



HAL
open science

Inclusion et pédagogie adaptée : le cas des troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité

Morgane Roulet

► **To cite this version:**

Morgane Roulet. Inclusion et pédagogie adaptée : le cas des troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité. Sciences de l'Homme et Société. 2018. dumas-02156351

HAL Id: dumas-02156351

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02156351>

Submitted on 14 Jun 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



École supérieure
du professorat
et de l'éducation

université
de **BORDEAUX**

Inclusion et pédagogie adaptée : le
cas des troubles de l'attention avec
ou sans hyperactivité

Mémoire présenté par Morgane Roulet

Sous la direction de Monsieur Vincent Gevrey – Docteur en Sciences de l'éducation,
Enseignant contractuel, Département ASH

Université de Bordeaux - ESPE d'Aquitaine

Master MEEF « Métiers de l'Enseignement, de l'Éducation et de la Formation » -
Mention Premier degré

Année universitaire 2017 – 2018

Remerciements

En premier lieu, j'adresse mes remerciements à Madame Magdalena Kohout-Diaz qui m'a donné envie de choisir le séminaire sur le thème de l'inclusion scolaire, et qui a impulsé ce travail ; ainsi que tous les professeurs qui ont donné des cours dans le cadre de ce séminaire.

Je remercie particulièrement Monsieur Vincent Gevrey pour avoir dirigé ce mémoire, en prenant le temps de m'aider et en me donnant les conseils nécessaires pour le réaliser au mieux.

Mes remerciements s'adressent également aux membres du jury pour l'intérêt porté à ce mémoire.

Je remercie l'enfant qui a inspiré ce travail, ainsi que sa maman qui m'a donné beaucoup d'informations concernant le sujet que je vais traiter.

Je tiens également à remercier les professionnels de l'éducation qui ont pris le temps de m'accorder des entretiens très enrichissants.

De plus, je remercie mes pairs qui m'ont soutenue et adressé leurs avis critiques à propos de mon travail.

Enfin, je souhaite remercier mes proches qui m'ont aidé à relire, mettre en page, imprimer et relier ce travail.

Sommaire

Table des matières

Introduction.....	3
Chapitre 1 : Partie théorique.....	7
I-Qu'est-ce que le TDA/H ?	7
A-L'histoire du TDA/H : un long processus.....	7
B-Les causes multiples du TDA/H.....	9
C-Les symptômes et les troubles associés	11
II-Quelles sont les spécificités du trouble ?	14
A-De nombreux mythes autour du TDA/H.....	14
B-Un diagnostic complexe	15
C-Des difficultés scolaires, sociales et familiales.....	18
III-Une pédagogie adaptée ?	19
A-L'importance de la coéducation et du partenariat	20
B-Le rôle de l'enseignant et les aménagements en classe	21
C-Vers une utilisation du numérique	23
Chapitre 2 : Enquête	25
I-Le terrain d'enquête.....	25
II-Les méthodes utilisées	26
III-Les résultats collectés	27
A-Entretien avec une directrice d'école élémentaire et enseignante en CM2.....	27
B-Entretien avec un directeur d'ITEP	30
C-Entretien avec une enseignante en CP	31
IV-L'analyse des résultats.....	33
Bibliographie	41
Annexes.....	44

Introduction

Dans le cadre de ma formation en master « Métiers de l'Enseignement, de l'Éducation et de la Formation », j'ai choisi de rédiger un mémoire rattaché au séminaire sur le thème de l'école inclusive. En effet, dès mes premiers pas dans le métier de professeur des écoles, je me suis rendue compte de l'importance du concept d'inclusion dans la mesure où l'école est un lieu qui se doit de préserver l'égalité des chances en prenant en compte la diversité des élèves.

La loi de 2005 pour l'égalité des chances, la participation de la citoyenneté des personnes handicapées¹ a marqué un tournant concernant la scolarisation des élèves en situation de handicap et met en valeur le terme « d'inclusion scolaire », un principe qui figure dans le code l'éducation depuis la loi du 8 juillet 2013². À travers ces textes, l'institution scolaire doit être garante d'un environnement adapté à tous les élèves en prenant en compte leurs besoins éducatifs particuliers quels qu'ils soient.

Cette approche rompt avec les concepts d'exclusion, de séparation et d'intégration qui ont été appliqués successivement par le passé. Le premier se traduit par une volonté d'exclure les personnes en situation de handicap qui se trouvent en marge de la société. Dès 1789, ces dernières sont véritablement considérées comme des citoyens mais le concept qui s'applique est celui de la séparation : on prend en compte ces personnes mais elles sont réunies et isolées entre elles. Puis, à la fin du XXème siècle, on parle d'intégration avec notamment des mesures imposant aux entreprises d'embaucher des personnes en situation de handicap.

¹ Loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005

² Loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République n°2013-595 du 8 juillet 2013

Plus précisément, ces trois étapes correspondent à une évolution de la politique scolaire en faveur des enfants et adolescents en situation de handicap. D'abord, la circulaire du 8 septembre 1922 met à l'écart les enfants « débiles, chétifs, malingres » dans des « écoles de plein air », c'est-à-dire destinées aux enfants malades. Après la Seconde Guerre Mondiale, on parle de structures d'accueil où les élèves sont regroupés selon leur pathologie, dans le but de répondre à des problèmes de santé publique et non d'éducation : ici, c'est l'élève qui s'adapte au système éducatif. La loi d'orientation de 1975 en faveur des personnes handicapées³ pose le principe d'obligation scolaire pour les élèves handicapés mais leur statut n'est pas clairement identifié. C'est la loi d'orientation sur l'éducation de 1989⁴, plaçant l'enfant au centre du système, qui proclame le droit de tous à l'éducation en rappelant que l'école ordinaire est le lieu naturel de l'éducation. De plus, la loi du 11 février 2005 est la première prenant en compte les troubles de santé invalidant. En effet, le handicap y est défini comme « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

Dès lors, on ne peut pas refuser d'accueillir un enfant malade à l'École, et c'est l'Éducation Nationale qui s'adapte aux besoins éducatifs particuliers des élèves : on parle ainsi d'inclusion.

Aujourd'hui, tous les élèves doivent être accueillis dans des classes qui sont hétérogènes et c'est dans ce contexte que les besoins des élèves doivent être pris en compte. Selon les inspecteurs généraux J-P. Delaubier et G. Saurat , dans le *Rapport sur le traitement de la grande difficulté au cours de la scolarité obligatoire*⁵, il s'agit de « *passer d'une démarche fondée sur la réponse aux difficultés, perçues comme l'écart à une norme implicite, à une démarche plus résolument inclusive et une organisation de l'école et des parcours construite en fonction des besoins de chaque élève* ».

³ Loi n° 75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975

⁴ Loi n°89-486 1989 d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 1989 ou loi Jospin

⁵ Rapport n°2013-095 de novembre 2013, p.152

En réalité, cette recherche est née d'une situation qui m'a beaucoup interpellée : un élève de l'école élémentaire devant faire face à des difficultés d'adaptation à l'école en raison de son trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH).

De plus, dans le cadre de ma pratique professionnelle, j'enseigne dans une classe de petite et grande sections à l'école maternelle Charles Perrault à Cenon au sein d'un réseau d'éducation prioritaire, j'ai dans ma classe un élève qui présente des comportements similaires au trouble, ce qui m'a convaincue de faire des recherches plus approfondies sur le sujet.

Ainsi, un travail autour du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) m'a paru d'autant plus important qu'il s'agit du trouble le plus fréquent chez les élèves en âge scolaire : 7 à 10 % des garçons entre 4 et 11 ans et 3 % des filles du même âge ; avec deux sous-groupes selon la classification actuelle : le TDA (trouble du déficit de l'attention) et le TDAH (trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité).

En outre, le terme « hyperactivité » est fréquemment employé à mauvais escient dans le langage commun, alors que c'est un symptôme d'une trouble plus global qui est le TDAH. Il convient d'ajouter que ce trouble est porteur de conséquences importantes pour l'enfant, dans toutes les sphères de sa vie.

À travers cet écrit, je vais tenter de rappeler l'importance de la pédagogie adaptée en essayant de comprendre comment accueillir au mieux les élèves ayant un TDA/H en classe. Au commencement de ma recherche, bon nombre de questions sont apparues : Pourquoi est-il important de s'intéresser à l'inclusion et à la pédagogie adaptée ? Pourquoi s'intéresser au cas du TDA/H ? Quelles sont les caractéristiques du TDA/H ? Quels sont les signaux d'appel ? Pourquoi le diagnostic est-il difficile ? Quelle est la place du diagnostic ? Quelle prise en charge pour l'enfant ? Quelle est la place de l'enseignant ? Quels accompagnements/ formation pour l'enseignant ? Quels sont les différents acteurs dans ce processus ? Quelles solutions pour une inclusion réussie ? Peut-on inclure correctement sans diagnostic ?

D'une manière générale, **la méconnaissance du TDA/H et les difficultés pour le repérer et le diagnostiquer sont-elles des obstacles à l'amélioration des apprentissages et de l'inclusion des élèves concernés ?**

Mon hypothèse de départ est la suivante : si les professionnels de l'éducation ne connaissent pas le trouble, ou si un élève ayant un TDA/H n'est pas (ou mal) diagnostiqué, le parcours de l'élève sera très compliqué car les réponses pour pallier à ses difficultés ne seront ni adéquates, ni optimales. Ainsi, je suis partie du postulat selon lequel le diagnostic est un élément clé d'une inclusion réussie.

Pour répondre à cette question, je ferai un travail de recherche scientifique autour du sujet, et j'interrogerai et observerai des professionnels de l'éducation travaillant avec des élèves ayant un TDA/H en tentant d'analyser leur expérience.

Ainsi, dans un premier temps, un chapitre théorique permettra de définir le TDA/H, de comprendre ses spécificités et les adaptations pédagogiques qui en découlent. Dans un second chapitre consacré à l'enquête méthodologique, il conviendra de retranscrire mes recherches sur le terrain, de montrer les résultats et de les analyser pour répondre à la problématique soulevée précédemment.

Chapitre 1 : Partie théorique

I- Qu'est-ce que le TDA/H ?

Afin d'appréhender la notion de TDA/H, il convient de s'intéresser à son évolution dans le temps et à sa nosographie. Depuis toujours, l'enfance est associée à l'instabilité motrice dont les parents et l'entourage subissent plus ou moins directement les conséquences. Cependant, les premiers écrits scientifiques sur le trouble datent du XIX^{ème}, entamant un processus long et difficile de regroupement de ses différentes facettes sous une même expression.

A- L'historique du TDA/H : un long processus

C'est surtout depuis le siècle dernier que bon nombre de chercheurs et de spécialistes ont voulu qualifier ce phénomène, donnant lieu à des dénominations variées pour recouvrir l'impulsivité, l'inattention et l'agitation motrice.

Le premier écrit évoquant le sujet émane du travail d'un psychiatre allemand, Heinrich **HOFFMAN**, qui décide de créer une bande dessinée contenant des petites histoires telles que « Philippe qui gigote »⁶ pour l'offrir à son fils de 3 ans. En effet, il parle d'instabilité psychomotrice pour décrire les difficultés comportementales et attentionnelles de son fils. En 1897, Désiré Magloire **BOURNEVILLE** est le premier chercheur français à décrire le phénomène de manière clinique, il parle alors d'enfants débiles légers : « leur mobilité est exubérante, ils ne restent en place nulle part, se lèvent de table à chaque instant sans motif »⁷. Un an plus tard, le psychiatre allemand Emil **KRAEPELIN** parle de trouble de l'activité caractérisé par une absence de ligne directrice et de compréhension d'autrui ou encore de manque de persévérance.

⁶ Hoffman H., *Der Strunwelpeter ou Lustige geschichten und drollige bilder (Pierre l'ébourifié ou Amusantes histoires et plaisantes images pour enfants)*, Varlag, 1854 – Annexe ° 1

⁷ Bourneville D-M., *Le traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie*, Duché, *Histoire de la psychologie de l'enfant*, 1905, p.216

En 1901, le médecin belge Jean **DEMOOR** décrit le trouble comme un déséquilibre de l'affectivité avec des variations excessives des émotions et un manque d'inhibition et d'attention, mais précise que le syndrome s'observe chez des enfants d'intelligence normale. En 1902, **STILL** explique ses comportements excessifs par un dysfonctionnement cérébral. En 1905, les médecins français Jean **PHILIPPE** et Georges **PAUL BONCOUR** qualifient d'instables les élèves qui ne peuvent fixer leur attention pour écouter et dont l'esprit semble tourné ailleurs. Un autre médecin, Marcel **NATHAN**, parle à nouveau d'instabilité en 1913 en la définissant comme une incapacité à garder l'immobilité et fixer l'attention sur un exercice scolaire. Un an plus tard, Georges **HEUYER**, fondateur français de la pédopsychiatrie, précise que si le syndrome de l'instabilité correspond à un défaut d'attention, une hyperactivité et une incorrigibilité, les « instables » sont intelligents et ne sont pas des « arriérés » scolaires comme pouvait l'écrire Bourneville qui parlait également de « débiles instables ». En 1921, **HOHMANN-KENNEDY** utilise le terme « hyperkinésie » pour définir des enfants ayant un comportement hyperactif qui serait dû à un traumatisme crânien entraînant des lésions au niveau du cerveau. En 1925, Henri **WALLON**, dans son célèbre ouvrage sur l'enfant turbulent⁸, associe les troubles moteurs à des perturbations psychiques et insiste sur les difficultés d'adaptation sociale. En 1940, **ABRAMSON** définit l'instabilité comme un déséquilibre entre des aptitudes intellectuelles, motrices et affective. Ainsi, de 1900 à 1960, il s'agit surtout d'insister sur l'instabilité psychomotrice. En 1962, **PRECHTL** parle de « dysfonctionnement cérébral minime » pour atténuer le rôle des lésions cérébrales. À partir de 1970, une importance est donnée au déficit attentionnel grâce aux travaux d'**AJURIGUERRA**, neuropsychiatre et psychanalyste français, qui parle d'excitation psychomotrice avec difficulté à fixer son attention.

Deux conceptions étiologiques s'opposent alors : selon les spécialistes français, le trouble vient d'un déséquilibre entre l'affectif, l'intelligence, et la gestion de la motricité, tandis que les auteurs anglo-saxons fondent sur des hypothèses étiologiques cérébrales : selon eux, le trouble est d'origine clinique.

Depuis la fin du XIXème siècle, de nombreux auteurs décrivent donc l'hyperactivité sans réel consensus sur la question. Quelle-est donc la définition actuelle ?

⁸ WALLON H., *L'enfant turbulent*, PUF, Paris, 1984.

Aujourd'hui, il faut s'appuyer sur le un ouvrage qui décrit et classifie les troubles mentaux, le Manuel Diagnostique et Statistique (DSM-IV)⁹ pour définir le trouble qui correspond à deux grandes catégories : l'hyperactivité/ impulsivité et l'inattention. Selon cette classification, il y a un TDA/H lorsqu'un certain nombre de critères dans ces catégories sont présents pendant six mois au moins, à un niveau qui n'est pas celui du développement normal de l'enfant. De plus, le trouble doit toucher l'enfant avant l'âge de 7 ans dans des contextes environnementaux différents.

B- Les causes multiples du TDA/H

Il y a eu bon nombre de controverses concernant l'origine du TDA/H, pourtant il est important de tenter d'en connaître les causes afin de mettre en place des stratégies thérapeutiques adaptées. Il convient d'emblée de préciser qu'il n'existe pas de cause unique pour expliquer le TDA/H. D'ailleurs, la complexité du trouble se reflète bien dans le long cheminement que nous venons de voir pour décrire le trouble. Il n'existe donc pas de cause unilatérale pour l'expliquer, et il faut s'intéresser à des facteurs variés.

Tout d'abord, au **niveau cérébral**, le trouble aurait un lien avec une altération des fonctions cognitives liées au contrôle de soi-même et à la planification. Il s'agit d'un dysfonctionnement exécutif, c'est à dire une incapacité à inhiber des réponses prédominantes (aux niveaux moteur, verbal et de la pensée), à contrôler les interférences entre des stimulations, et à être flexible sur le plan de la pensée lorsqu'il s'agit d'appliquer une modification de consigne. Il s'agit donc d'un trouble neurologique puisqu'il touche des zones cérébrales responsables de l'attention, du contrôle et de l'organisation, de l'inhibition.

⁹ Voir annexe n°2

Plus précisément, c'est le lobe préfrontal qui est concerné puisque cette région du cerveau joue un rôle dans l'attention, l'organisation, la planification, la gestion du temps, la sociabilité, la capacité à traiter des informations simultanées : ce sont les fonctions exécutives. Plus l'enfant grandit, plus elles sont primordiales à une bonne adaptation à la vie quotidienne des individus.

On parle aussi du **facteur génétique** pour expliquer la propension de certains enfants à développer ce trouble. Le TDA/H touche en effet souvent plusieurs membres d'une famille. Cette explication génétique rend compte de la forte hérédité de ce type de trouble d'une génération à une autre. Le risque d'hériter du trouble lorsqu'on a un des parents qui est diagnostiqué est d'un peu plus de 30 %.

De plus, il faut prendre en compte les **facteurs prénataux** comme une grossesse compliquée, un accouchement difficile ou la consommation de drogue ou d'alcool pendant la grossesse, qui peuvent favoriser l'apparition du TDA/H.

Enfin, les facteurs **familiaux et sociaux** interviennent dans le degré d'intensité du trouble et dans le développement des troubles concomitants. En effet, la qualité de l'environnement social et familial influe sur l'expression du trouble.

Étant donné que la causalité du TDA/H n'est pas réductible à un facteur, nous pouvons imaginer que l'accompagnement n'est pas linéaire et que l'ensemble de l'étiologie doit être pris en compte. Toutefois, il faut également s'intéresser aux signes cliniques.

C- Les symptômes et les troubles associés

Aujourd'hui, la description clinique du trouble relève de trois faits : le déficit d'attention, l'hyperactivité et l'impulsivité.

- Plus précisément, il existe trois sous-types de TDA/H :
- le **sous-type « inattentif »** : il se détecte moins facilement, donc il est moins vite diagnostiqué.
 - le **sous-type « hyperactif-impulsif »** : il est plus facilement observable par l'entourage.
 - le **sous-type « mixte »** : il combine les deux sous-types précédents.

Tout d'abord, le domaine du comportement est le plus visible et concerne l'hyperactivité et l'impulsivité.

L'**hyperactivité** est le critère majeur, et se traduit par une instabilité psychomotrice. D'abord, sur le plan moteur car l'enfant remue continuellement, ensuite sur le plan cognitif car il est envahi en permanence par une multitude de pensées, et enfin sur le plan verbal car il parle beaucoup. Cet aspect passe rarement inaperçu dans la mesure où l'enfant s'agite et s'exprime de manière expressive et désordonnée. L'enfant a un comportement agité régulier et très perturbateur qui peut l'amener à se mettre en danger. Il ne peut contrôler ses actions et il est en mouvement perpétuel sans cohérence, ni objectif précis.

L'**impulsivité**, quant à elle, consiste en l'incapacité à inhiber une action verbale ou motrice : le contrôle de soi et la planification sont difficiles. Elle conduit à une faible capacité d'anticipation et de gestion des situations nouvelles. Ainsi, dans une situation qui pose problème, l'enfant ne peut pas réagir de manière contrôlée mais plutôt avec une charge émotionnelle qui le poussera à être excessif.

Concernant la sphère cognitive, le **déficit attentionnel** relève d'un processus cognitif qui empêche de réagir de façon adéquate, de gérer ses capacités attentionnelles, de se concentrer sur la durée, d'écouter. La personne qui souffre de TDA/H est capable d'être attentive mais éprouve des difficultés pour l'être efficacement, elle ne peut pas rester concentrée sur un même sujet longtemps, ni savoir quelle information traiter en priorité. La concentration, c'est-à-dire la capacité à fixer son esprit sur un centre d'intérêt défini, devient laborieuse.

Il en va de même pour l'attention qui est un concept complexe relevant de plusieurs aspects selon les spécialistes¹⁰. L'attention soutenue correspond à cette concentration mais aussi à la vigilance, elle permet de maintenir son attention de façon continue pour mener à bien une tâche. Ensuite, l'attention sélective permet de sélectionner des informations et d'en occulter d'autres. Quant à l'attention partagée, elle rend possible le traitement simultané de plusieurs informations.

En somme, concernant la symptomatologie, l'inattention se traduit par une grande distractibilité, l'hyperactivité se manifeste par une incapacité à rester en place dans une situation où il y a une contrainte avec une agitation désorganisée et sans but, et l'impulsivité reflète une intolérance à l'attente et une grande difficulté à se contrôler.

Le traitement du TDA/H et de ses symptômes est souvent pris en charges selon deux axes. D'abord, il s'agit de solutions pharmaceutique, avec en général l'administration de Ritalin. Puis, il y a les interventions psychologiques ou psychosociales qui visent à développer une capacité à mieux gérer les symptômes, et donc à améliorer la vie sociale de l'enfant. Il s'agit donc de favoriser la socialisation, l'adaptation à la vie quotidienne, plutôt que de réduire l'agitation motrice et l'impulsivité.

¹⁰ DROUIN C. (orthopédagogue) et HUPPÉ A. (psychologue), *Plan d'intervention pour les difficultés d'attention*, Éditions Chenelière, 2004

Outre ces principaux signes cliniques, le TDA/H peut s'accompagner de troubles associés¹¹ :

Nom du trouble	Prévalence chez les élèves TDA/H
Troubles oppositionnel	35,2 %
Trouble des apprentissages	70 %
Troubles des conduites	25,7 %
Troubles anxieux	25,8 %
Troubles dépressifs	18,2 %
Troubles du sommeil	50 %

Concernant le trouble des apprentissages, les difficultés peuvent être liées au traitement de l'information et aux capacités de planification et d'organisation. Par exemple, à l'oral, il est difficile de rester centré sur un sujet, d'attendre son tour, d'achever ses phrases, de construire un discours. L'attention visuelle peut poser problème et rendre plus difficile la lecture et le contrôle du geste moteur rendant l'écriture moins nette. Il est donc important de repérer ces obstacles afin d'aider aux mieux les élèves.

Finalement, le TDA/H est un trouble neurobiologique qui repose sur deux grandes dimensions : l'inattention et l'hyperactivité-impulsivité (un diagnostic peut être établi lorsque six critères sont rencontrés dans une de ces sphères), avec la présence d'une comorbidité dans de nombreux cas.

¹¹ Données du site TDA/H France

II- Quelles sont les spécificités du trouble ?

La spécificité du TDA/H réside notamment dans les controverses sur la validité diagnostique du trouble, c'est-à-dire sa possible confusion avec une mauvaise éducation de la part des parents notamment. Le TDA/H, étant un trouble très fréquent, suscite également des interrogations et des controverses qu'il convient d'éclaircir.

A- De nombreux mythes autour du TDA/H

Tout d'abord, il paraît important de nuancer certaines idées reçues autour du trouble. La première méprise est de confondre la paresse ou le manque de motivation avec l'inattention associée au trouble alors qu'il s'agit plutôt d'un manque de capacité. Il est par ailleurs fréquent de confondre le TDA/H avec le résultat d'une mauvaise éducation alors que l'enfant a réellement des difficultés à se maîtriser et à intérioriser les règles de conduite.

Nous avons précisé que le TDA/H n'est pas uniquement un problème d'ordre biologique mais qu'il émane d'un mélange de prédispositions génétiques et de facteurs liés à l'environnement de l'enfant. Concernant les symptômes (l'hyperactivité, la distractibilité et l'impulsivité), ils ne sont pas figés et peuvent même être atténués dans certains contextes comme la relation duelle avec une personne ou dans un environnement nouveau et stimulant. Les symptômes se trouvent donc étroitement liés au contexte (psychosocial notamment). Ainsi, si les facteurs psychosociaux ne font pas partie de l'étiologie ils ont une influence considérable sur l'intensité des symptômes.

Un autre mythe réside en l'idée selon laquelle la prise de psychostimulants comme le Ritalin est la meilleure méthode pour soigner le trouble. Le Ritalin est un médicament à base de méthylphénidate qui aide à accroître l'attention et à réduire l'agitation des personnes atteintes du TDA/H.

Cependant, le médicament augmente les capacités d'attention sur le court terme et son administration peut aboutir à la mise à l'écart de stratégies non médicale, ainsi que camoufler les problèmes d'apprentissages ou les troubles émotionnels et affectifs.

Enfin, un enfant qui regarde la télévision ou joue aux jeux-vidéos très longtemps sans se laisser distraire peut avoir un TDA/H car ce sont des éléments très stimulants pour ces enfants.

Ainsi, le TDA/H est un trouble complexe, à l'image de la mise en place de son diagnostic.

B- Un diagnostic complexe

Un élève non diagnostiqué peut paraître paresseux ou étourdi ce qui peut conduire une mauvaise estime de soi pour lui-même mais aussi ses parents. Nous voyons donc la nécessité d'une évaluation initiale approfondie pour minimiser les impacts du trouble dans la vie quotidienne. Toutefois, il apparaît que le diagnostic est difficile à établir en raison de l'agitation motrice et des difficultés attentionnelles caractéristiques aux enfants. En outre, il n'existe pas de marqueur biologique comme la prise de sang.

Dans le **DSM-IV**, cité antérieurement, les symptômes du TDA/H doivent être présents dans des contextes différents et avoir des conséquences dans différentes sphères de la vie de l'enfant :

- Dans la forme inattentive, l'enfant doit présenter au moins six des symptômes d'inattention et moins de six symptômes d'hyperactivité / impulsivité.
- Dans la forme hyperactive c'est l'inverse, l'enfant doit présenter au moins six symptômes d'hyperactivité / impulsivité et moins de six symptômes d'inattention.
- Dans la forme mixte, l'enfant présente à la fois un minimum six symptômes d'inattention et un minimum six symptômes d'hyperactivité / impulsivité.

Afin d'établir le diagnostic, la **CIM-10**¹² (classification internationale des maladies), exige la présence au minimum de six critères dans la liste du déficit attentionnel, trois dans la liste de l'hyperactivité, un dans la liste de l'impulsivité, avec des manifestations avant l'âge de 7 ans et des symptômes présents dans plusieurs milieux.

Le diagnostic de TDA/H nécessite de collecter un certain nombre de données diverses dans des contextes différents. Tout d'abord, il s'agit de **s'entretenir avec les parents** pour entamer les recherches et montrer que l'enfant montre des manifestations du trouble dans le contexte familial. Ensuite, un **entretien avec l'enfant** permet de mieux appréhender les symptômes subis par l'enfant.

L'observation clinique est primordiale car elle permet de se rendre compte du comportement de l'enfant en contexte et cela dans des situations diverses. **L'examen médical** quant à lui permet de trouver les éventuels troubles associés à prendre en compte et l'orientation vers des examens plus approfondis.

Durant les examens médicaux, les symptômes peuvent être atténués en raison du contexte de relation duelle et de l'environnement nouveau : il vaut mieux beaucoup observer car la réalisation de tâches successives n'est pas naturelle. En effet, **l'évaluation neuropsychologique** ne permet pas de donner un diagnostic franc mais de mettre en lumière le déficit attentionnel. Le test le plus fréquemment utilisé est le WISC qui permet un bilan concernant la compréhension verbale, le raisonnement perceptif, la mémoire de travail ou encore la vitesse de traitement. Ces deux derniers items sont en effet en lien avec les difficultés attentionnelles.

De plus, l'évaluation des fonctions cognitives peut se compléter par des **tests spécifiques**. Dans le cas de l'inattention, le test de Stroop étudie la distractibilité ainsi que les troubles de l'attention sélective et le test d'activité continue mesure l'attention sélective et soutenue. Pour l'impulsivité, il existe le test des figures familières qui permet de distinguer les personnes réflexives des impulsives. Enfin, certains appareils comme les actigraphes enregistrent les mouvements du corps et peuvent mesurer une activité supérieure à la normale.

¹² Annexe n° 3

Des **questionnaires** d'échelles d'évaluation comportementales comme le questionnaire de Conners¹³ permettent de recueillir auprès des parents et des éducateurs l'essentiel des caractéristiques de comportements de l'enfant. Cela dit, le remplissage d'items en lien avec l'attention et le comportement est assez subjectif.

Ce qu'il faut garder en tête c'est que les symptômes se caractérisent autant par leur permanence que par leur fluctuation au gré des contextes. Par exemple, ils peuvent être renforcés par un état de fatigue ou améliorés par un contexte nouveau.

Pour le TDA/H, on parle aussi de **diagnostic différentiel**, c'est-à-dire d'un processus d'identification grâce à l'élimination des hypothèses proches de la pathologie recherchée. En effet, « *lorsqu'une consultation concerne un trouble de déficit de l'attention / hyperactivité, il est nécessaire, avant d'approfondir l'évaluation, d'éliminer les autres causes possibles des symptômes observés chez le jeune. Il existe plusieurs troubles psychologiques ou physiques qui présentent une symptomatologie similaire ou s'apparentant au TDAH. Il faut donc analyser ces avenues avant de pouvoir poursuivre l'évaluation d'un TDAH comme tel. Cette démarche est ce que l'on appelle le diagnostic différentiel* »¹⁴. En effet, il convient de ne pas confondre le TDA/H avec la turbulence propre aux enfants en bas âge, ou encore avec des troubles plus globaux comme les troubles sévères des apprentissages, l'autisme ou le retard mental qui peuvent provoquer l'agitation et l'inattention. De plus, la prise de certains traitements (corticoïdes, antiasthmatiques ou antiépileptiques)¹⁵, ou encore l'instabilité environnementale peuvent entraîner des symptômes similaires.

De plus, avant l'âge de 5 ans, le diagnostic est d'autant plus complexe à établir car l'agitation et l'inattention sont plus grandes. Cependant une exagération et une intensité de ces dernières, avec une persistance dans le temps et dans différents contextes peuvent être une indication.

¹³ Voir annexe n° 4

¹⁴ LAPORTE P., *Importance du diagnostic différentiel*, site TDAH France, publié le 16 juillet 2005, mis à jour le 4 mars 2016

¹⁵ MÉNÉCHAL J., *L'hyperactivité infantile, débats et enjeux*, Dunod, 2004, p.33

Ainsi, nous voyons la nécessité d'une évaluation précise et multifactorielle. Cependant, le diagnostic repose beaucoup sur les informations recueillies par les parents et les éducateurs, notamment les enseignants car dès la maternelle la manière de s'adapter de l'enfant est révélatrice, à travers les difficultés de comportement et d'intégration au groupe, d'agressivité ou de faible tolérance à la frustration.

C- Des difficultés scolaires, sociales et familiales

Le TDA/H a des répercussions pour l'enfant au sein de différentes sphères de sa vie. En effet, on peut notamment parler de conséquences concernant la scolarité, la vie en société, la vie de famille mais aussi l'estime de soi.

Tout d'abord, lors de sa **scolarité**, l'enfant qui a un TDA/H peut être confronté à des difficultés même s'il ne présente pas un trouble des apprentissages. Par exemple, les élèves ont du mal à fournir un effort long pour aboutir à une tâche ou à suivre des consignes complexes et multiplient les erreurs d'inattention. De plus, il est fréquent que leur travail soit désordonné et leur matériel détérioré ou perdu. Ils ont des difficultés à travailler de manière autonome car ils ne peuvent gérer leur temps et s'organiser de manière optimale. Sur le long terme, si ces difficultés ne sont pas prises en compte, cela peut aboutir à une grande difficulté scolaire.

De même, avec ses pairs comme avec autrui en général, l'impulsivité et la maladresse peuvent donner lieu à de l'incompréhension et du rejet. Ce même comportement peut avoir des conséquences similaires avec sa fratrie ; et ces rejets successifs peuvent avoir un impact désastreux concernant la **dynamique sociale** de l'enfant. Aussi, pour les parents les réprimandes et les jugements sont très pesant et peuvent donner une impression de culpabilité et d'impuissance. Selon le Docteur Raymond François : *« C'est dans son intérêt que la société doit se montrer bien*

*disposée et généreuse à l'égard de ces parents d'enfants atteint d'un problème chronique aux énormes répercussions sociales ».*¹⁶

En effet, au niveau cognitif, l'enfant ne peut contrôler son comportement ni s'adapter de manière appropriée à des situations nouvelles.

Tous ces aspects ont un impact direct sur l'**estime de soi** de l'enfant qui peut se sentir d'une part dévalorisé et d'autre part coupable de ne pas rentrer dans la norme attendue. Sur le plan personnel, c'est son incapacité à répondre aux exigences environnementales qui lui fait perdre confiance.

Face à ces constats, il apparaît primordial de mettre en place des stratégies visant la diminution des gênes dans tous les domaines pour l'enfant. Toutefois, les élèves porteurs d'un TDA/H se caractérisent aussi par leur esprit vif, imaginatif, curieux, dynamique ... Alors, comment prendre en compte au mieux tous ces aspects pour inclure ces élèves au mieux dans la classe ?

III- Une pédagogie adaptée ?

Pour les professionnels de l'Éducation, il est important de bien s'informer sur ce trouble qui touche de nombreux élèves. Ainsi, ils doivent tenter de répondre au problème afin de prévenir le décrochage scolaire qui peut être une conséquence directe d'un mauvais traitement du TDA/H. En effet, selon le référentiel de compétences des métiers du professorat et de l'Éducation de 2013, les professeurs doivent « construire, mettre en œuvre, et animer des situations d'enseignement et d'apprentissage prenant en compte la diversité des élèves ». C'est d'ailleurs selon trois compétences de ce référentiel que vont s'articuler les trois dimensions de la pédagogie adaptée pour les élèves ayant un TDA/H : « coopérer avec les parents d'élèves » et « coopérer au sein d'une équipe », « organiser et assurer un mode de fonctionnement du groupe favorisant l'apprentissage et la socialisation des élèves » ainsi qu'« intégrer les éléments de la culture numérique nécessaires à l'exercice de son métier ».

¹⁶ FRANÇOIS R. *Le déficit de l'attention et l'hyperactivité en 32 questions*, Revue enfants-parents guide, Éditions Enfants Québec, numéro 6, 2004, p.47

A- L'importance de la coéducation et du partenariat

L'inclusion d'un élève ayant un TDA/H à l'école est un processus qui doit se faire en équipe :

Les **enseignants** sont des acteurs clés du succès de l'inclusion des élèves car ils sont souvent les premiers à interroger le diagnostic et ce sont eux qui adaptent les pratiques éducatives en classe. Cependant, il est complexe pour eux de choisir des interventions appropriées.

L'**enfant et la famille** doivent être bien informés sur le trouble, sa reconnaissance permet d'être mieux compris, de conforter estime de soi, motivation et relations.

Des temps de concertation doivent également être prévus entre l'enseignant, les parents et les **spécialistes** (psychologues, psychoéducateur, éducateur spécialisé...): le succès de l'inclusion ne doit pas reposer uniquement sur les épaules de l'enseignant qui doit être soutenu par les professionnels du TDA/H et bénéficier de formations continues.

Des spécialistes québécois ont mis l'accent sur deux approches¹⁷ pour aider les enseignants à prendre en compte le TDA/H. D'une part ils évoquent un accompagnement issu de l'approche comportementale avec des évaluations fonctionnelles en plusieurs étapes : décrire le comportement problématique, identifier les facteurs influents sur les comportements et les hypothèses explicatives, déterminer des variables et planifier les interventions.

D'autre part, ils décrivent un accompagnement issu de l'approche de la santé mentale : l'enseignant doit avoir une relation non hiérarchique avec ses collègues spécialistes qui doivent l'aider à repérer les informations essentielles pour résoudre le problème et à améliorer son habileté et son efficacité.

¹⁷ MASSÉ L., NADEAU M-F., COUTURE C., VERRET C., LANARIS C., *Soutenir les enseignants dans l'inclusion scolaire des enfants et des adolescents avec un TDA /H* dans La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation n°65, 2005

Un autre outil d'aide aux enseignants évoqué est la communauté de pratique destinée à faciliter les échanges entre pairs et la résolution de problèmes pédagogiques en regroupant les professeurs pour améliorer leurs pratiques concernant élèves présentant des difficultés comportementales.

L'intérêt est de développer une meilleure compréhension des difficultés des élèves et d'identifier les interventions à maintenir, à modifier ou à ajouter.

Ainsi, il y a un soutien nécessaire à apporter aux enseignants de la part des professionnels qui doivent assister et encourager leurs efforts dans l'intérêt des élèves concernés, mais aussi envers la famille qui doit toujours être entendue et informée : il s'agit de collaborer pour trouver des stratégies de réussite scolaire.

B- Le rôle de l'enseignant et les aménagements en classe

Si le trouble est mal interprété par les enseignants ou s'ils n'ont pas les moyens adéquats, ces derniers peuvent instaurer des pratiques telles que les punitions et les réprimandes, augmentant ainsi les problèmes comportementaux des élèves : d'où l'intérêt de la connaissance du trouble mais aussi de la recherche d'adaptations adéquates qui peuvent être mises en œuvre.

Tout d'abord, il convient pour l'enseignant de connaître son élève avec ses symptômes, ses capacités et ses limites afin de l'accepter et de mieux répondre à ses besoins.

Ensuite il est primordial d'aménager l'espace de la classe : diminuer les sources de distraction visuelles et auditives, proposer une place à côté de l'enseignant ou d'enfants paisibles, créer des zones où l'enfant peut se dégourdir.

Puisque les élèves ayant un TDA/H peuvent rencontrer des problèmes de relations avec leurs pairs et d'estime de soi, il est très important d'assurer l'intégration avec les camarades ainsi que d'éviter la stigmatisation, et de sans cesse valoriser ses efforts, notamment avec des « feedback » positifs durant la journée d'école.

L'enseignant doit également proposer des exercices et des consignes séquencés pour pallier au défaut d'attention de l'élève : il faut fragmenter les travaux en petites tâches. Concernant les consignes on peut les écrire au tableau et il est important de vérifier la compréhension de l'élève en le faisant reformuler par exemple.

On peut montrer comment faire, aider l'élève à démarrer. Il faut laisser du temps aux élèves lors des activités pour pallier aux difficultés à se lancer dans la tâche et au traitement des informations ainsi qu'aux erreurs d'inattention. Il faut fréquemment attirer l'attention de l'élève, déterminer un code pour prévenir qu'il faut se concentrer.

En ce qui concerne l'agitation, il faut savoir tolérer les comportements gênants mineurs, les sorties temporaires de classe, les différentes positions pour travailler, fixer des objectifs, donner des responsabilités permettant de se déplacer dans la classe ainsi que féliciter les réussites. Au contraire, il ne faut pas priver l'élève de récréation qui est un temps de défoulement nécessaire. Pour l'impulsivité, il s'agit d'établir un lien de confiance, d'informer des conséquences du non-respect des règles, de rester à proximité de l'élève, d'encourager les retraits volontaires.

Chaque élève ayant un TDA/H est différent et il n'existe pas une méthode pédagogique unique mais l'association HyperSupers TDAH FRANCE propose des conseils pour pallier à différentes difficultés¹⁸ qui peuvent être formalisés dans des documents tels que le Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP) qui met en place des aménagements pédagogiques pour les élèves ayant des troubles des apprentissages. On peut aussi mettre en place un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) pour les élèves dont la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) a reconnu une situation de handicap. Dans ce cas, on peut également mettre en place des adaptations pédagogiques mais aussi de l'aide humaine pour aider l'élève à s'organiser et se concentrer – c'est-à-dire un Accompagnant d'Elève en Situation de Handicap (AESH)-, une attribution de matériel pédagogique adapté, un accompagnement ou une orientation particulière dans des établissements spécialisés.

¹⁸ Voir annexe n°5

C- Vers une utilisation du numérique

Selon le plan « l'École change avec le numérique »¹⁹, 57% des élèves se sentent plus concentrés depuis que le numérique est utilisé dans leur classe. L'usage de ce dernier développe les apprentissages en favorisant l'engagement personnel et l'intérêt des élèves, en proposant des situations d'autonomie mais aussi de collaboration, ou encore de créativité.

Dans le cas d'un élève ayant un TDA/H le numérique est intéressant car on peut se servir de l'ordinateur pour faire des jeux ludiques et éducatifs permettant de soutenir l'attention. En effet, l'informatique est une ressource éducative non négligeable car il stimule l'intérêt et l'attention des enfants. Ces activités ludiques consolidant les apprentissages représentent un moment de répit à des moments où les élèves n'arrivent plus à soutenir leur attention sur le travail proposé.

On peut aussi penser à l'utilisation tableau interactif qui attire également l'attention et qui est un support d'activité de manipulation où les élèves peuvent se déplacer pour réaliser l'activité au tableau et interagir entre eux.

Pour conclure, «le personnel enseignant doit adapter son enseignement et favoriser l'apprentissage en tenant compte des particularités de chacun dans un contexte collectif. Les besoins manifestés par les élèves sont variés : ils peuvent relever autant du domaine médical que du domaine psychologique et social et avoir des incidences pédagogiques importantes. C'est particulièrement le cas pour les jeunes qui présentent un TDAH. Il peut être difficile pour l'enseignant de reconnaître précocement les manifestations précises du trouble, de choisir les stratégies d'enseignement et de gestion de la classe les plus pertinentes, et, le cas échéant, de diriger l'élève vers les service d'aide adaptés. Les directeurs et directrices d'école ont, pour leur part, la tâche de soutenir le personnel enseignant, et ce dans diverses situations difficiles. Une méconnaissance du trouble et des symptômes peut rendre leur tâche ardue, parfois même impossible. Les professionnels du milieu scolaire sont aussi appelés à intervenir auprès des élèves en difficulté que ce soit pour évaluer les difficultés ou déterminer des stratégies d'intervention. Ils doivent donc suivre de près l'évolution des connaissances pour être en mesure d'aider les élèves ou d'apporter un soutien au personnel enseignant.»²⁰

¹⁹ <http://ecolenumerique.education.gouv.fr/pourquoi-faire-le-choix-du-numerique/>

²⁰ TDA/H - Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes, Plan d'action du Ministère de l'Éducation du Québec, 2000, p.7 et 8

En somme, le TDA/H est un trouble neuro-développemental complexe qui associe différents symptômes, plus ou moins intenses, qui exige un recueil de données multiples et précises avant d'être clairement établi. Le rôle des enseignants est de mettre en place des stratégies afin d'inclure au mieux les élèves ayant un TDA/H.

Chapitre 2 : Enquête

Dans cette seconde partie, il s'agit de faire une enquête méthodologique pour confronter les éléments théoriques à des cas plus concrets. Il s'agit également de confronter mon hypothèse de départ aux résultats sur le terrain.

I- Le terrain d'enquête

Afin de pouvoir mieux répondre aux questions posées en introduction, j'ai tout d'abord décidé de m'intéresser à l'élève qui m'a inspiré ce travail : Nicolas, qui est aujourd'hui en CM2. Cette année, il va à l'école le matin, puis dans un ITEP (Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique) l'après-midi. Son école élémentaire se trouve dans une commune située dans l'Entre-deux-Mers et se compose de 226 élèves. Après le déjeuner, un taxi amène Nicolas dans un ITEP d'une commune de la métropole de Bordeaux également située dans l'Entre-Deux-mers. Cette structure accueille 75 enfants de deux ans et demi à douze ans dont 50 en semi-internat et 25 dans le cadre d'un SESSAD (Services d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile). C'est la MDPH (maison départementale des personnes handicapées) qui notifie les enfants qui doivent être accueillis à l'ITEP. Cet institut prend en charge des enfants ayant des difficultés psychologiques se traduisant par des troubles du comportement constituant pour eux des obstacles aux apprentissages et à la socialisation. L'ITEP réunit donc un ensemble de professionnels pour accompagner au mieux ces enfants (enseignants spécialisés, éducateurs, éducateurs sportifs, psychologues, psychomotriciens...). Je me suis donc rendue dans ces deux structures qui accueillent Nicolas.

Par la suite, il m'a semblé intéressant de comparer le cas de Nicolas avec un autre élève ayant un TDA/H pour dégager des similitudes et/ou des différences. J'ai alors contacté une enseignante qui a eu plusieurs élèves avec ce trouble, et nous avons plus particulièrement parlé d'un élève de CP qui est dans sa classe cette année. Cette professeure des écoles enseigne à l'école élémentaire René Girol à Eysines, ville située dans l'unité urbaine de Bordeaux. Cette école accueille 327 élèves.

II- Les méthodes utilisées

En ce qui concerne Nicolas, il m'a paru très intéressant de m'entretenir avec son enseignante et directrice de l'école afin de lui poser des questions concernant son parcours scolaire, sur le diagnostic ou encore sur les adaptations pédagogiques. J'ai donc procédé à un entretien avec beaucoup de questions ouvertes mais aussi d'autres plus fermées pour connaître son avis sur des interrogations primordiales comme l'importance du diagnostic. J'ai procédé à un entretien semi-directif avec cette enseignante car je voulais collecter des informations précises pour pouvoir répondre à ma problématique.

Je me suis ensuite rendue dans l'ITEP qui l'accueille les après-midis afin de comprendre l'aide que peut lui apporter cette structure et comment s'articule le lien avec l'école. J'ai pu également rencontrer le chef de service éducatif, avec qui j'ai aussi décidé de m'entretenir afin de pouvoir lui poser des questions générales sur le fonctionnement de l'ITEP ainsi que des questions plus ciblées sur Nicolas. Ici, l'entretien a plutôt été non directif : j'ai exposé le thème et l'enquêté s'est exprimé librement en répondant aux questions que j'avais préparées sans que j'ai à les poser : j'ai donc écouté et enregistré son discours en n'intervenant que pour demander des précisions sur ses propos.

Concernant l'entretien avec l'enseignante de l'école élémentaire d'Eysines, il s'est agi de poser les mêmes questions que j'ai posées à l'enseignante de Nicolas : réussites et difficultés de l'élève, place du diagnostic, relations avec les parents, adaptations... L'objectif était de comparer les réponses des deux enseignantes. Ainsi, le mode d'entretien a également été semi-directif afin de poser les questions qui m'intéressaient tout en laissant l'enseignante répondre de façon libre. Toutefois, je n'ai pas pu la rencontrer en personne, l'entretien s'est donc fait par téléphone. De la même manière qu'avec le directeur de l'ITEP, j'ai écouté et enregistré ses réponses.

III- Les résultats collectés

Il s'agit dans cette partie de transcrire les résultats des entretiens que j'ai menés : ils seront présentés de manière chronologique, c'est-à-dire dans l'ordre où j'ai rencontré les professionnels qui m'ont répondu.

A-Entretien avec une directrice d'école élémentaire et enseignante en CM2

Voici les résultats de l'entretien avec la directrice de l'école élémentaire et enseignante de Nicolas :

Dans un premier temps, j'ai demandé à l'enseignante de me parler du parcours scolaire de son élève. Elle explique que les signaux qui ont amené ses précédents enseignants à se poser des questions sont apparus dès la maternelle car il était très agité et avait du mal à se poser dans les activités. A l'école élémentaire cela a été difficile car il avait des comportements inadaptés, il était « dans son monde », stressé, les erreurs étaient difficiles à gérer, il manquait de confiance, il pouvait être violent physiquement et verbalement.

Je lui ai alors demandé à quel moment le diagnostic a été posé concrètement. En fait, c'est l'école qui a contacté le psychologue scolaire durant son année de CM1 car Nicolas était extrêmement excité. La directrice a demandé de réunir une équipe éducative en présence de l'inspecteur de circonscription car Nicolas avait un comportement très difficile avec son enseignante. Il a alors vu un psychiatre qui a décidé de lui administrer un traitement de Ritalin car c'était trop compliqué de finir l'année à l'école de cette manière. Puis, l'équipe, en accord avec la MDPH, a décidé que Nicolas devrait aller à l'ITEP les après-midi. Elle explique qu'au départ, le fait d'aller à l'ITEP était difficile pour lui car il trouvait que les autres enfants parlaient mal. L'enseignante explique qu'il peut pratiquer du sport ou faire des activités manuelles dans cette structure, et qu'il peut être soigneux dans ses activités.

Au niveau scolaire, l'enseignante dit que Nicolas est un bon élève en précisant qu'il a 16 de moyenne, qu'il a une très bonne mémoire. Concernant les adaptations pédagogiques, les enseignants de l'école ont mis en place un emploi du temps aménagé pour que Nicolas puisse aller travailler dans différentes classes car le fait de changer de groupe l'apaise. Pour pallier à ces nombreux moments d'autonomie, la directrice le prenait en charge seul durant la pause méridienne et cela se passait bien.

Cette année, la directrice qui est aussi son enseignante a choisi d'installer Nicolas près d'elle pour l'encourager ou à côté d'élèves qui peuvent l'aider. Elle copie ses leçons de sciences, il n'a pas d'anglais, il pratique l'Education Physique et Sportive à l'ITEP. Quand « il décroche », elle reprend avec lui ou demande à ses camarades de classe de lui expliquer à nouveau, elle donne une charge de travail moins importante en fin de matinée. Elle doit accompagner son travail car il a besoin d'être rassuré et a du mal à démarrer une tâche tout seul car il manque de confiance en lui. Ainsi, il repasse plusieurs fois sur les lettres lorsqu'il écrit ce qui peut rendre l'écriture difficile à lire²¹. Nicolas est capable de montrer de la bonne volonté, il est content quand il réussit, il a des passions pour certains sujets et adore le sport. Elle dit qu'il est très fort en athlétisme et se souvient du cross organisé par l'école avec les élève de sixième du secteur où il avait beaucoup de facilités malgré la pression.

Concernant la relations avec ses pairs, l'enseignante explique que ces derniers ont parfois pu être dans l'incompréhension car Nicolas n'était pas puni systématiquement lorsqu'il avait un comportement perturbateur. Elle raconte aussi qu'une pétition a été créée par les parents d'élèves à son encontre car il mettait ses pairs en danger. Toutefois, elle note une amélioration puisqu'aujourd'hui ses camarades l'encouragent, ne se moquent pas de lui et sont gentils avec lui.

Ce qui est très difficile pour Nicolas ce sont les situations de grand groupe, qui se multiplient dans la journée avec la cantine et la garderie notamment. L'enseignante explique qu'avec la modalité du très grand groupe à la garderie situé en fin de journée, il devient violent. Elle a donc conseillé aux parents de diminuer ces situations, en suggérant par exemple que sa grand-mère viennent le chercher à la sortie de l'école.

²¹ Voir annexe n° 5

L'enseignante ajoute qu'une autre enfant de l'école qui a le même trouble a besoin de beaucoup de ré-explication, pour elle le groupe n'a pas de sens, elle est suivie à l'hôpital Charles Perrens mais n'a pas de traitement. Si comme Nicolas, elle a du mal à se poser, à s'organiser et s'énerve souvent, elle tient à dire que chaque élève avec un TDA/H est différent. En effet, elle se souvient d'un élève qu'elle a eu sans sa classe, aujourd'hui en quatrième au collège, qui n'était pas violent mais avait des problèmes d'apprentissages et qui passait son temps à démonter son matériel scolaire. Elle dit alors : « *on fait ce qu'on peut, on essaie différentes choses* ».

Concernant la question de la coéducation, elle explique que la relation avec les parents n'a pas été facile durant l'année de CM1 car le dialogue avec l'enseignante était compliqué.

Elle explique que cette année, Nicolas prend son cachet de Ritalin qui le rend plus calme jusqu'à 11h, ensuite il devient plus agité mais cela se passe bien. L'enseignante et lui ont un bon relationnel, elle dit qu'elle évite les situations de stress en le rassurant et en se mettant près de lui. Elle précise qu'il ne veut pas parler du cachet ni de l'ITEP à ses pairs car il n'aime pas être stigmatisé. Elle dit qu'aujourd'hui c'est un élève de bonne volonté, content de ses réussites, et qu'il accepte mieux ses erreurs.

Elle conclue en disant que ce qui l'inquiète est le collège, elle se demande ce qui va être mis en place pour Nicolas.

B-Entretien avec un directeur d'ITEP

Dans un deuxième temps, j'ai pu m'entretenir avec le chef de service de l'ITEP qui accueille Nicolas

Tout d'abord, il m'a présenté l'ITEP : c'est une structure accueillant 75 enfants, avec 49 salariés composant une équipe interdisciplinaire de spécialistes. Dans cet institut, un adulte prend en charge 6 enfants. Pour chacun d'entre eux, l'équipe pluridisciplinaire se réunit environ tous les six mois pour faire un point sur leur parcours.

Dans le cas Nicolas, l'ITEP l'accueille depuis le début de l'année scolaire tous les après-midi. Il participe, avec d'autres enfants de son âge à des ateliers (hip-hop, bricolage, sport), selon ses goûts ; mais aussi à des moments de classe.

Le chef de service pense que le diagnostic n'apporte qu'une réponse « *déshumanisante* » aux enfants, cela les enferme dans des cases. Le principe de l'ITEP est que chaque élève puisse trouver des solutions et avancer à son rythme. Pour lui, le diagnostic TDA/H se conjugue avec l'administration de la Ritalin alors qu'il privilégie des solutions thérapeutiques, et souhaite accueillir les enfants tels qu'ils sont, sans les forcer. Il dit que ce qui est important c'est de prendre le temps de bien connaître chaque élève pour apporter les solutions qui conviennent à chacun. Il ajoute que les enfants avancent à leur rythme. De plus, il met en garde concernant le diagnostic du TDA/H qui peut être confondu avec d'autres pathologies. Selon lui, l'ITEP est une structure adaptée pour traiter l'agitation motrice, l'impulsivité et l'inattention. À leur arrivée, chaque enfant a du temps pour connaître les adultes et les camarades et ensuite, il y a une mise en place d'ateliers correspondant à ses goûts et ses besoins. Les objectifs thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques de Nicolas sont précis et se réunissent sans son PAP. Il ajoute que si Nicolas a un bon niveau scolaire c'est aussi grâce à ce que son enseignante a mis en place pour l'accompagner.

C-Entretien avec une enseignante en CP

Enfin, j'ai procédé à un entretien téléphonique avec une enseignante en CP de l'école René Girol à Eysines.

Dans un premier temps, elle explique qu'elle se sent démunie par rapport aux élèves ayant un TDA/H et qu'elle ne se sent pas soutenue. Concernant les signaux qui peuvent mettre en garde les professionnels de l'éducation elle parle de difficultés d'attention, d'un flot de parole continuels parfois incohérent ou encore d'une impossibilité à tenir en place. Il s'agit ensuite de s'entretenir avec les parents de l'élève pour parler de son comportement à la maison afin de les orienter vers des professionnels. Souvent, l'enseignant organise une équipe éducative afin d'envisager les adaptations nécessaires afin d'aider l'élève à se concentrer ou encore à appréhender les consignes.

Plus précisément, l'élève qu'elle a actuellement dans sa classe de CP a un très bon niveau scolaire mais il a des problèmes de concentration et de gestion des émotions et de l'échec. Ainsi, l'enseignante et l'élève mettent en place des contrats l'autorisant à se déplacer lorsqu'il en a besoin, elle lui confie des responsabilités qui lui permettent de quitter sa place, de ne pas rester immobile. Elle dit que le fait de bouger lui permet ensuite de se remettre dans l'activité. De plus, comme il n'arrive pas à travailler en autonomie ni à se concentrer seul, il a besoin d'être accompagné. Elle ajoute qu'il a beaucoup de mal à supporter l'échec, il a besoin d'être rassuré.

À la question de la place du diagnostic dans l'accompagnement de l'élève, l'enseignante répond que cela l'a beaucoup aidée. En effet, elle explique que si elle a toujours essayé de mettre en place des adaptations pédagogiques pour lui, parfois elle s'est sentie découragée, elle s'est dit que cet élève était peut-être « mal élevé ». Le fait de connaître le diagnostic TDA/H lui a fait prendre conscience que cet enfant a une pathologie qui l'empêche d'avoir un comportement adapté et cela lui a donné plus de courage pour l'aider, mais aussi plus d'empathie et de patience envers lui.

Suite au diagnostic, l'enseignante et les parents ont décidé de faire des points réguliers, elle explique que l'investissement des parents compte beaucoup dans le parcours de l'élève.

Elle communique aussi avec ses collègues : par exemple concernant le choix de classe pour l'an prochain ou pour leur donner des informations à propos de cet élève. De plus, elle pense aussi à organiser une équipe éducative pour parler d'une aide extérieure pour accompagner cet élève en classe.

Cette enseignante conclue en répétant qu'elle se sent un peu seule face à cette situation, elle souhaiterait que le RASED (réseau d'aides spécialisées aux enfants en difficultés) soit plus présent dans l'école afin de se sentir soutenue, de trouver des solutions en accord avec des professionnels.

IV- L'analyse des résultats

Dans cette partie, il s'agit de comparer les résultats de l'enquête aux connaissances théoriques, ainsi que d'interpréter les résultats des entretiens en relation avec les questions qui se posaient autour du TDA/H.

Dans un premier temps, nous allons analyser l'entretien avec la directrice de l'école élémentaire et enseignante de CM2 :

-Les symptômes : La description de Nicolas correspond bien au TDA/H dans la mesure où depuis l'école maternelle, il montre des difficultés à rester attentif, à se poser, à ne pas avoir de comportements agités voire violents.

-Le diagnostic : Malgré les signaux dès la maternelle, le diagnostic n'a été posé qu'à l'école élémentaire comme c'est très souvent le cas, plus précisément en CM1 lorsque la psychologue scolaire a orienté Nicolas vers des spécialistes qui ont décidé de lui administrer un stimulant. Ce qui est important dans les propos de l'enseignante concernant le diagnostic est que selon elle, savoir que Nicolas était en effet porteur du trouble ne changeait rien dans la mesure où depuis le CP, l'équipe pédagogique a mis en place des stratégies d'adaptation.

-Les difficultés : On remarque que Nicolas a eu des difficultés dans les relations sociales. En effet malgré une nette amélioration, la création d'une pétition contre Nicolas montre à quel point le comportement des enfants ayant un TDA/H peut être mal accepté, mal interprété, incompris et même clairement rejeté. Cette situation a bien évidemment été difficile à gérer et à accepter pour les parents de Nicolas qui ont dû faire face aux préjugés et aux regards des autres parents d'élèves. Concernant, la difficulté scolaire, Nicolas ne présente pas de trouble des apprentissages, ses résultats sont très bons.

-Les adaptations : Concernant les aménagements en classe, l'enseignante a choisi de placer Nicolas près d'elle ou à côté d'élèves qui peuvent le rassurer, lui donne une charge de travail moins importante et passe plus de temps à expliquer les contenus, ce qui correspond aux conseils pour aider les élèves ayant un TDA/H.

-Les perspectives : L'enseignante évoque une inquiétude concernant le passage à la sixième. En effet, on peut imaginer que le passage d'un environnement proche et sécurisant à un milieu où il est difficile de trouver sa place compte tenu du morcellement des enseignements peut s'avérer difficile à vivre.

En ce qui concerne l'entretien avec le chef de service de l'ITEP, la donnée la plus frappante est sa réponse concernant le diagnostic. Ce dernier va jusqu'à employer le terme de « déshumanisant ». À l'image des enseignants de Nicolas qui n'ont pas attendu le diagnostic pour mettre en place des adaptations, il trouve que ce dernier est réducteur pour les élèves. Pour lui, peu importe les pathologies, il faut accompagner la prise de conscience des symptômes des enfants mais surtout apporter des réponses adaptées à chacun, et ces dernières ne peuvent être unilatérales.

Ainsi, pour dresser un bilan de l'inclusion scolaire de Nicolas, le chemin n'a pas été facile dans la mesure où il a été compliqué pour les enseignants de garder cet élève dans leur classe toute la journée et où il avait des moments de violence compliquée à gérer. Cependant, depuis la maternelle, les enseignants ont toujours tenté de trouver des solutions, et c'est l'ensemble de l'équipe pédagogique qui a dû mettre en place des adaptations de manière commune et en s'entraïdant. Les moments de violences incontrôlés ont amené les spécialistes à lui administrer le Ritalin, et sa difficulté à être en grand groupe toute la journée notamment ont poussé l'équipe éducative à prendre la décision d'inscrire Nicolas dans un Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique l'après-midi. Ainsi, il peut continuer d'aller à l'école, où il continue de développer ses apprentissages et où il est en contact avec ses camarades de classe avec qui les relations sont aujourd'hui apaisées.

À l'issue de ces deux entretiens, il apparaît que ces deux professionnels minimisent l'importance du diagnostic.

Ensuite, il convient d'analyser l'entretien téléphonique avec une enseignante de CP qui a un élève avec un TDA/H dans sa classe :

-Les symptômes : La description de cet élève correspond au TDA/H car il a des difficultés à se concentrer seul, à travailler en autonomie sans accompagnement, et il a beaucoup de mal à gérer ses émotions.

-Le diagnostic : les signaux sont apparus dès la maternelle, le diagnostic a été posé dès le CP dans la mesure où les parents sont allés voir des spécialistes très tôt. La prononciation du diagnostic a beaucoup aidé l'enseignante car cela lui a permis de savoir que cet élève a une pathologie et qu'il ne contrôle pas son comportement.

-Les difficultés : Cet élève n'a pas de difficultés dans les apprentissages, au contraire il a un très bon niveau. En revanche, il ne supporte pas les échecs (notamment scolaires) et ne gère pas les émotions du quotidien.

-Les adaptations : en ce qui concerne les aménagements en classe, l'enseignante doit beaucoup accompagner cet élève pour le rassurer, il a besoins d'aide pour rester concentrer, écouter les consignes. Elle lui laisse le droit de se déplacer lorsqu'il en a besoin. L'aménagement majeur pour cet élève est le fait de le laisser circuler dans la classe et dans l'école quand il en ressent le besoin. Il a aussi besoin d'accompagnement pour rester concentrer sur les tâches à réaliser

-Les perspectives : l'enseignante explique que cet élève aurait besoin d'une aide humaine dans la classe pour l'aider à se concentrer, le rassurer. Contrairement à l'orientation en ITEP pour Nicolas, l'équipe pédagogique pense que cet élève aurait besoin d'un(e) AESH (accompagnant des élèves en situation de handicap) pour l'aider à maintenir son attention durant la journée d'école, afin de poursuivre au mieux ses apprentissages.

Nous pouvons ainsi comparer les informations collectées pour ces deux élèves ayant un TDA/H :

-Les symptômes : Le point commun entre ces élèves sont les problèmes d'attention, d'agitation et de gestion des émotions qui sont des symptômes typiques des élèves hyperactifs. Cependant Nicolas a plus de problèmes concernant l'impulsivité dans la mesure où il a eu plusieurs fois des comportements violents au sein de l'école.

-Le diagnostic : C'est un point dont la réponse donnée par les enseignantes diffère très clairement. D'une part, l'enseignante de Nicolas dit qu'avant même le diagnostic posé en CM1, l'équipe pédagogique a toujours du mettre en place des adaptations communes. De plus, elle explique que comme chaque élève avec TDA/H est différent, il s'agit de toute façon d'essayer différentes choses pour l'aider. Ce point de vue se voit renforcé par le discours du directeur de l'ITEP qui accorde peu d'importance au diagnostic dans la mesure où il accueille chaque enfant comme il est, sans à priori, en essayant de trouver les solutions qui conviennent à chacun.

-Les difficultés : Les études montrent que 70 % des élèves hyperactifs ont un trouble des apprentissages. Toutefois, les deux enseignantes expliquent que ces élèves n'ont pas de difficultés scolaires, au contraire, ils ont un très bon niveau et ont des facilités. Par contre, tous deux ont besoin d'accompagnement pour se concentrer et pour être rassurés. Nicolas semble avoir eu plus de difficultés dans la relation avec ses pairs, car il a pu avoir des réactions plus violentes. Toutefois, pour les deux élèves, la gestion des émotions est compliquée et mène à des réactions impulsives (les deux enseignantes utilisent le mot « disjoncter ») que les pairs doivent accepter.

-Les adaptations : Depuis le début de leur parcours scolaires, pour les deux élèves, les enseignants ont toujours du adapter leurs pratiques pédagogiques. Les similitudes sont le fait de devoir les accompagner pour qu'ils restent concentrés et retiennent les consignes, ou encore le fait de pouvoir bouger.

-Les perspectives : Concernant l'inclusion de ces élèves, différentes décisions ont été prises : pour Nicolas, il y a eu une orientation en ITEP, alors que pour l'élève de CP, l'équipe envisage une AESH pour l'accompagner sur le temps scolaire

Afin de dresser un bilan comparatif plus clair de ces deux entretiens, nous pouvons dresser le tableau suivant :

	Élève 1	Élève 2
Inattention	OUI	OUI
Hyperactivité	OUI	OUI
Impulsivité	OUI	OUI (mais pas de violences)
Difficulté dans la gestion des émotions	OUI	OUI
Difficultés relationnelles avec les pairs	NON (plus maintenant)	NON
Difficultés d'apprentissage	NON	NON
Traitement médicamenteux	OUI	NON
Traitement psychosocial	OUI	OUI
Décision de l'équipe éducative / MDPH	ITEP (l'après-midi)	AESH (à venir)
Importance du diagnostic pour l'enseignante	NON	OUI

À la lumière de ce tableau, nous voyons que les deux élèves présentent les mêmes symptômes (à des degrés différents). C'est l'importance des comportements violents qui a induit l'orientation en ITEP. La différence notable est l'importance du diagnostic pour les enseignantes.

Conclusion

Rappelons la problématique de départ : **la méconnaissance du TDA/H et les difficultés pour le repérer et le diagnostiquer sont-elles des obstacles à l'amélioration des apprentissages et de l'inclusion des élèves concernés ?**

À cette interrogation, mon hypothèse de départ était la suivante : le diagnostic est essentiel pour connaître l'élève et répondre de manière pertinente à ces besoins. Suite à mes deux premiers entretiens, il est apparu que l'enseignante de Nicolas et le directeur de l'ITEP qui l'accueille les après-midis sous-estiment l'importance du diagnostic. En effet, le directeur de l'ITEP trouve que ce dernier enferme les élèves dans des cases, qu'il entraîne des réponses déshumanisantes dans le sens où il conduit souvent à une réponse médicamenteuse. Quant à l'enseignante de Nicolas qui a été diagnostiqué en CM1, elle a toujours – en tant que directrice – essayé d'instaurer dans l'école des réponses pédagogiques et éducatives aux besoins de cet élève.

Toutefois, la seconde enseignante que j'ai interrogée ne tient pas le même discours : sa méconnaissance du trouble et son manque de soutien lui ont posé beaucoup de difficultés pour inclure au mieux son élève ayant un TDA/H dans sa classe. L'annonce du diagnostic lui a permis de prendre conscience de la raison des difficultés des réponses de son élève, et ainsi d'y répondre de manière plus compréhensive et adaptée. On peut donc conclure qu'en fonction de l'expérience du professeur - l'enseignante de Nicolas est plutôt en fin de carrière, l'autre enseignante est en début de carrière – mais aussi de son ressenti, le diagnostic peut influencer sur les méthodes pour aider l'élève

À l'issue de mes recherches, il apparaît qu'en raison de l'augmentation du nombre d'élèves ayant un TDA/H, cette pathologie est de plus en plus connue des professionnels de l'éducation. Toutefois, ces derniers n'ont pas toujours le soutien et l'aide nécessaire à l'inclusion de ces élèves. De plus, nous voyons que les enseignantes interrogées ont connu plusieurs élèves diagnostiqués, avec chacun

leurs particularités et leurs différences, ce qui mènent à changer les adaptations et l'aide qui peut être apportée.

Ainsi, il apparaît tout de même important de savoir que le TDA/H est un trouble qui empêche les enfants d'agir de manière appropriée. Cependant, les clés de l'amélioration des apprentissages et de leur inclusion semblent être les suivantes : écouter et comprendre les besoins de l'élève, travailler avec en équipe, notamment avec les spécialistes, mais aussi avec les parents, trouver et aménager des solutions pour que l'enfant puisse se sentir bien dans la classe et dans l'école. Cependant, parfois, les adaptations orchestrées par les enseignants ne suffisent pas au bien-être et à la réussite scolaire de l'élève. Dans ce cas-là, il est nécessaire –dans le cadre d'une équipe éducative et en accord avec la MDPH- de trouver des ressources extérieures : accompagnement du RASED, attribution d'une AESH, orientation en institut spécialisé. Ces dispositifs permettent à l'élève de conjuguer sa présence à « l'école ordinaire » à une aide spécialisée. Il s'agit bien de s'adapter aux besoins de l'élève en vue d'une réussite scolaire et d'une socialisation optimale.

Si l'établissement du diagnostic peut s'avérer révélateur pour certains enseignants –mais aussi pour les parents- car ils déculpabilisent, mettent un mot sur des symptômes, comprennent mieux l'enfant ; pour une même pathologie, chaque élève est différent et il convient de prendre en compte ces besoins particuliers. En effet, le diagnostic ne doit pas être le vecteur d'une réponse unilatérale à un trouble. Il s'agit plutôt de connaître l'élève avec ses difficultés mais aussi ses capacités pour lui proposer des solutions d'adaptation à la classe.

Pour conclure, nous pouvons citer Thomas Armstrong qui décrit l'enfant ayant un TDA/H comme un « formidable réservoir d'énergie que l'on peut envisager comme une lumière sous le boiseau, comme un rayon laser faisant des ravages, ou encore comme une expérience de fusion nucléaire « hors-contrôle ». Si cette d'énergie est bien comprise, nourrie et canalisée, elle peut véritablement devenir la lumière de notre monde ! »²²

²² ARMSTRONG. A, *Déficit d'attention et hyperactivité*, éditions Chenelière, page. 108

En effet, si les comportements hyperactifs sont souvent mal jugés et perçus de manière très négatives par la société, la prise en compte et la compréhension des difficultés des enfants ayant un TDA/H par sa famille, mais aussi par les enseignants est primordiale. Il s'agit de lui donner les moyens de s'épanouir et de s'adapter à son environnement Plutôt que d'enfermer l'enfant dans ses conduites perturbatrices, il s'agit de mettre en valeur ses diverses compétences, sa réactivité, son esprit vif et dépendant ou encore sa créativité.

Enfin, l'élaboration de ce mémoire de recherche m'a beaucoup apporté sur le plan professionnel car cela m'a permis de découvrir bon nombre d'informations intéressantes sur le TDA/H et de rencontrer des professionnels qui m'ont offert des témoignages enrichissants dont je me nourrirai de tout cela pour améliorer ma pratique.

Bibliographie

❖ Textes officiels

Loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, 11 février 2005

Loi n°2013-595 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République, 8 juillet 2013

❖ Articles

DELAUBIER J-P et SAURAT G., *Rapport sur le traitement de la grande difficulté au cours de la scolarité obligatoire*, novembre 2013

JUNEAU J. et BOUCHER L-P, *Le déficit d'attention/hyperactivité et les comportements des jeunes en milieu scolaire : l'état de la question*, éducation et francophonie, 2004

LAVIGUEUR S. et DESJARDINS C., *Une approche globale du déficit d'attention/hyperactivité : analyse systémique et intervention multimodale*, Revue canadienne de psycho-éducation, vol. 28, , 1999.

WODON I., *Les enjeux du TDAH*, Cairn, 2009

❖ Revues

Revue enfants-parents guide, le déficit de l'attention et hyperactivité en 32 questions, Éditions Enfants Québec, n°6, 2009

La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation - Aider les enseignants dans l'inclusion scolaire des enfants et des adolescents avec un TDA/H. n°68, 2015

❖ Albums

VINCENT A., *Mon cerveau a besoin de lunettes, vivre avec l'hyperactivité*, éditions académie impact, 2004

❖ Sites internet

Les cahiers pédagogiques : <http://www.cahiers-pedagogiques.com>

Pour une école inclusive : <https://ecole-inclusive.org>

TDA/H Belgique : <http://www.tdah.be/>

TDA/H France : <https://www.tdah-france.fr>

Tous à l'école : <http://www.tousalecole.fr>

❖ Ouvrages

ANCAUX V., DE CARTIER P., DE HEMPTINNE D., DE SCHAEZTEN S, LAPORTE N., *L'hyperactivité, TDA-H : les prises en charge neuropsychologique et psychoéducative*, De Boeck, 2013.

ARMSTRONG T., *Déficit d'attention et hyperactivité, stratégies pour intervenir autrement en classe*, Chenelière Éducation, 2001

BERTHOUD F., *Hyperactivité et déficit d'attention de l'enfant : comprendre plutôt que droguer*, Testez éditions, 2014.

DUBÉ, R., *Hyperactivité et déficit d'attention chez l'enfant*, Gaëtan Morin éditeur, 1992.

GRAMOND A. et NANINI L., *Troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), concrètement, que faire ?* Tom Pousse, 2016.

HENDRYCKX C., *Logiciel Éducatifs: Outils de Remédiation Au Service de L'attention*. Editions universitaires européennes, 2011.

JUMEL B., *Les troubles de l'attention chez l'enfant. Identification et remédiations*, Dunod, 2014.

LUSSIER F., *100 idées pour mieux gérer les troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité et pour aider les enseignants, les parents et les enfants*, 2011.

ROSKAM I., DE MATHIEU P., YANSENNE L., *Tdah à l'école : petite histoire de l'inclusion*, 2014

THOMAS J., VAZ-XERNIGLIA C., WILLEMS G., *Troubles de l'attention chez l'enfant. Prise en charge psychologique*, 2009.

VERA L., *Le TDAH chez l'enfant et l'adolescent*, Dunod, 2015.

WAHL G., *Les enfants hyperactifs*, coll. *Que sais-je ?* PUF, 2012.

Annexe n°1 : Illustration de l'histoire Philippe qui gigote



Annexe n° 2 : Critères diagnostiques de la CIM 10

F90 : Troubles hyperkinétiques

Définition : Groupe de troubles caractérisés par un début précoce (habituellement au cours des cinq premières années de la vie), un manque de persévérance dans les activités qui exigent une participation cognitive et une tendance à passer d'une activité à l'autre sans en finir aucune, associées à une activité globale désorganisée, incoordonnée et excessive. Les troubles peuvent s'accompagner d'autres anomalies. Les enfants hyperkinétiques sont souvent imprudents et impulsifs, sujets aux accidents, et ont souvent des problèmes avec la discipline à cause d'un manque de respect des règles, résultat d'une absence de réflexion plus que d'une opposition délibérée. Leurs relations avec les adultes sont souvent marquées par une absence d'inhibition sociale, de réserve et de retenue. Ils sont mal acceptés par les autres enfants et peuvent devenir socialement isolés. Ces troubles s'accompagnent souvent d'une altération des fonctions cognitives et d'un retard spécifique du développement de la motricité et du langage. Ils peuvent entraîner un comportement dyssocial ou une perte de l'estime de soi.

- Inattention : Au moins six des symptômes d'inattention suivants ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est mal adapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

- ne parvient pas souvent à prêter attention aux détails, ou fait des « fautes d'inattention » dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités
- ne parvient souvent pas à tenir son attention dans des tâches ou des activités de jeu ;
- ne parvient souvent pas à écouter ce qu'on lui dit ;
ne parvient souvent pas à se conformer aux directives venant d'autrui, ou à finir ses devoirs, ses corvées, ou ses obligations sur le lieu de travail (non dû à un comportement oppositionnel ou à un manque de compréhension des instructions) ; o souvent du mal à organiser des tâches ou des activités ;
- évite souvent ou fait très à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu tels que les devoirs à domicile ;
- perd souvent des objets nécessaires à son travail ou à certaines activités à l'école ou à la maison (ex : crayons, livres, jouets, outils) ;
- est souvent facilement distrait par des stimuli externes ;
- fait des oublis fréquents au cours des activités quotidiennes.

- Hyperactivité : au moins trois des symptômes d'hyperactivité suivants ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est mal adapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

- agite souvent ses mains ou ses pieds ou se tortille sur sa chaise ;
- se lève en classe ou dans d'autres situations alors qu'il devrait rester assis ;
- court partout ou grimpe souvent, de façon excessive, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'agitation) ;
- est souvent exagérément bruyant dans les jeux ou a du mal à participer en silence à des activités de loisir ;
- fait preuve d'une activité motrice excessive, non influencée par le contexte social ou les consignes.

- Impulsivité : au moins un des symptômes d'impulsivité suivants a persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est mal adapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

- se précipite souvent pour répondre aux questions sans attendre qu'on ait terminé de les poser ;
- ne parvient souvent pas à rester dans la queue ou à attendre son tour dans les jeux ou d'autres situations de groupe ;
- interrompt souvent autrui ou impose sa présence (par exemple fait irruption dans les conversations ou les jeux des autres) ;
- perle souvent trop sans tenir compte des conventions sociales. - Le trouble survient avant l'âge de sept ans.

- Caractère envahissant du trouble : les critères doivent être remplis dans plus d'une situation, par exemple, l'association d'une inattention et d'une hyperactivité doit être présente à la fois à la maison et à l'école, ou à la fois à l'école et dans une autre situation où les enfants font l'objet d'une observation, par exemple en centre de soins.

- Les symptômes cités en inattention, hyperactivité et impulsivité sont à l'origine d'une souffrance, ou d'une altération du fonctionnement social, scolaire ou professionnel, cliniquement significative.

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

Annexe n°3 : Critères diagnostiques du TDA/H dans la classification DMS IV

Le questionnaire du DMS IV comprend 22 critères.

➤ **9 critères concernent l'inattention :**

- Souvent l'enfant ne parvient pas à maintenir son attention dans les détails ou fait, dans son travail scolaire ou dans toute autre activité, des erreurs d'attention.
- Il a souvent des difficultés à maintenir son attention dans des tâches ou activités de jeu.
- Souvent il n'a pas l'air d'écouter quand on lui parle.
- Souvent il ne suit pas l'ensemble des consignes.
- Il a souvent des difficultés à organiser son travail ou toute autre activité.
- Souvent il semble démotivé pour son travail scolaire ou toutes tâches nécessitant un effort mental.
- Souvent il perd les affaires nécessaires à son travail ou à ses jeux.
- Il est souvent facilement distrait par les stimuli externes.
- Il est souvent négligent dans ses activités quotidiennes.

➤ **9 critères concernent l'agitation ou l'impulsivité :**

- L'enfant remue souvent ses mains et ses pieds ou bouge sur son siège.
- Souvent il quitte sa place en classe ou dans toute autre situation où l'on demande de rester en place.
- Souvent il court ou grimpe partout dans des circonstances inappropriées.
- Il a souvent des difficultés à avoir des jeux ou des activités de loisirs calmes.
- Il est souvent «sur la brèche» ou agit avant de réfléchir.
- Souvent il parle trop.
- Souvent il se précipite pour répondre aux questions avant qu'elles n'aient été totalement formulées.
- Il a du mal à attendre son tour.
- Souvent il interrompt autrui.

➤ **4 critères sont obligatoires**

- Le début des symptômes doit se situer avant l'âge de sept ans.
- La durée des symptômes doit être supérieure à six mois.
- Les troubles doivent s'exprimer dans au moins deux circonstances ou lieux différents (par exemple école et domicile). C'est pourquoi des questionnaires sont prévus en direction des parents et des enseignants.
- Les troubles doivent manifestement retentir sur l'intégration de la vie sociale, scolaire ou professionnelle.

Pour évoquer le diagnostic de TDA/H, il faut que les **4 critères obligatoires** soient remplis **ainsi que 6 des 9 critères d'inattention ou d'agitation/impulsivité.**

Annexe n°4 : Questionnaire de Connors

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

Nom de l'enfant:.....garçon fille.....

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 Conners, 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.

Questionnaire de Conners pour les enseignants CTRS-R:S

(Conners Teachers Rating Scale-Revised : Short)

Nom de l'enfant _____ Sexe : M F	Date du test : _____ <small style="display: block; text-align: center;">année mois jour</small>
École : _____ Classe : _____	Date de naissance : _____ <small style="display: block; text-align: center;">_____ ans _____ mois _____</small>
Nom de l'enseignante : _____	Âge : _____

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

	PAS VRAI DU TOUT (jamais, rarement)	UN PEU VRAI (à l'occasion)	ASSEZ VRAI (souvent)	TRÈS VRAI (très souvent)
1. Inattentif, facilement distrait	0	1	2	3
2. Provoquant	0	1	2	3
3. N'arrête pas de bouger, gigote, se tortille	0	1	2	3
4. Oublie ce qu'il/elle a déjà appris	0	1	2	3
5. Dérange les autres enfants	0	1	2	3
6. S'oppose activement ou refuse de se conformer aux demandes de l'adulte	0	1	2	3
7. Toujours en mouvement, agit comme s'il était propulsé par un moteur	0	1	2	3
8. Faible en orthographe	0	1	2	3
9. Incapable de rester immobile	0	1	2	3
10. Rancunier ou vindicatif	0	1	2	3
11. Quitte son siège dans la classe ou dans d'autres situations où il devrait rester assis	0	1	2	3
12. Gigote des mains et des pieds ou se tortille sur son siège	0	1	2	3
13. Ne lit pas aussi bien que la moyenne des enfants de sa classe	0	1	2	3
14. Courte capacité d'attention	0	1	2	3
15. Réplique, s'obstine avec les adultes	0	1	2	3
16. Porte attention seulement à ce qui l'intéresse vraiment	0	1	2	3
17. A de la difficulté à attendre son tour	0	1	2	3
18. Manque d'intérêt pour le travail scolaire	0	1	2	3
19. Distractivité ou durée d'attention problématique	0	1	2	3
20. Crises de colère, comportement explosif, imprévisible	0	1	2	3
21. Court partout ou grimpe de façon excessive dans des situations où cela n'est pas approprié	0	1	2	3
22. Faible en arithmétique	0	1	2	3
23. Interrompt autrui ou s'impose (i.e. fait irruption dans la conversation ou les jeux d'autrui)	0	1	2	3
24. A de la difficulté à jouer ou à s'embarquer dans un loisir calmement	0	1	2	3
25. N'arrive pas à terminer ce qu'il a commencé	0	1	2	3
26. Ne suit pas les consignes jusqu'au bout et n'arrive pas à terminer ses devoirs (cela n'est pas dû à un comportement oppositionnel ni à une incapacité de comprendre les consignes)	0	1	2	3
27. Excitable, impulsif	0	1	2	3
28. Agité, toujours en mouvement	0	1	2	3

Annexe n° 5 : Conseils pédagogiques

Quelques conseils pour un PAP ou PPS

Difficulté	Ce que l'on peut faire
Inattention :	Limiter les sources de distraction :
Stimuli parasites	<ul style="list-style-type: none"> • placer le pupitre de l'élève près de l'enseignant • placer l'élève à côté d'un camarade calme • laisser sur le pupitre uniquement ce qui est nécessaire
Attention de courte durée	<ul style="list-style-type: none"> • établir un contact visuel fréquent • utiliser le tableau et des supports visuels • fragmenter les tâches longues en étapes courtes • favoriser l'action de l'élève : participation orale, prise de notes
Fatigue Compréhension des consignes, niveau d'écoute	<ul style="list-style-type: none"> • privilégier la qualité à la quantité du travail • donner une seule consigne à la fois • s'assurer de l'attention de l'élève, • utiliser un signe non verbal convenu • énoncer la consigne par une phrase courte, simple, affirmative et positive • faire reformuler la consigne par l'élève • écrire la consigne au tableau
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • inscrire le nom de l'enfant sur chaque objet • préférer le cahier au classeur • utiliser un code de couleur par matière • écrire au tableau les étapes successives d'un travail • utiliser la pendule de la classe à l'école, • annoncer l'emploi du temps de la demi-journée l'écrire au tableau • au collège, au début de chaque cours, annoncer le chapitre de la leçon ou son étape, l'écrire au tableau ainsi que le plan du cours • établir des listes de routines pour certaines tâches • instaurer des routines hebdomadaires • avertir à l'avance plusieurs fois tout changement dans les routines ou l'organisation • s'assurer que l'élève note tous les devoirs à faire à la maison dans son agenda et à la bonne date. Idem pour le matériel à apporter quand c'est inhabituel.
Investir un travail, lenteur d'exécution	<ul style="list-style-type: none"> • s'approcher de l'élève, lui répéter la consigne • l'encourager, si besoin l'aider à démarrer
Découragement, démobilité	<ul style="list-style-type: none"> • adapter la tâche au niveau de l'élève • chaque fois que l'élève termine une étape, le féliciter : « c'est bien, continue ainsi » et si l'enseignant passe à côté de l'élève, il peut poser sa main sur son épaule pour l'encourager
Impulsivité, hyperactivité	<p>Limiter les comportements inadaptés : canaliser l'élève, anticiper son irrépressible besoin de bouger, prévenir une crise :</p> <ul style="list-style-type: none"> • faire un renforcement positif fréquent, récompenser par des remarques agréables ses efforts comportementaux : travail, attention, respect des consignes, calme, etc... • lui permettre de se déplacer dans la salle dans un cadre précis : effacer le tableau, ramasser les cahiers • lui confier des responsabilités : accompagner un camarade à l'infirmerie, faire une commission • permettre l'utilisation d'une balle anti-stress à malaxer atténuer les tensions par l'humour • prévoir la possibilité pour l'élève de quitter la salle pour se rendre à l'infirmerie (ou chez le CPE dans le second degré) afin d'éviter une crise. Cela lui permettra de s'apaiser.

Annexe n° 6 : Extraits de leçons copiées par Nicolas

Le dialogue des romans :
Je pense beaucoup à elle
et mon sac est vide, je tiens ce sac
depuis long maintenant et le voyage.
Elle lui a dit : « au revoir ».
Il devrait me chanter et cela lui plaît.
Jérémy Prein

$1 \text{ t} = 1000 \text{ kg}$
 $1 \text{ g} = 0,1 \text{ dag} = 0,001 \text{ kg} = 0,001 \text{ kg}$
 $1 \text{ t} = 1000 \text{ kg}$
 $1 \text{ g} = 0,1 \text{ dag} = 0,001 \text{ kg} = 0,001 \text{ kg}$
 $1 \text{ t} = 1000 \text{ kg}$
Pour comparer ou évaluer des masses, se doit les convertir dans la même unité.

La France a des paysages variés, un patrimoine historique riche (châteaux, monuments...) un patrimoine culturel et artistique (musées, sites d'attraction...) des transports adaptés, une bonne capacité d'accueil (hôtels...). Ceux qui visitent le plus notre pays sont les Européens (80%), les Américains (6,6 milliards), les Asiatiques (5 milliards).

Le mouvement d'idées est appelé les Lumières car ces hommes éclairaient le peuple sur la manière de fonder une société juste.
Jérémy Prein

Des pays européens (CE) ont lancé en 1993, le projet Ariane pour pouvoir envoyer en orbite des satellites.
Ariane est une construction européenne européenne.
Certains éléments sont fabriqués en France, d'autres de Pays de Galles, en Allemagne, en Espagne.

Annexe n° 7 : Entretien avec le chef de service de l'ITEP, avril 2018

Moi-« Qu'est –ce qu'un ITEP ? »

DD-« ITEP : Institut thérapeutique éducatif et pédagogique, on est un établissement qui accueille 75 enfants, 50 dans le cadre de ce que l'on appelle un semi-internat (la journée) et 25 en SESSAD. On est financés par l'Agence Régionale de Santé, la CPAM, les assurances maladies. On touche un prix de journée pour chaque enfant notifié par la MDPH ITEP ou SESSAD. Dans l'ITEP il y a le groupe des petits et le groupes des grands. On est spécialisés dans la petite enfance pour les enfants de 2 à 6 ans. Les ITEP s'appelaient initialement les instituts de rééducation et là on est passés ITEP depuis le décret de 2007 et d'ici 2020 tous les ITEPS devront être en dispositifs ITEP c'est-à-dire qu'il n'y aura plus de différence entre l'ITEP et le SESSAD, il y aura une notification d'ITEP. Il y a 17 ITEP en Gironde. (...) Le but est d'accueillir le maximum d'enfants sur le territoire pour ne pas en laisser de côté, qu'ils soient sans solutions. L'injonction depuis 2005 est d'être au maximum en lien avec les élèves et de scolariser d'ici 2020 50 % des élèves. Aujourd'hui, sur 25 enfants, il n'y en a que 5 qui sont scolarisés. Il faudrait tripler le nombre d'enfants. Minimum tous les 6 mois on parle de chaque enfant, on a une équipe pluridisciplinaire sur place : psychomot', psychiatres, enseignants spécialisés, éducateurs, éducateurs jeunes enfants, éducateurs sportifs, secrétaire et comptables ... 49 salariés avec chacun sa culture de métier, en tant que chef de service je prends pas seul les décisions, on se concerte pour chaque enfant. Le décret de 2007 dit que les ITEP accueille les enfants aux capacités cognitives préservées mais ayant des troubles du comportement, normalement cela exclut l'autisme. Les enfants ne peuvent pas ne pas être en lien avec d'autres enfants, la socialisation est un critère important, l'enfant ne peut pas être qu'en individuel. Il y a un adulte pour six enfants. Souvent il y a des équipes de suivi de scolarisation dans les écoles pour enfant qui a des problèmes d'attention, qui est agité etc. et on l'envoie vers un centre expert et il trouve toujours quelque chose : TDAH ? dyslexie, dyspraxie Pour nous c'est la même chose, toutes ces catégorisations mettent les enfants dans des cases, ça les enferme : TDAH : Ritalin, dyslexie : rééducation orthophonique. Pour nous chaque enfant est un sujet et on essaie de les aider à ce qu'il trouve eux-mêmes des solutions pour aller mieux. (...) Certains enfants ne peuvent pas tenir le cadre qui est proposé dans une classe ordinaire avec 25 autres enfants. Mais c'est multifactoriel : cela peut être la situation à la maison (...), il y a aussi un problème de structure psychique (...). Il y a différentes manières d'intervenir : les traitements médicamenteux (*il sort du tiroir les médicaments existants*), malheureusement il y en a un a 9 ans qui prend tout ça, et il y a accueillir l'enfant tel qu'il est et essayer de le soigner avec la parole, la thérapie, le groupe ... on est plus sur cette démarche-là. On n'est

pas du tout dans le forçage. Chaque enfant a un PAP (*il montre un exemple, puis celui de Nicolas*).

Donc Nicolas, lui il est à l'école tous les matins, on va le chercher puis, il a du hip-hop, du sport, du bricolage, de la classe aussi pour reprendre avec lui quelques notions dans des ateliers éducatifs. Il a des objectifs thérapeutiques, éducatifs, pédagogiques précis. Suite à la dernière réunion un objectif est d'entendre ses choix et d'apprendre à être en relation avec les autres sans être dans la compétition, l'aider à trouver des solutions pour faire tomber ses angoisses. Les enfants avant d'être admis ont une équipe de suivi avant l'admission pour définir avec les parents les modalités d'accueil. Pour moi, que ce soit pour Ir Tdah ou autre, on accueille l'enfant, on se réfère à ce que la MDPH a évalué (...) Les parents ont besoin qu'on leur dise ce qu'on leur en fait. Nous accueillons l'enfant et après on voit ce dont il a besoin ».

-Moi : « En fait, pour vous, le diagnostic induit une réponse unilatérale ? »

-DD « Alors, pas unilatérale, mais un peu déshumanisante car on ne prend pas le temps de connaître l'enfant pour lui apporter une réponse ajustée. Qui dit TDA/H dit Ritalin mais l'effet peut être très grave si cela ne lui correspond pas ; le diagnostic enferme l'enfant. (...) Ce qui compte c'est que l'enfant avance, s'il lui faut six mois, il lui faut six mois. Moi je ne dis pas à l'équipe : il faut un résultat dans deux semaines ». Il faut aussi faire attention car on a des enfants qui ne tiennent pas assis sur une chaise mais est-ce qu'il n'a pas un problème d'audition ou de compréhension ? (...) Mais les trois symptômes (hyperactivité motrice, impulsivité, inattention), les ITEP sont outillés pour accompagner les enfants qui les réunissent. On laisse le temps aux enfants d'arriver de repérer les adultes, les enfants qu'ils aiment bien et ensuite on met en place des ateliers que l'on propose aux enfants. (...) Nicolas est très scolaire. C'est aussi grâce à un dispositif que l'enseignante a mis en place, sa maîtresse de cette année a eu envie de le faire avancer et de l'accompagner et de l'aider.

Annexe n° 8 : Entretien avec une enseignante de CP (école élémentaire d'Eysines), mai 2018 :

- Enseignante : « Ce qui est compliqué c'est qu'il n'existe pas vraiment de procédure, cela dépend de ce que l'on a vu et ce que l'on constate ... on est un peu démunis je trouve, par rapport au TDA/H. Mais c'est intéressant car il y a beaucoup d'enfants dans ce cas-là. Ce sont de vraies questions : comment faire ? que faire ? J'estime qu'il faut l'avis de psychologues ou de professionnels pour avérer un TDA/H, ce n'est pas à nous de le dire. En tant qu'enseignant on n'a pas le droit de dire : il faut aller voir un psy. On peut le suggérer mais c'est compliqué. »

-Moi : « Mais il y a des comportements qui peuvent vous mettre sur la piste ? »

-E : « Oui, de façon générale : des troubles d'attention, un flot de parole ininterrompu, dire tout à tout moment ce qui se passe dans sa tête sans que l'on comprenne pourquoi, ne pas arriver à s'asseoir, l'écriture malhabile ... Donc là en général on voit les parents, au premier rendez-vous on voit comment ça se passe à la maison, ce que l'on peut faire. Cela dépend des parents, s'ils mettent des choses en place ou pas. Certains décident de consulter et on voit s'il y a un trouble ou pas et après selon les cas il peut y avoir une psychothérapie ou la prise de médicaments. On fait aussi des équipes éducatives avec parfois des demandes d'AVS (auxiliaire de vie scolaire) pour l'aider à se concentrer, pour l'accompagner, pour répéter les consignes.»

- Moi : « Et concernant l'impulsivité ? »

-Moi : « Il se montre souvent vif et impulsif mais il n'est pas agressif, en revanche, les détails qui nous semblent anodins peuvent le faire « disjoncter », ses réactions sont souvent disproportionnées surtout s'il se sent victime d'injustice ».

-Moi : « Est-ce que votre élève TDA/H a des problèmes d'apprentissage ? »

-E : « Il a aussi un haut potentiel, il a des facilités mais il ne faut pas qu'il décroche, il faut qu'il reste concentré. Il est surtout à fleur de peau, il prend tout mal, ce qui est compliqué pour lui c'est de gérer les émotions. »

-Moi : « Du coup, qu'est-ce que vous mettez en place dans la classe pour l'aider ? »

-E : « c'est surtout des contrats avec lui. Il a le droit de se déplacer, d'aller boire, ou je lui demande d'aller me chercher des choses. C'est un enfant raisonnable à qui je peux faire confiance. J'avais un élève TDA/H l'an dernier à qui je n'aurais pas pu laisser certaines responsabilités. Là, le fait de sortir de la classe pour aller chercher un document : il se repose et il repart. Parfois il me dit je vais au toilettes, je sais qu'il n'y va pas mais après il revient et hop il arrive à se concentrer.

Il a besoin d'accompagnement car il a besoin d'être rassuré, il ne supporte pas l'échec, il n'arrive pas encore à se concentrer seul ou à faire un travail autonome. Il peut me dire qu'il est nul alors qu'il a un travail plus difficile que les autres.

-Moi : « Est-ce que le diagnostic vous a aidé, est-ce que cela a changé l'accompagnement de cet élève ? »

-E : « Cela m'a beaucoup aidé cette année car avant j'adaptais sans trop savoir et parfois je baissais un peu les bras en me disant il est peut-être juste mal élevé (sans jugement pour les parents) et là je trouve plus de courage et d'empathie peut être. Maintenant je sais que ça le dépasse donc je l'aide et j'ai plus de patience, en sachant qu'il y a une pathologie.

-Moi : « Comment est la relation avec ses pairs ? »

-E : « Sa relation avec ses pairs se passe plutôt bien, il est sociable et a beaucoup de copains. Il aime le foot et les « jeux de garçons ».

-Moi : « Est-ce que vous faites régulièrement des points avec les parents et l'équipe pédagogique ? »

-E : « Avec les parents oui. En équipe aussi pour les choix de classe par exemple, pour prévenir les collègues. Et on ne perd pas de vue qu'il aura peut-être besoin d'une équipe éducative qu'il y aura peut-être besoin d'une aide. Cela dépend beaucoup des parents, de leur investissement, parce que l'on ne peut rien faire sans eux. L'an dernier, les parents de mon élève TDA/H ont arrêté de voir le psy... Les collègues de la maternelle nous informent aussi. Parfois le CP amène de la maturité et parfois le fait de ne plus avoir des ateliers qui change c'est compliqué, mais la maternelle c'est très tôt pour poser un diagnostic. Ce que je trouve compliqué c'est qu'on n'a pas de procédure, on n'est un peu tout seuls ... En REP + on avait un RASED plus présent, c'était mieux, cela rassure ».