'attente, grand magasin, restaurant,... Il faut donc anticiper. Avant d'entrer dans ces lieux, il faut s'arrêter quelques instants, rappeler à l'enfant deux ou trois règles simples, prévoir la récompense si les consignes ont été respectées, et évoquer la punition dans le cas inverse.
8. **Gardez à l'esprit les difficultés de l'enfant** : l'enfant hyperactif ne le fait pas exprès, il n'est ni malveillant ni méchant. C'est à l'adulte de garder son calme, de ne pas se mettre en colère, et de garder son rôle éducatif.
9. **Ne personnalisez pas les problèmes de l'enfant** : vous n'êtes pas en compétition avec votre enfant, vous ne gagnez ni ne perdez face à lui. Ne vous considérez pas comme incompetent si la situation tourne mal et contrôlez vos émotions (pas de pleurs, pas de « rage »)
10. **Pardonnez** : c'est le principe le plus difficile mais le plus fondamental de ce programme selon Barkley. Il faut en fin de journée pardonner à l'enfant pour ses manquements, en se débarrassant de toute émotion négative, pardonner aux personnes qui ne comprennent pas votre enfant et ont pu le blesser, les informer, et apprendre à se pardonner ses propres erreurs.

¹⁶ Le Heuzey M-F., *L'enfant hyperactif*, Paris, Odile Jacob, 2003 (pages 121 - 124).

ANNEXE 5

Échelle d'évaluation Connors pour les **enseignant(e)s**, version révisée (longue), 1997

Nom de l'élève.....garçonfille.....

Date de naissance :..... âge.....

Niveau scolaire :.....

Nom du professeur(e) :.....date :

Donnez une cote de 0 (jamais), 1 (un peu), 2 (moyen), 3 (souvent).

L'élève...

cotation

	0	1	2	3
1- Défie, provoque.....
2- Ne cesse de se tortiller.....
3- Oublie ce qu'il a déjà appris.....
4- Semble vivre le rejet du groupe.....
5- Se sent facilement blesser.....
6- Est pointilleux sur un détail.....
7- A des sautes d'humeur, un comportement explosif et imprévisible.....
8- Est impulsif, facile à exciter
9- Ne parvient pas à prêter une attention méticuleuse aux détails ou fait des fautes d'insouciance dans ses devoirs et leçons ou autres activités.....
10- Est insolent, effronté.....
11- Bouge tout le temps, semble motorisé.....
12- Voudrait fuir, renâcle à la tâche ou n'arrive pas à débiter et soutenir un travail d'effort mental (travail de classe ou devoirs à domicile).....
13- Est toujours choisi en dernier pour former une équipe ou participer aux jeux
14- Est hypersensible
15- Refuse carrément tout compromis, changement.....
16- Est agité ou trop actif.....
17- N'arrive pas à terminer ce qu'il commence.....
18- Ne semble pas écouter ce qu'on lui dit.....
19- Défie ouvertement l'adulte ou refuse de respecter ses demandes
20- Quitte son siège en classe, ou dans d'autres situations où il doit rester assis
21- Est faible en orthographe.....
22- N'a pas d'ami(e)s.....
23- Est timide, facilement effrayé.....
24- Ne cesse de vérifier ses affaires.....
25- Éclate vite en sanglots.....
26- Est inattentif, ou se laisse distraire facilement.....
27- A des difficultés d'organisation dans ses devoirs et leçons, ses activités...
28- Éprouve des difficultés à se concentrer dans ses devoirs ou ses jeux.....
29- A des difficultés à attendre son tour.....
30- N'a pas le niveau de lecture de son âge.....

31- Ne sait pas comment se faire des ami(e)s.....	....	....	....	....
32- Est sensible à la critique.....	....	....	....	....
33- Semble trop se fixer sur les détails.....	....	....	....	....
34- Ne tient pas en place.....	....	....	....	....
35- Dérange les autres enfants.....	....	....	....	....
36- Parle trop.....	....	....	....	....
37- Discute, contrarie les propos des adultes.....	....	....	....	....
38- Ne peut rester tranquille.....	....	....	....	....
39- Court partout, grimpe sans peur du danger dans les endroits interdits.....	....	....	....	....
40- Manque d'intérêt dans les devoirs et leçons.....	....	....	....	....
41- Est maladroit dans ses relations sociales .....	....	....	....	....
42- A de la difficulté à jouer, s'engager dans un loisir, en gardant son calme	....	....	....	....
43- Aime que tout soit ordre et propre.....	....	....	....	....
44- Bouge des mains, des pieds ou se tortille sur la chaise.....	....	....	....	....
45- Exige une réponse rapide à ses demandes, sinon est vite frustré.....	....	....	....	....
46- Répond sur l'impulsion du moment avant même la fin de la question.....	....	....	....	....
47- Est mesquin, rancunier, vindicatif.....	....	....	....	....
48- Ne se concentre pas longtemps.....	....	....	....	....
49- Perd le matériel nécessaire à son travail ou à la poursuite de ses activités (crayons, livres, outils, jouets, devoirs et leçons).....	....	....	....	....
50- Ne porte attention qu'à ce qui l'intéresse vraiment... ..	....	....	....	....
51- Reste lointain, en retrait des autres.....	....	....	....	....
52- Se laisse vite distraire, ou ne reste pas longtemps sur une tâche.....	....	....	....	....
53- Doit faire toujours les choses de la même manière.....	....	....	....	....
54- Change d'humeur de manière subite, radicale.....	....	....	....	....
55- S'ingère ou envahit les affaires des autres (la conversation, les jeux).....	....	....	....	....
56- Est faible en mathématiques.....	....	....	....	....
57- Ne respecte pas les consignes et ne réussit pas à terminer ses devoirs et leçons (sans relation ave l'opposition ou la compréhension des directives)..	....	....	....	....
58- Se distrait facilement par ce qui se passe autour de lui.....	....	....	....	....
59- Est agité, toujours debout et prêt à partir.....	....	....	....	....

Collaboration franco-canadienne, en traduction libre et non-autorisée, du texte original de C. Keith Connors, Ph.d. par les Drs Claude Jolicoeur, m.d. Canada et Pierre Laporte, Ph,d, (doctorat psychologie), France. Projet d'autorisation, février 2006
 Consulter le site propriétaire, www.mhs.com, pour vous procurer les notations officielles standardisées.

Échelle d'évaluation Connors pour les parents, version révisée (longue) 1997

Nom de l'enfant:.....garçonfille.....

Date de naissance:.....âge:.....niveau académique:.....

Compilée par.....date:.....

Donnez une cote de 0 (jamais), 1 (un peu), 2 (moyennement), 3 (souvent).

L'enfant:

cotation :

	0	1	2	3
1- Est colérique et rancunier.....
2- A des difficultés à faire ou compléter ses devoirs.....
3- Bouge tout le temps ou semble motorisé.....
4- Est timide, vite effrayé.....
5- Refuse carrément tout compromis, changement.....
6- N'a pas d'ami(e)s.....
7- Souffre de maux d'estomac.....
8- Se bagarre.....
9- Voudrait fuir, renâcle, ou a des difficultés à débiter et soutenir un effort mental (travaux en classe ou devoirs à la maison).....
10- A de la difficulté à se concentrer dans ses travaux ou ses jeux.....
11- Discute les propos des adultes.....
12- Ne réussit pas à terminer ce qu'il doit faire.....
13- A des comportements difficiles à gérer dans les magasins.....
14- Est craintif face aux nouvelles personnes.....
15- Ne cesse de vérifier ses affaires.....
16- Perd rapidement ses camarades.....
17- Souffre de divers malaises, de douleurs.....
18- Est agité ou très actif.....
19- A de la misère à se concentrer à l'école.....
20- Semble ne pas écouter ce qu'on lui dit.....
21- En crise de colère, perd le contrôle.....
22- Doit avoir une surveillance continue pour terminer une tâche.....
23- Court partout ou grimpe sans retenue dans les endroits dangereux.....
24- Craint les nouvelles situations.....
25- Est tatillon dans ses habitudes de propreté.....
26- Ne sait pas comment se faire des ami(e)s.....
27- Commence à présenter certains malaises, des douleurs ou maux d'estomac avant de partir pour l'école.....
28- Est facilement excitable et impulsif.....
29- Ne respecte pas les consignes et ne réussit pas à terminer à temps ses travaux scolaires (sans lien avec l'opposition ou la compréhension des directives)...
30- A des difficultés d'organisation dans ses travaux ou ses activités.....
31- Est irritable.....
32- Ne cesse de se tortiller.....
33- A peur de rester seul.....
34- Doit toujours faire les choses de la même façon.....
35- N'est pas invité chez les camarades.....
36- Souffre de maux de tête.....
37- N'arrive pas à terminer ce qu'il commence.....
38- Est inattentif ou se laisse distraire facilement.....
39- Parle trop.....
40- Défie ouvertement l'adulte ou refuse de respecter ses demandes.....

41- Ne se préoccupe pas des détails ou fait des erreurs d'inattention dans ses devoirs, tâches ou autre activités.....	.....	.....	.....	.....
42- N'aime pas attendre son tour dans les files, les jeux, les activités de groupe	.....	.....	.....	.....
43- Présente de nombreuses peurs.....	.....	.....	.....	.....
44- Souffre de certains rituels qu'il se doit d'accomplir.....	.....	.....	.....	.....
45- Se laisse vite distraire, ou ne reste pas longtemps sur une tâche.....	.....	.....	.....	.....
46- Se dit malade, même quand il est en parfaite santé.....	.....	.....	.....	.....
47- A des accès de colère.....	.....	.....	.....	.....
48- Se laisse distraire alors même quand il a reçu une consigne précise.....	.....	.....	.....	.....
49- S'ingère ou envahit les affaires des autres (la conversation ou les jeux).....	.....	.....	.....	.....
50- Est étourdi, irréfléchi dans les activités du quotidien.....	.....	.....	.....	.....
51- A des difficultés en mathématiques.....	.....	.....	.....	.....
52- Se met à courir entre deux prises de nourriture.....	.....	.....	.....	.....
53- A peur du noir, des animaux ou des insectes.....	.....	.....	.....	.....
54- Se fixe des objectifs très élevés.....	.....	.....	.....	.....
55- Bouge des mains, des pieds ou se tortille, sur la chaise.....	.....	.....	.....	.....
56- Ne se concentre pas longtemps.....	.....	.....	.....	.....
57- Est susceptible ou facilement mécontent face aux autres.....	.....	.....	.....	.....
58- A une écriture négligée.....	.....	.....	.....	.....
59- A des difficultés à s'amuser, ou poursuivre ses loisirs dans le calme.....	.....	.....	.....	.....
60- Est réservé, en retrait des autres.....	.....	.....	.....	.....
61- Rend les autres responsables de ses fautes ou de ses comportements.....	.....	.....	.....	.....
62- Ne tient pas en place.....	.....	.....	.....	.....
63- Est brouillon ou mal organisé et ordonné à la maison ou l'école.....	.....	.....	.....	.....
64- Ne supporte pas qu'un autre touche ses affaires.....	.....	.....	.....	.....
65- S'accroche à ses parents ou autres adultes.....	.....	.....	.....	.....
66- Dérange les autres enfants.....	.....	.....	.....	.....
67- Agace délibérément pour ennuyer.....	.....	.....	.....	.....
68- Exige une réponse immédiate aux demandes, sinon vite frustré.....	.....	.....	.....	.....
69- Ne fait attention qu'à ce qui l'intéresse vraiment.....	.....	.....	.....	.....
70- Se montre rancunier, vindicatif.....	.....	.....	.....	.....
71- Perd le matériel nécessaire à son travail ou à la poursuite de ses activités (devoirs scolaires, crayons, livres, outils, ou jouets.....	.....	.....	.....	.....
72- Se dévalorise par rapport aux autres.....	.....	.....	.....	.....
73- Semble tout le temps fatigué ou fonctionner au ralenti.....	.....	.....	.....	.....
74- Est faible en orthographe.....	.....	.....	.....	.....
75- Éclate vite en sanglots.....	.....	.....	.....	.....
76- Quitte son siège en classe ou autres situations quand il doit rester assis.....	.....	.....	.....	.....
77- Change d'humeur de manière subite et radicale.....	.....	.....	.....	.....
78- Devient facilement frustré dans ses efforts.....	.....	.....	.....	.....
79- Est facilement distrait par ce qui l'entoure.....	.....	.....	.....	.....
80- Répond sur l'impulsion du moment avant même la fin de la question.....	.....	.....	.....	.....

Collaboration franco-canadienne, en traduction libre et non-autorisée, du texte original de C. Keith Connors, Ph.d., par les Drs Claude Jolicoeur, m.d. Canada et Pierre Laporte, Ph.d. (doctorat psychologie), France. Projet d'autorisation, février 2006. Visiter le site propriétaire, www.mhs.com, pour obtenir les notations officielles standardisées.

Bibliographie

Ouvrages :

- MENECHAL J. *et al.* (2001) - *L'Hyperactivité infantile, débats et enjeux*, série Clinique, Dunod,
- COMPERNOLLE T. ET DORELEIJERS T. (2004) - *Du calme ! : comprendre et gérer l'enfant hyperactif*, Bruxelles, De Boeck 2^e édition.
- LE HEUZEY M-F. (2003) - *L'enfant hyperactif*, Paris, Odile Jacob.
- MOUREN-SIMEONI M-C., LE HEUZEY M-F., BOUVARD M. (2006) - *L'hyperactivité : de l'enfance à l'âge adulte*, Doin, Collection Conduites.
- BIOULAC S., SAIAG M-C., BOUVARD M. (2007) - *Comment aider mon enfant hyperactif ?*, Paris, Odile Jacob.
- CORRAZE J. et ALBARET J-M. (1996) - *L'enfant agité et distrait*, Expansion scientifique française.

Sites Internet :

- <http://www.tdah-france.fr>
- <http://www.tdah.be/enseignants.html>
- <http://ienrumi.edres74.net/interne/annexes/Conf.REVOL.pdf>
- <http://www.comportement.net/tdah/>