



HAL
open science

Les représentations des enseignants sur le TDA/H

Justine Kaminski

► **To cite this version:**

Justine Kaminski. Les représentations des enseignants sur le TDA/H. Education. 2018. dumas-02303246

HAL Id: dumas-02303246

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02303246>

Submitted on 30 Mar 2020

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.

Les représentations des enseignants sur le TDA/H

Justine Kaminski

► **To cite this version:**

Justine Kaminski. Les représentations des enseignants sur le TDA/H. Education. 2018. dumas-02303246

HAL Id: dumas-02303246

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02303246>

Submitted on 2 Oct 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.

MASTER 2 MEEF

Métiers de l'Enseignement, de l'Éducation et de la Formation

Mention **Premier degré**

Année universitaire 2018 - 2019

**MEMOIRE
DOSSIER UE3/UE5
SEMESTRE 4
SESSION 1**

Prénom et Nom de l'étudiant : Justine KAMINSKI

Site de formation : ARRAS
Section : 1

Séminaire suivi : Approches psychologiques en Éducation
Nom du directeur de mémoire : Monsieur DERO



SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	1
Introduction	2
Partie théorique.....	3
I. La définition du TDA/H	3
II. Le TDA/H dans les classifications internationales	5
III. Le diagnostic du TDA/H.....	6
IV. Les conséquences du TDA/H chez l'enfant.....	11
V. Le traitement du TDA/H.....	13
Problématisation	16
I. Le questionnement.....	16
II. Les hypothèses	16
Recueil de données	17
Analyse des données.....	18
I. Tris à plats	18
II. Tris croisés et tests	25
Discussion.....	30
Conclusion.....	33
Bibliographie	34
ANNEXES	36
Mes outils.....	36
Logiciel d'analyse de données utilisé	55
Exemple de test de Conners.....	56

Introduction

Dans un premier temps, je souhaitais m'intéresser à la question de l'attention des élèves en classe. La question de l'attention des enfants est un sujet qui est récurrent dans l'actualité : en effet, il est souvent véhiculé dans les médias l'idée selon laquelle les élèves ont de plus en plus de mal à se concentrer. Comment faire pour améliorer la concentration des élèves ? C'est d'ailleurs l'un des arguments majeurs qui a conduit à la réforme des rythmes scolaires mise en place à la rentrée 2013 : en effet, pour l'Éducation Nationale, « l'organisation du temps scolaire répond à des objectifs pédagogiques pour permettre aux enfants de mieux apprendre à l'école ». Autrement dit, une meilleure répartition des enseignements dans le temps aurait un impact sur l'attention des élèves et permettrait ainsi un meilleur apprentissage.

Au début de ma formation pour devenir professeure des écoles, j'ai eu l'occasion d'effectuer des stages dans différentes classes, ce qui m'a permis d'observer comment l'enseignant peut faire en sorte d'avoir l'attention des élèves en classe. Cela m'a permis de me demander : qu'est-ce que l'attention ? Puis, au fil de mes lectures, je me suis intéressée plus particulièrement aux élèves ayant des troubles de l'attention, et plus spécifiquement, aux élèves souffrant du TDA/H, c'est-à-dire des élèves ayant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité.

Devenue professeure des écoles stagiaire, c'est un sujet qui m'interpelle d'autant plus que la loi du 11 février 2005 relative aux personnes handicapées fait obligation d'assurer à l'enfant en situation de handicap une scolarisation en milieu ordinaire au plus près du domicile. Autrement dit, je pourrai être amenée au cours de ma carrière à avoir un élève en situation de handicap. Dans cette loi, le handicap est défini de la façon suivante : "Constitue un handicap, au sens de la présente loi, 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". S'ajoute à cela la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République du 8 juillet 2013 qui indique que "le service public de l'éducation veille à l'inclusion scolaire de tous les enfants, sans aucune distinction". Ces textes ont un impact direct sur l'École en général, et surtout sur les enseignants. Dorénavant, on ne parle plus d'intégration mais bien d'« inclusion scolaire », autrement dit il ne s'agit plus d'une simple

présence physique de l'élève à besoins particuliers en classe ordinaire mais cela concerne également toutes les mesures que l'École met en place pour favoriser l'apprentissage et la socialisation de ces élèves, ce qui implique bien entendu, la mise en place d'une différenciation, d'adaptations et de modifications de la part des enseignants.

Au début de ma recherche, je souhaitais m'orienter sur la manière dont les enseignants parviennent à inclure des élèves atteints de TDA/H dans leur classe. Néanmoins, je me suis rendue compte qu'il fallait d'abord savoir ce qu'est le TDA/H pour pouvoir apporter des solutions concrètes et ainsi appliquer la politique de l'École dite inclusive.

Partie théorique

I. La définition du TDA/H

Les troubles du comportement chez l'enfant et le trouble déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) se situent au cœur de polémiques alimentées par les nombreuses zones d'ombres et d'incertitudes que la recherche peine à éclaircir. En effet, la définition et la thérapeutique du TDA/H sont objets à débats.

Le TDA/H compte parmi les troubles les plus fréquents de l'enfance puisqu'il touche 3 à 6 % des enfants d'âge scolaire (Anderson, 1987) si l'on se base sur les critères du DSM-III.

L'existence d'un déficit attentionnel associé à l'instabilité motrice a été mise en exergue par Virginia Douglas (1972), c'est ce qui a conduit à concevoir ce trouble comme un déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Selon Posner (1971), l'attention regroupe divers processus qui sont l'alerte et la vitesse de traitement de l'information, la vigilance, l'attention soutenue, l'attention sélective, l'attention divisée et le déplacement attentionnel. À ces processus attentionnels sont rattachées les fonctions exécutives : mémoire de travail, contrôle moteur, inhibition d'une réponse automatique, planification, raisonnement et résolution de problèmes.

Classiquement, le TDA/H se définit selon un trouble tridimensionnel associant inattention, hyperactivité et impulsivité¹.

¹ Jensen et al, 1997

➤ Le déficit attentionnel

L'attention est la sélection sous forme claire et précise d'une information ou d'un évènement extérieur à la pensée et son maintien dans la conscience². Les difficultés que l'enfant TDA/H manifeste dans le domaine de l'attention sont parfois peu visibles chez l'enfant de moins de 6 ans. L'entrée à l'école primaire et les répercussions organisationnelles peuvent révéler ces difficultés. Les enfants TDA/H présentent une moins bonne persévérance à l'effort, qu'ils perçoivent souvent comme une contrainte. L'attention est difficile à soutenir lors du travail scolaire (à la maison et à l'école)³. Les parents et les enseignants décrivent ces enfants comme rêveurs, il faut leur rappeler plusieurs fois les choses, ils donnent l'impression de ne pas entendre ce qu'on leur dit. Leur attention décroche plus ou moins rapidement mais n'est pas suffisante pour suivre plusieurs heures d'enseignement. Les enfants TDA/H ont tendance à oublier en route ce qui leur a été demandé, le plus souvent à cause de leur distractibilité qui les attire vers une autre tâche. Ils passent d'une activité à une autre, ne parvenant pas à terminer la première.

➤ L'hyperactivité motrice

C'est une incapacité ou une difficulté à rester en place dans une situation de contrainte. C'est une agitation désorganisée et sans but. Les enfants TDA/H ont un niveau élevé d'activité motrice⁴. En classe, un élève TDA/H touche des objets sans arrêt, « trifouille » sa trousse, sa règle, fait du bruit et parfois des commentaires inappropriés.

➤ L'impulsivité

C'est une incapacité à inhiber une réponse. Elle manifeste par une réponse plus rapide aux stimuli proposés. Cette réponse étant trop rapide, elle peut être inadaptée ou exagérée. Les enfants TDA/H ont tendance à faire les choses trop vite, sans réfléchir avant d'agir. L'impulsivité est source d'erreurs, ne prenant pas le temps de lire la consigne ou encore de « réfléchir avant d'agir ». Ils se précipitent. Ils ont du mal à attendre leur tour, coupent la parole et peuvent se mettre rapidement en colère dans ce contexte de frustration.

En 2011, Abou Abdallah définit le TDA/H comme étant caractérisé par une instabilité motrice, une impulsivité et des difficultés de concentration.

² William James

³ Bioulac, S et al, 2008

⁴ Halperin et al, 1992

En 2015, la HAS⁵ a publié une recommandation dans laquelle elle définit le TDA/H comme un trouble qui associe trois symptômes dont l'intensité et les manifestations varient selon la personne :

- le déficit de l'attention
- l'hyperactivité motrice
- l'impulsivité

Elle précise par ailleurs que c'est uniquement lorsque ces symptômes deviennent un handicap pour l'enfant, notamment dans son apprentissage scolaire, et provoquent une souffrance durable qu'il pourra s'agir d'un TDA/H.

II. Le TDA/H dans les classifications internationales

En psychiatrie, il y a deux systèmes nosographiques majeurs : le DSM et la CIM. Selon le système, la définition du trouble diffère selon le poids accordé au déficit d'attention, à l'hyperactivité et l'impulsivité. Créé en 1959, le DSM reste la référence obligée dans la recherche du TDA/H car il s'appuie sur des enquêtes épidémiologiques « sur le terrain », méthode scientifique qui rapproche la psychiatrie des autres disciplines médicales. En 1980, le TDA/H est formalisé dans le DSM-III qui établit des critères avec trois listes de symptômes comportementaux objectivables et décrivant les difficultés attentionnelles, l'impulsivité et l'hyperactivité. Néanmoins, dans le DSM-III, l'inattention et l'impulsivité sont les deux symptômes clés et l'hyperactivité est au second plan. Dans les années 1990, l'impulsivité et l'hyperactivité sont réunies en une dimension comportementale unique d'où découlent les critères du DSM-IV en 1994, puis du DSM-IV-TR en 2014 et qui est composé de deux listes d'items. Ainsi depuis 2014, le trouble hyperkinétique apparaît dans le DSM-IV-TR, sous le titre « Trouble déficit de l'attention/hyperactivité », au sein de la catégorie supérieure « troubles : déficit de l'attention et comportement perturbateur ». Deux séries de symptômes concourent à l'hypothèse diagnostique : ceux qui se rapportent à l'inattention et ceux qui se rapportent à l'hyperactivité et à l'impulsivité.

La classification DSM-IV-TR distingue trois sous-types de TDA/H :

- le type inattention prédominante suppose la présence de six des neuf symptômes d'inattention (incapacité à soutenir l'attention au travail ou dans les jeux, changement fréquent d'activité sans en terminer aucune, difficultés d'organisation, étourderie,

⁵ Haute Autorité de Santé

distractibilité, oublis fréquents...)

- le type hyperactivité-impulsivité prédominante suppose la présence de six des neuf symptômes d'hyperactivité-impulsivité (hyperactivité : se tortille, se lève, court, parle trop, fait trop de bruit; impulsivité : interrompt les autres, ne peut pas attendre son tour, n'écoute pas les consignes...). L'impulsivité peut être source d'accidents et conduire le sujet à se mettre en danger.
- Le type mixte consiste en une coexistence des deux types précédents.

Par ailleurs, la HAS s'appuie sur des classifications internationales, notamment celle du DSM IV, pour définir le TDA/H comme un trouble comportemental d'origine neurobiologique comportant des problèmes de concentration associés à l'impulsivité et une hyperactivité psychomotrice. La classification française est aussi mentionnée dans la recommandation de 2015 puisque la HAS parle de « hyperkinésie avec troubles de l'attention classée parmi les troubles des conduites et du comportement ».

III. Le diagnostic du TDA/H

Dans son rapport de 2015, la HAS montre que le diagnostic du TDA/H est un diagnostic complexe puisqu'il n'existe pas de signes neurologiques ou physiques propres au trouble et les signes évocateurs du TDA/H peuvent être semblables à ceux d'autres troubles, ce qui complique encore davantage le diagnostic. C'est par exemple le cas des troubles des apprentissages, du comportement, de la précocité intellectuelle, des troubles anxieux ...

Le diagnostic du TDA/H se base sur l'examen clinique et l'histoire des troubles recueillie par l'anamnèse, c'est-à-dire par les renseignements fournis par le patient lui-même ou son entourage, destinés au médecin et concernant le début de sa maladie jusqu'à l'instant correspondant à l'observation du médecin et par les circonstances qui ont précédé la maladie.

Les enseignants ont un rôle majeur dans ce diagnostic : en effet, Braconnier (2006) préconise une prise de contact avec l'école afin de recueillir des informations précises sur le comportement de l'enfant dans cet environnement.

Dans une enquête, Jupille (2011) démontre que c'est l'école qui joue le rôle de révélateur des comportements perturbateurs dans une très grande majorité de cas, ce qui confère aux enseignants, notamment au sein du réseau d'aides spécialisés aux enfants en difficulté (RASED), un rôle déterminant dans le signalement et la définition du problème. Dans ce

sens, les enseignants fondent l'espoir qu'une prise en charge adaptée les aide à travailler dans de meilleures conditions.

Le rôle majeur des enseignants est d'ailleurs rappelé dans le rapport de la HAS : en effet, elle indique : « le TDAH ayant une incidence scolaire importante, le personnel scolaire (enseignants, médecins scolaires et de l'Éducation nationale) est souvent en première ligne pour repérer ce trouble souvent associé aux troubles des apprentissages. Certains signes évocateurs de TDAH peuvent être signalés par le personnel scolaire à la famille et au médecin de premier recours : un enfant excessivement rêveur, un manque accru de concentration, un comportement très agité, une difficulté à s'organiser et être autonome ou une difficulté de mémorisation à court terme, une irrégularité des résultats scolaires,... »

Néanmoins, certains bilans permettent d'affiner la compréhension du trouble et de mieux orienter la prise en charge thérapeutique.

A) L'entretien clinique

D'après Clarisse Locret-Capon et Stéphanie Bioulac, l'évaluation clinique consiste d'abord à interroger le motif de la consultation et la personne l'ayant demandée : les parents, l'enseignant, le médecin scolaire, le psychologue, l'orthophoniste. Il est important de connaître la plainte principale : l'instabilité psychomotrice, les répercussions d'un déficit de l'attention au travers de difficultés scolaires, l'impulsivité, des difficultés d'organisation, d'autonomie. Le contexte familial est aussi évalué, le mode de vie, le métier des parents, le mode de garde en cas de séparation parentale, la présence ou non de difficultés éducatives. L'histoire familiale, les événements de vie marquants et l'évaluation sociale sont également indispensables. Le clinicien reprend l'histoire prénatale et développementale, médicale et psychiatrique personnelle et familiale. Le niveau scolaire actuel et le parcours scolaire sont repris de façon précise afin de déterminer la période à laquelle les difficultés ont été révélées en dehors du domaine familial. Le sommeil est aussi évalué en tant que comorbidité fréquente du TDA/H mais aussi en cas de prescription à venir de psychostimulant. Dans ce cadre-là, il est habituel de préciser la qualité de l'appétit, la croissance staturo-pondérale, les antécédents médicaux cardiaques, neurologiques personnels et familiaux et les prises médicamenteuses actuelles et passées, qui seront des éléments indispensables avant toute prescription de psychostimulant.

L'évaluation clinique doit être globale : il est important de rechercher un trouble des apprentissages, un trouble de l'humeur, les différents troubles anxieux, un haut potentiel, des

troubles développementaux, un trouble du spectre de l'autisme, un syndrome de Gilles de la Tourette. Il est également important de considérer ces troubles comme des comorbidités possibles : en effet, 58 – 87% des enfants TDA/H ont au moins une comorbidité et jusqu'à 20% en ont trois ou plus⁶.

L'entretien doit comprendre une évaluation en présence mais aussi avec l'enfant seul. La symptomatologie doit être retrouvée dans au moins deux environnements différents. L'évaluation prend par conséquent habituellement en compte le milieu familial et scolaire : en effet, les parents et les enseignants observent les enfants sur des temps et des conditions différentes, rendant la validité de leur évaluation comparable.

B) Les échelles psychométriques

Pour compléter l'évaluation clinique, les échelles psychométriques sont nécessaires. En effet, d'après Hinshaw et Nigg, les échelles psychométriques augmentent la validité diagnostique par de nombreux avantages : la facilité d'utilisation, la possibilité de décrire des comportements non observables sur un plan clinique en dehors d'un entretien duel comme le comportement en classe ou l'attention. Elles quantifient la fréquence, la durée ou la sévérité.

Ainsi, le diagnostic peut en effet être conforté par le bilan neuropsychologique incluant la réalisation d'un test d'attention soutenue : le Conners' CPT II (Continuous Performance Test II) qui est un test de 15 à 20 min se réalisant sur ordinateur. Dans les années 1970, le psychologue américain Keith Conners a en effet publié un questionnaire pour le diagnostic du TDA/H qui est aujourd'hui plus connu sous le nom de « test de Conners ». Ce dernier est une hétéro-évaluation : en effet, il est rempli par les parents et par les enseignants de l'enfant suspecté de TDA/H. Il existe différentes versions de ce questionnaire : la première date de 1978 et est parfois encore utilisée, elle comprend 48 questions pour les parents, et un peu moins pour les enseignants. La deuxième version date de 1997, le Conners II : il comprend plus de questions que la première version (80 pour les parents). On y trouve notamment une analyse en facteurs de comportements. En effet, des groupes de questions sont sommées pour décrire des comportements communs: on a ainsi un axe opposition, hyperactivité, inattention, anxiété, psychosomatique, troubles sociaux. Des index sont également calculés (index inattention, hyperactivité, anxiété..). Des normes ont été établies quant aux réponses sur une population d'enfants du même âge et même sexe (enfants américains et canadiens),

⁶ Brassat-Harknett et Butler, 2007

permettant de calculer une moyenne et un écart statistique sur les différents facteurs et index calculés. Il s'agit d'un T-score: la moyenne est à 50 et l'écart-type à 10. On considère que le facteur est significativement important au-delà de 65. En pratique, quand le comportement est excessif, on voit des scores bien supérieurs à 70, voire 80.

Enfin, il y a une dernière version qui date de 2008 : le Conners III. Ce questionnaire possède une version parent, une version enseignant (annexe 8) et une version pour l'enfant. Il est très largement utilisé. Les symptômes cardinaux et associés sont explorés : l'agitation, l'inattention, l'impulsivité, l'anxiété, les troubles de l'apprentissage, les émotions, les symptômes de dysfonction exécutive. Cette dernière version représente mieux les catégories du DSM IV-TR. Elle se décline en une version longue (110 items) et une version courte (43 items) pour les parents et 115 et 39 items pour les enseignants. Les scores des différentes échelles sont convertis aussi en T-score, c'est-à-dire une moyenne de 50 et un écart-type de 10 de chaque sexe et par intervalle d'âge de 2 ans entre 3 et 17 ans. Un score $T \geq 70$ correspond à un score fortement atypique. Elle comprend 13 scores et ajoute à la version précédente des troubles comorbides comme le trouble oppositionnel avec provocation ou le trouble des conduites. Une version d'auto-évaluation existe également⁷.

C) Les bilans complémentaires

Des bilans complémentaires peuvent être réalisés : neuropsychologique, orthophonique et de psychomotricité.

➤ Bilan neuropsychologique

L'évaluation cognitive, et notamment attentionnelle, est utile lors de comorbidités de type trouble des apprentissages. Elle permet de déterminer un profil cognitif spécifique avec un type de rééducation correspondant. Cette évaluation peut se réaliser grâce à une épreuve d'efficacité intellectuelle : le WISC IV⁸. En effet, il est important de réaliser d'abord une évaluation du quotient intellectuel avec la réalisation d'une WISC IV⁹ qui consiste en une batterie d'évaluation intellectuelle pour les enfants âgés de 6 à 16 ans. Les conditions de passation sont standardisées, elle doit être passée en une séance de 1h30 à 2h. Elle se compose de 15 subtests dont 10 sont obligatoires et 5 sont optionnels. Elle situe un patient par rapport à son groupe d'âge de référence. Quatre indices composent la WISC IV : l'indice de compréhension verbale (ICV), l'indice de raisonnement perceptif (IRP), l'indice de

⁷ Conners 3 self-report, Conners 3-SR

⁸ Weschler, D. 2005

⁹ Weschler Intelligence Scale for Children

mémoire de travail (IMT) et l'indice de vitesse de traitement (IVT). Des profils hétérogènes sont souvent retrouvés dans le TDA/H :

- L'IMT et l'IVT sont sensibles au déficit de l'attention et de nombreux travaux montrent des scores inférieurs mais non systématiques¹⁰
- En l'absence de troubles des apprentissages, l'ICV et l'IRP se situent en général dans la zone moyenne de la population. Cependant, l'IRP, sensible à l'impulsivité cognitive, peut être diminué du fait de réponses trop rapides aux questions
- Un profil moyen sans écart important entre les différents indices mais avec des écarts intra-scalaires importants peut aussi être observé.

➤ Bilan psychomoteur

Ce bilan évalue notamment la motricité intentionnelle, l'écriture, l'attention sélective grâce au test de Stroop¹¹. Dans le test de Stroop, les enfants TDA/H font en effet plus d'erreurs dans la condition d'interférence et éprouvent plus de difficultés à sélectionner la caractéristique pertinente (couleur) et à inhiber la lecture automatique du mot¹².

➤ Bilan orthophonique

Les troubles comorbides du langage écrit et/ou oral sont fréquents chez les enfants TDA/H. Il convient donc d'explorer l'utilisation du langage, l'acquisition de la lecture et de la transcription. En ce qui concerne l'évaluation du langage écrit, la qualité de l'écriture est évaluée et on recherche une dyslexie-dysorthographe. Ces éléments permettent de déterminer si l'enfant TDA/H présente également un trouble spécifique du langage oral ou écrit pouvant aggraver les difficultés scolaires en lien avec le déficit attentionnel.

Il convient de rappeler que le diagnostic TDA/H est avant tout clinique. Les bilans complémentaires permettent de renforcer la validité du diagnostic ou de préciser les atteintes afin de définir au mieux la prise en charge, notamment pour la rééducation attentionnelle.

D) Un diagnostic source de controverses

Boujon et Quaireau (1997) recommandent de prendre des précautions par rapport à ce diagnostic : en effet, une étude réalisée auprès de 75 enfants diagnostiqués TDA/H par les chercheurs en psychologie Sabatino et Vance (1994) a permis de mettre en évidence les risques de sur-diagnostic. Ces médecins ont constitué une liste 567 symptômes dont les 14

¹⁰ Thaler, Bello, et Etcoff, 2013

¹¹ Albaret et Miglire, 1999

¹² Sergeant J., Geurts et Oosterlaan 2002

symptômes du TDA/H et ont demandé à un jury composé de 75 parents et 75 enseignants d'indiquer les symptômes de cette liste qu'ils retrouvaient chez ces enfants. À la fin de l'enquête, seuls 6 comportements sur les 14 sont souvent cités par le jury. En interrogeant de nouveaux parents et enseignants ainsi que des médecins, les auteurs ont révélé que seulement 31 des 75 enfants sont toujours diagnostiqués TAD/H.

Jupille (2011) indique que les critères diagnostiques du DSM-IV sont plus larges que la dixième version de la classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : en effet, comme le soulignait Philippe Mazet en 2003 : « l'algorithme [de la CIM-10] est différent, avec une définition plus étroite ». Dans la notice du DSM-IV, on retrouve ce commentaire : « Alors que l'algorithme diagnostique du DSM-IV requiert soit six symptômes d'inattention, soit six symptômes d'hyperactivité/impulsivité [puisqu'elle distingue différents sous-types], les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 exigent au moins six symptômes d'inattention, au moins trois d'hyperactivité et au moins un d'impulsivité ».

D'ailleurs, une enquête parue en 2004 est assez illustrative de ce point de vue. Comparant les taux de prévalence du TDA/H en Grande Bretagne obtenus selon les critères des deux classifications, les chercheurs démontrent que la CIM-10 donne une estimation du TDA/H située entre 1 et 2 % des enfants en âge d'aller à l'école tandis qu'environ 3 à 9 % rencontreraient le diagnostic selon les critères du DSM-IV. Selon le DSM-IV, le praticien établit le diagnostic en s'appuyant sur deux listes de critères de neuf signes chacune.

En 2015, la Haute Autorité de Santé rappelle que seule une évaluation rigoureuse, confirmée par un médecin spécialiste du trouble, permet d'éviter les sur-diagnostic mais également de ne pas passer à côté d'un TDA/H.

IV. Les conséquences du TDA/H chez l'enfant

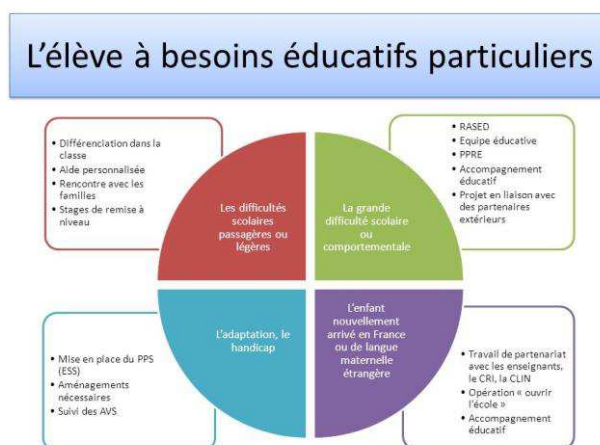
Pour l'enfant TDA/H, il existe des conséquences au niveau des interactions sociales, du domaine familial ou scolaire. Une certaine maladresse en lien avec l'inattention et l'impulsivité peut être observée. Les difficultés relationnelles avec leurs pairs sont fréquentes par l'inattention et l'impulsivité notamment. Ici, nous allons nous intéresser davantage aux difficultés scolaires que peut rencontrer un enfant TDA/H.

A) Les difficultés scolaires

En effet, les enfants TDA/H ont plus de difficultés en classe, réussissent moins bien, sont plus exposés à un risque de renvoi, de redoublement¹³, d'orientation vers l'éducation spéciale¹⁴ ou vers la voie professionnelle. D'autant que le jeu des comorbidités fait que les enfants TDA/H présentent aussi souvent des troubles spécifiques des apprentissages, des troubles anxieux ou d'autres troubles externalisés du comportement. Ces difficultés peuvent commencer tôt : certains symptômes sont rapportés en classe maternelle, entre 3 et 6 ans. Les enfants suspects de présenter un TDA/H dans ces classes auront plus de difficultés dans leurs apprentissages¹⁵. Le TDA/H peut être associé jusque dans 11,8% à un refus scolaire¹⁶ survenant le plus souvent au cours du primaire. Les raisons identifiées sont multiples : trouble anxieux, conflit avec un enseignant trop strict ou évitement des moqueries des autres élèves. Les études montrent que les symptômes persistent à l'adolescence et après. Deux tiers des patients subiront les conséquences du TDA/H qu'ils présentaient enfants.

B) Les élèves TDA/H : des élèves à besoins éducatifs particuliers

Les élèves à besoins éducatifs particuliers regroupent une grande variété d'élèves qui ont, de manière significative, plus de mal à apprendre que la majorité des enfants du même âge quand ils sont dans une situation particulière ou qu'ils souffrent d'un handicap qui les empêche ou les gêne dans leurs apprentissages. Comme l'illustre le document ci-dessous, l'élève TDA/H est considéré comme un élève à besoins éducatifs particuliers puisqu'il est en grande difficulté scolaire ou comportementale.



¹³ Caci et al. 2016

¹⁴ Déry, Toupin, Pauzé & Verlaan, 2014

¹⁵ DuPaul, McGoey, Eckert & Vanbrakle, 2011

¹⁶ Martin, 2014

L'étude MTA¹⁷ a montré que le risque est 4 à 5 fois plus élevé pour les enfants TDA/H de nécessiter une scolarité adaptée aux difficultés qu'ils rencontrent¹⁸.

En France, cela peut correspondre à des adaptations pédagogiques, au tutorat par un autre élève, de l'intervention d'un enseignant spécialisé dans le cadre du RASED¹⁹, la mise en place d'un PPRE²⁰ ou un PAP²¹ qui peut être mis en place sur proposition des enseignants ou à la demande des parents. Ensuite, on entre dans le champ du handicap : en effet, la loi du 11 février 2005 intitulée « Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » a créé les Maisons Départementales des personnes handicapées (MDPH) au sein desquelles la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) prend toutes les décisions concernant les aides et les prestations, dans le cadre d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS).

En somme, en 2013, un livre intitulé « TDA/H : rendre visible l'invisible » a été présenté à Bruxelles et illustre la difficulté à faire entendre que le TDA/H est une situation de handicap qui ne se voit pas ou plutôt qu'on ne voit qu'en creux. Par ailleurs, l'étude LIS²² a montré que les conséquences du trouble n'étaient pas seulement limitées à la performance scolaire²³. C'est le fonctionnement global qui est impacté avec des difficultés d'intégration dans le groupe de pairs et conflits intrafamiliaux, une faible estime de soi, des idées suicidaires, l'utilisation de substances (alcool, tabac, drogues), l'apparition de troubles comorbides (troubles anxieux, troubles de l'humeur, opposition avec provocation voire trouble des conduites).

V. Le traitement du TDA/H

Une fois le diagnostic du TDA/H posé par le médecin spécialiste, se pose la question de la prise en charge du trouble chez l'enfant. En fonction des besoins de l'enfant, cette dernière fait intervenir une équipe médicale pluridisciplinaire : le médecin traitant de l'enfant ou son pédiatre, un psychiatre, un psychologue, un orthophoniste, un psychomotricien. Dans un premier temps, cette équipe médicale prescrit un traitement non médicamenteux. Ce n'est

¹⁷ Multimodal Treatment Study of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder

¹⁸ Jensen et al, 2004

¹⁹ Réseau d'Aide et de Soutien aux Élèves en Difficulté

²⁰ Programme Personnalisé de Réussite Educative

²¹ Plan d'Accompagnement Personnalisé

²² Lifetime Impairment Survey

²³ Caci, Ahserson et al, 2014

que si celui-ci reste insuffisant qu'un traitement médicamenteux sera mis en place dans certains cas.

A) Le traitement non médicamenteux

En effet, s'il n'existe aujourd'hui aucun traitement guérissant le TDA/H, un ensemble de mesures permettent de réduire les symptômes. La prise en charge non médicamenteuse du TDA/H peut se faire dans le cadre de la psychothérapie, notamment la thérapie comportementale et cognitive qui permet en outre à l'enfant d'apprendre à modifier ses comportements par le biais de nouveaux apprentissages. Cela peut aussi être une rééducation des troubles associés qui comprend des séances d'orthophonie, une rééducation de la psychomotricité ou une thérapie familiale qui a pour objectif de renforcer les compétences familiales pour aider les parents à mieux gérer les comportements de leur enfant, à faire face aux situations difficiles et à leur apprendre les stratégies utiles et adaptées aux troubles de leur enfant.

Le traitement par un médicament n'est donc pas systématique : il est choisi par un spécialiste qui apprécie le rapport entre les risques du traitement et les bénéfices attendus.

B) Le traitement médicamenteux

Les traitements médicamenteux ont une efficacité redoutable sur les symptômes du TDA/H²⁴. Par exemple, sur la prise de note, l'efficacité est présente avec des doses faibles, s'améliore avec des doses croissantes sans être dose-dépendante.

L'étude MTA a confirmé que l'efficacité des traitements comportementaux seuls sur les symptômes centraux du TDA/H est inférieure à celle des traitements médicamenteux²⁵. Par ailleurs, une revue systématique de la littérature a montré que l'efficacité des traitements médicamenteux au-delà de 2 ans restait globalement significative et était même meilleure lorsqu'ils étaient associés à des traitements psychologiques²⁶.

Les médicaments prescrits en cas de TDA/H sont des psychostimulants, qui ont pour rôle de stimuler le système nerveux central (cerveau). Un seul de ces produits est disponible en France : le méthylphénidate. C'est un produit, souvent connu sous la dénomination « Ritaline », qui doit faire l'objet d'une surveillance particulière puisqu'il peut provoquer divers effets secondaires qui font encore polémiques actuellement, puisque le médicament

²⁴ Ramos-Quiroga & Casas, 2011

²⁵ MTA Cooperative Group, 1999

²⁶ Arnold et al, 2015

provoquerait entre autres des retards de croissance. C'est ce qui justifie notamment les conditions strictes de prescription de cette substance qui, par exemple, ne peut pas être prescrite à un enfant âgé de moins de 6 ans.

C) Le neurofeedback

Deux méta-analyses et une revue systématique ont révélé qu'une réduction significative des symptômes du TDA/H (inattention, hyperactivité et impulsivité) était généralement observée à la suite de traitements de neurofeedback. Les comparaisons faites avec une prise en charge médicamenteuse avec une substance de type Ritaline soulignent l'équivalence et parfois même la supériorité du biofeedback sur ce traitement classique.

Le neurofeedback est une technique d'entraînement grâce à laquelle une personne peut apprendre à agir directement sur l'activité électrique de son cerveau. Durant la séance, la personne est branchée par des électrodes à un moniteur qui retranscrit les ondes cérébrales. L'appareil permet donc à la personne de connaître l'état d'attention de son cerveau lorsqu'elle effectue une tâche précise et de le « corriger » pour rétablir la concentration.

D) Les approches complémentaires

A la prise en charge non médicamenteuse et le traitement médicamenteux, s'ajoutent des approches complémentaires, comme par exemple l'approche nutritionnelle : en effet, la prise de nutriments pourrait être considérée comme une alternative au traitement médicamenteux et devrait, semble-t-il, précéder l'usage de médicaments puisque les nutriments (vitamines, minéraux, acides gras essentiels, phospholipides) ont un potentiel d'action très large et ont montré leur efficacité dans la prise en charge des enfants TDA/H aussi bien au niveau comportemental que cognitif. Parmi les compléments alimentaires, il y en a un qui est basé sur de nombreuses études scientifiques faites ces dernières années : il s'agit du Neuro-AD Concentration qui contient un dosage adéquat basé sur des preuves scientifiques de micronutriments et de plantes bénéfiques en cas de TDA/H.

Problématisation

I. Le questionnement

La HAS définit le TDA/H comme un trouble qui associe trois symptômes dont l'intensité et les manifestations varient selon la personne :

- L'inattention
- L'hyperactivité
- L'impulsivité

À partir de cette définition, il est pertinent de s'interroger sur les représentations des enseignants sur la définition du trouble de l'attention avec hyperactivité (TDA/H) afin de savoir si leurs représentations sont éloignées ou non de cette définition.

Ma problématique est donc la suivante : Les représentations des enseignants sont-elles proches de la définition du Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité ?

II. Les hypothèses

Suite à la transmission des questionnaires, plusieurs catégories d'enseignants se dégagent : les enseignants ayant eu une formation sur le TDA/H, les enseignants n'ayant pas eu de formation, les enseignants ayant de l'ancienneté, les enseignants en formation initiale, les enseignants ayant rencontré un élève TDA/H.

Ainsi, mes hypothèses sont les suivantes :

- 1) Les enseignants ayant eu une formation ont une définition qui se rapproche plus de la définition du TDA/H donnée par la HAS que les enseignants n'ayant jamais eu de formation.
- 2) Un enseignant qui a déjà rencontré un élève diagnostiqué TDA/H au cours de sa carrière a une représentation proche de la définition du TDA/H qu'un enseignant n'ayant jamais rencontré un élève TDA/H.
- 3) Un enseignant ayant de l'ancienneté se rapproche plus de la définition du TDA/H qu'un enseignant en formation initiale

Recueil de données

Dans mon enquête, j'ai choisi d'interroger des enseignants du premier degré qu'ils aient eu ou non un élève TDA/H dans leur classe. Ainsi, les sujets sont :

- Des professeurs des écoles en formation initiale
 - o Étudiants
 - o Fonctionnaires stagiaires
- Des professeurs des écoles titulaires
- Des professeurs des écoles retraités

Pour recueillir des données, j'ai transmis un questionnaire version papier (annexe 1) sur les représentations des enseignants sur le TDA/H à des étudiants de deux sections en Master 2 MEEF de l'ESPE d'Arras, ainsi qu'à des étudiants d'une section en Master 1 MEEF, des professeurs titulaires de mon école de stage ainsi que des enseignants titulaires ou retraités de mon entourage.

Par ailleurs, j'ai eu la chance de pouvoir transmettre mon questionnaire à une enseignante spécialisée qui est en charge de l'UEE au sein de mon école, ce qui m'a permis d'avoir le point de vue d'un enseignant qui a déjà eu l'occasion de rencontrer des élèves TDA/H.

L'objectif était d'avoir des enseignants de statuts différents afin de montrer les différences de représentations sur le TDA/H en fonction du statut mais aussi de l'ancienneté.

Le questionnaire a été transmis au cours de la période 4 (du 28 février 2019 au 21 mars 2019). Le questionnaire ayant été majoritairement distribué au sein de l'ESPE, il y a un déséquilibre entre le nombre de sujets en formation initiale et les sujets ayant de l'ancienneté en tant que professeur des écoles.

Dans un premier temps, les données ont été entrées dans le logiciel PSPP mais ce dernier ne permettait pas d'analyser les données textuelles, c'est pourquoi j'ai eu recours au logiciel sphinx-campus (annexe 7) afin de pouvoir analyser toutes mes données, en croisant notamment les différentes variables afin de valider ou non mes hypothèses.

Analyse des données

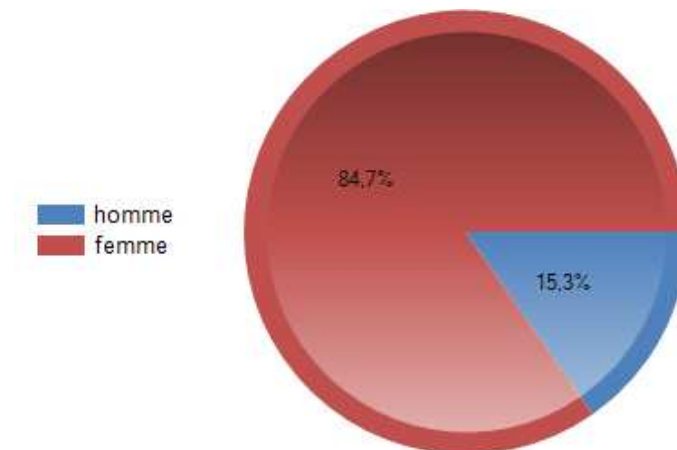
I. Tris à plats

Au total, 59 sujets ont participé à l'enquête :

- 17 sujets sont des étudiants en formation initiale en master MEEF à l'ESPE d'Arras
- 31 sujets sont des fonctionnaires stagiaires inscrits à l'ESPE d'Arras
- 8 sujets sont des professeurs des écoles titulaires
- 3 sujets sont des enseignants retraités

De cette enquête, il est possible de décrire diverses variables :

➤ **Sexe des sujets (Femme/Homme) :**



D'après le graphique, il y a 15,3% d'hommes et 84,7% de femmes dans cette enquête. Dans l'Éducation Nationale, la proportion de femmes qui sont professeures des écoles était de 84,4% en 2017/2018²⁷. Il est possible de dire que la proportion d'hommes et de femmes issue de l'enquête est représentative de la proportion d'hommes et femmes présentes dans l'Éducation Nationale.

➤ **Âge des sujets (âge en années) :**

Dans l'échantillon, la médiane est de 23 ans. Dans l'Éducation Nationale, l'âge moyen d'un professeur des écoles est de 41,8 ans. Ainsi, pour la variable « âge », l'échantillon n'est pas représentatif de la moyenne d'âge de l'Éducation Nationale.

²⁷ Selon les chiffres établis dans la publication annuelle de 2018 de la DEPP dans son document « Repères et références statistiques »

- **Statut des sujets** (Étudiant/Stagiaire/Titulaire/Retraité) :

4. statut

	Effectifs	% Obs.
1 étudiant	17	28,8%
2 PE FS	31	52,5%
3 PE titulaire	8	13,6%
4 PE retraité	3	5,1%
Total	59	100%

Réponses effectives : 59
Taux de réponse : 100%

Non-réponse(s) : 0
Modalité la plus citée : 2 PE FS

Dans cette enquête, on peut observer qu'il y a 28,8% d'étudiants, 52,5% de professeurs des écoles stagiaires, 13,6% de professeurs des écoles titulaires et 5,1% de professeurs des écoles retraités. On remarque ici que les professeurs des écoles stagiaires sont en majorité. Cela se justifie par le fait que les questionnaires ont été distribués principalement à des sujets en formation initiale inscrits à l'ESPE d'Arras.

- **Ancienneté des sujets** (en années) :

Dans cette enquête, il y a eu 11 réponses effectives ce qui s'explique par le fait que seuls les professeurs des écoles titulaires et retraités ont répondu à la question de l'ancienneté. Sur les 11 données recueillies, on remarque que 36,4% des sujets ont une ancienneté comprise entre 0 et 13 ans, 18,2% entre 14 et 27 ans et 45,5% ont une ancienneté comprise entre 28 et 42 ans. Il y a un déséquilibre causé par les personnes en formation. De plus, le statut tient compte de l'ancienneté.

- **Niveaux actuels des sujets** :

Dans cette enquête, il y a 39 réponses effectives, les étudiants ne pouvant répondre à cette question puisqu'ils n'ont pas encore de classe en responsabilité. Parmi les niveaux les plus cités, il y a le CE2 (nombre d'occurrences = 14), le CE1 (nombre d'occurrences = 11), le CM2 (nombre d'occurrences = 11). Parmi les autres niveaux cités, on retrouve le CM1, la TPS, l'IME, l'UEE.

- **Cycle actuel** :

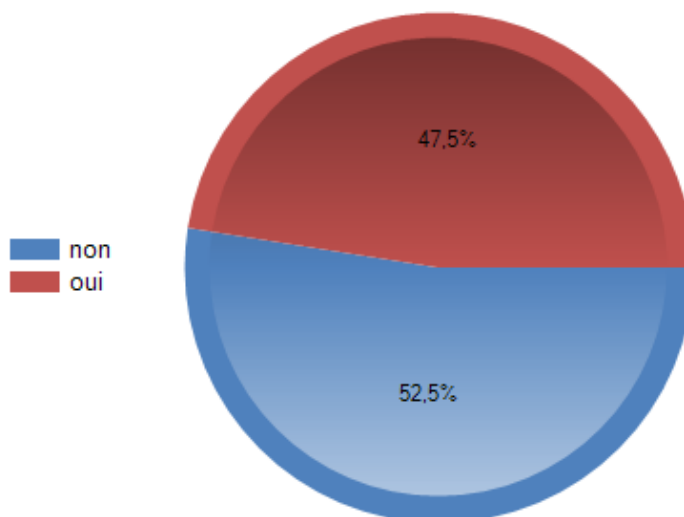
Le cycle 2 est majoritairement représenté (51,4%), puis le cycle 3 (43,2%) et enfin le cycle 1 (16,2%). Il ne s'agit pas ici d'une variable représentative des proportions présentes dans l'Éducation Nationale puisque les sujets ayant répondu sont en majorité des fonctionnaires stagiaires et sont très peu affectés au cycle 1 au cours de l'année de stage.

➤ **Classe à multiniveaux :**

Les sujets ont en responsabilité, pour la majorité, une classe multiniveaux (51,3% des sujets).

➤ **TDAH Sigle** (Avant de débiter ce questionnaire, saviez-vous ce que signifiait le sigle TDA/H ?) :

Sur les 59 sujets ayant participé à l'enquête, 31 ne connaissaient pas le sigle « TDA/H » avant de commencer le questionnaire.



Le graphique ci-dessus montre que la majorité des sujets n'avaient pas connaissance du sigle TDA/H.

➤ **TDA/H proche** (Connaissez-vous une personne dans votre entourage atteinte d'un TDA/H (famille, amis, collègues) ?) :

On remarque que 13,6% des sujets interrogés connaissent une personne dans leur entourage atteinte d'un TDA/H.

➤ **Définition d'un élève TDA/H a priori** (Selon vous, quel est un élève qui a des problèmes de concentration à l'école ?) :

11 - TDA_def

	Nb Occurrences	% Obs.
élève	47	82,5%
attention	10	17,5%
concentrer	10	17,5%
arrive	9	15,8%
classe	8	14%
mal	7	12,3%
activité	6	10,5%
Agite	6	10,5%
bouge	6	10,5%
concentration	6	10,5%
ecoute	6	10,5%
fait	6	10,5%
longtemps	6	10,5%



Lors de l'aperçu lexical et sémantique, on remarque que la longueur moyenne de la définition est de 17 mots.

À partir du nuage de mots obtenus, on peut définir a priori un élève TDA/H de la façon suivante : c'est un élève qui a une faible attention, qui a du mal à se concentrer, qui s'agite, bouge beaucoup et qui n'arrive pas à écouter longtemps lorsqu'il fait une activité.

- **Échelle de Conners** (Connaissez-vous l'échelle de Conners ?) :

Parmi les 58 réponses recueillies, seuls 2 sujets connaissent l'échelle de Conners.

- **Conners utilisée** (Si oui, l'avez-vous déjà utilisée avec des élèves ?) :

Parmi les deux sujets qui connaissent l'échelle de Conners, un seul sujet a déjà utilisé l'échelle de Conners et le résultat a été « constat de TDA/H »

- **Nombre de symptômes du TDA/H** (Parmi les symptômes suivants, cochez ceux que l'on retrouve chez un élève TDA/H selon vous) :

Parmi les 59 réponses recueillies, 32,8% ont coché les 3 symptômes (inattention, hyperactivité, impulsivité), 56,9% ont coché deux des trois symptômes, 8,6% ont coché qu'un seul symptôme et un sujet n'a coché aucun des 3 symptômes. On peut constater que pour plus de la moitié des sujets, le TDA/H réunit deux symptômes.

- **Symptôme inattention** (L'inattention est-elle un symptôme ?) :

L'inattention est un symptôme du TDA/H pour 54 sujets.

- **Symptôme hyperactivité** (L'hyperactivité est-elle un symptôme ?) :

L'hyperactivité est un symptôme du TDA/H pour 51 sujets.

➤ **Symptôme impulsivité** (L'impulsivité est-elle un symptôme ?) :

L'impulsivité est un symptôme du TDA/H pour 29 sujets.

➤ **TDA classe** (Avez-vous déjà rencontré ou rencontrez-vous un élève hyperactif ?) :

Sur les 57 réponses recueillies, 17 sujets (soit 29,8% des sujets ayant répondu à la question) ont rencontré un élève TDA/H dans une classe, 21 sujets (36,8%) n'ont jamais rencontré d'élève TDA/H dans une classe et 19 sujets (33,3%) des sujets pensent avoir peut-être déjà rencontré un élève TDA/H dans une classe.

➤ **Âge de l'élève TDA/H** (Quel âge a ou avait l'élève TDA/H que vous avez rencontré ?) :

Parmi les 31 sujets ayant répondu, on observe que deux sujets ont rencontré un élève TDA/H ayant moins de 5 ans, 8 sujets ont rencontré un élève TDA/H âgé de 5 à 6 ans, 10 sujets ont rencontré un élève TDA/H âgé de 7 à 8 ans et 11 sujets ont rencontré un élève TDA/H étant âgé de 9 à 12 ans. Dans cette enquête, l'âge moyen de l'élève TDA/H est de 7,65 ans.

➤ **Date du diagnostic** (Quand a eu lieu son diagnostic ?) :

Parmi les réponses recueillies, 3 élèves ont été diagnostiqués en CE2.

➤ **Suivi de l'élève** (Avait-il un suivi particulier ?) :

Sur les 27 réponses recueillies, 20 élèves TDA/H rencontrés dans les classes ont un suivi. Parmi ces 20 élèves suivis, 12 d'entre eux ont été suivis par une AVS, 6 ont été suivis par un psychologue, 3 ont été suivis par un psychomotricien.

➤ **Traitement de l'élève** (Avait-il un traitement ? Si oui, lequel ?) :

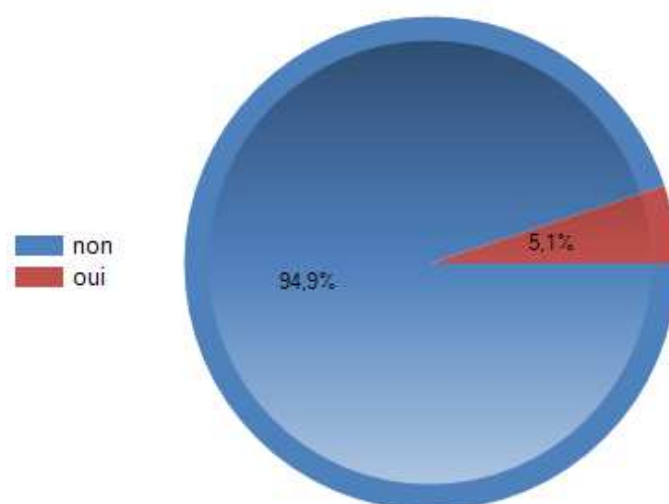
Sur 18 élèves TDA/H, 8 élèves avaient un traitement et 10 élèves n'en avaient pas. Parmi les élèves ayant un traitement, 3 d'entre eux ont pris de la Ritaline et un élève avait une dose quotidienne du médicament.

➤ **Parcours de l'élève** (Quel était ou est son parcours scolaire ?) :

Parmi les 26 réponses recueillies, on remarque que le mot « ordinaire(s) » revient à 22 reprises, ce qui signifie 84,6% des élèves diagnostiqués TDA/H étaient scolarisés dans des classes ordinaires. Deux sujets ont évoqué une inclusion pour ces élèves et deux sujets ont évoqué un parcours en ULIS.

- **Formation TDA/H** (Durant votre carrière, avez-vous suivi une formation sur les troubles de l'attention ?) :

Sur les 59 sujets interrogés, on observe que seuls 3 sujets (5,1%) ont suivi une formation sur les troubles de l'attention et les 56 autres sujets n'ont pas eu de formation sur le TDA/H.



- **Nature de la formation** (Formation volontaire/ formation non voulue/ autoformation) :

Parmi les 3 sujets qui ont suivi une formation sur les troubles de l'attention, une personne a choisi de suivre une formation volontairement, une personne a fait une autoformation et deux personnes ont suivi une formation non voulue.

- **Lieu de la formation** (ESPE/IUFM/ Animation pédagogique/Documentation) :

Parmi les 3 sujets ayant suivi une formation, deux d'entre eux ont suivi une formation à l'IFUM (en formation initiale) et un seul a une formation lors d'une animation pédagogique (en formation continue).

- **Besoin de formation** (Si non, souhaiteriez-vous avoir une formation sur les troubles de l'attention ?) :

31. format_besoin

	Effectifs	% Rep.
oui	50	90,9%
non	5	9,1%
Total	55	100%

Réponses effectives : 55
Taux de réponse : 93,2%

Non-réponse(s) : 4
Modalité la plus citée : oui

Le tableau ci-dessus montre que sur les 59 sujets ayant répondu au questionnaire, 50 d'entre eux souhaitent suivre une formation sur les troubles de l'attention.

- **Raisons du besoin** (Pour quelle(s) raison(s) ?) :

32 - format_raisons

	Nb Occurrences	% Obs.
élève	21	39,6%
élèves	14	26,4%
mieux	11	20,8%
savoir	11	20,8%
classe	8	15,1%
trouble	7	13,2%
gerer	6	11,3%
pouvoir	6	11,3%
aider	5	9,4%
face	5	9,4%
mettre	5	9,4%
réagir	5	9,4%
troubles	5	9,4%



La longueur moyenne de la réponse est de 13 mots. Si on devait résumer les raisons pour lesquelles un enseignant du premier degré voudrait suivre une formation sur les troubles de

l'attention, ce serait pour savoir mieux gérer un élève qui a ce trouble en classe, pouvoir aider cet élève et savoir comment réagir face à ce trouble.

- **Définition d'un élève TDA/H a posteriori** (À la fin de ce questionnaire, comment définiriez-vous un trouble de l'attention ?) :



Lorsqu'on observe l'aperçu lexical et sémantique, on remarque la longueur moyenne de la réponse est de 17 mots. A partir du nuage de mots ci-dessus, il est possible de définir a posteriori un élève TDA/H de cette manière : le TDA/H est un trouble qui se caractérise par un manque d'attention, un problème de concentration et de l'hyperactivité chez l'élève. Ce trouble entraîne notamment des difficultés d'exécution de tâche, ce qui provoque des difficultés d'apprentissage.

II. Tris croisés et tests

La significativité statistique d'un résultat en psychologie

Il s'agit d'une mesure estimée du degré pour lequel il est "vrai" (au sens de "représentatif de la population"). Le niveau p représente la probabilité d'erreur qui est impliquée dans l'acceptation du résultat observé comme valide (c'est-à-dire comme "représentatif de la population"). Par exemple, un niveau p de 0,05 indique qu'on a une probabilité de 5% que la relation entre les variables trouvées dans notre échantillon soit une "coïncidence" ou un "coup de chance". En psychologie, un niveau p de 0,05 est considéré selon l'usage comme le risque maximal consenti. Autrement dit, lorsque $p < 0,05$, les résultats sont considérés comme étant statistiquement significatifs.

- **Tri croisé entre la variable « statut » et la variable « TDA sigle »**

Les professeurs des écoles étant sous-représentés dans l'enquête, il n'est pas possible

d'affirmer qu'un enseignant titulaire ou retraité, autrement dit avec de l'ancienneté, a une meilleure connaissance du TDA/H. ($\chi^2=6,03$; ddl = 3,00 ; $p=0,11$)

- Tri croisé entre la variable « statut » et la variable « Conners »

L'enquête montre qu'il n'y pas de relation entre le statut et le fait de connaître l'échelle de Conners. Ainsi, on ne peut affirmer qu'un enseignant avec plus d'ancienneté a une meilleure connaissance du diagnostic du TDA/H comparé à un enseignant en formation initiale. ($\chi^2= 3,65$; ddl= 6,00 ; $p=0,72$: NS)

- Tri croisé entre la variable « statut » et la variable « TDA formation »

L'enquête montre que les enseignants titulaires ou retraités, c'est-à-dire avec de l'ancienneté, ont été moins formés que les enseignants encore en formation initiale. ($\chi^2= 14,11$; ddl=3,00, $p<0,01$: S)

- Définition du TDA/H a priori en fonction de la variable « TDA proche »

On remarque que la définition du TDA/H est plus courte pour les personnes ayant un proche atteint de TDA/H.

- Tri croisé entre la variable « TDA sigle » et la variable « TDA proche »

L'enquête montre que les enseignants ayant une personne atteinte de TDA/H dans leur entourage connaissent davantage le sigle TDA/H. ($\chi^2= 5,95$; ddl=1,00 ; $p = 0,01$: S)

- Définition du TDA/H a priori en fonction du sexe

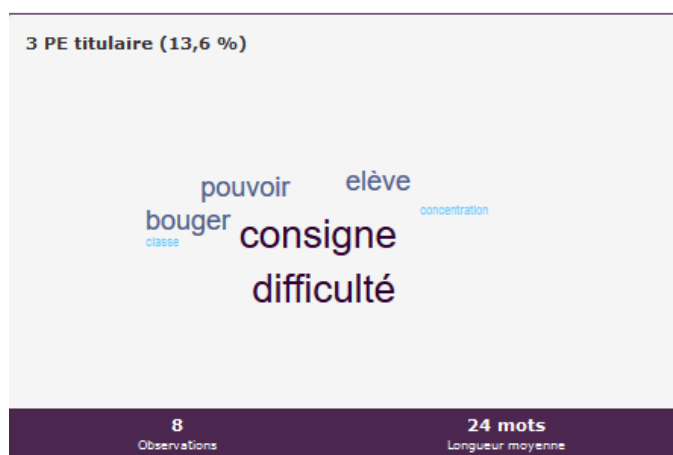
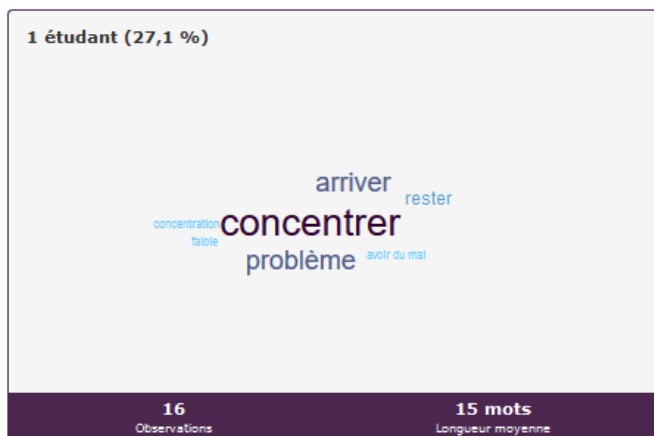
La définition du TDA/H a priori comprend en moyenne 20 mots chez les enseignants de sexe masculin et peut se résumer avec les mots suivants : élève, difficulté, consigne, activité, faible, pouvoir

La définition du TDA/H a priori comprend en moyenne 17 mots chez les enseignants de sexe féminin et peut se résumer avec les mots suivants : concentrer, attention, élève, bouger, problème, avoir du mal.

Il ressort donc de l'enquête que la définition se module en fonction du sexe du sujet.

- Définition du TDA/H a priori en fonction du statut

La définition de l'élève TDA/H comprend en moyenne 17 mots.



Lorsqu'on compare les nuages de mots en fonction du statut, on remarque que les enseignants en formation initiale ont une définition plus courte (15 mots en moyenne) que les enseignants titulaires (24 mots en moyenne) ou retraités (32 mots en moyenne) (et qui ont donc plus d'ancienneté).

Pour un étudiant, un élève TDA/H est un élève qui a un problème, une faible concentration, qui a du mal à rester concentré.

Pour un stagiaire, c'est un élève qui n'arrive pas à se concentrer en classe, qui a du mal à finir une activité à cause d'une concentration qui est faible.

Pour un titulaire, c'est un élève qui a besoin de bouger, qui a des difficultés à écouter les consignes en classe.

Pour un retraité, c'est un élève qui a un problème d'attention, qui a besoin de bouger.

On remarque que les définitions de l'échantillon sont plus ou moins éloignées de la définition type de l'échantillon. On remarque également que la définition de l'échantillon est une définition davantage comportementale et s'éloigne de la définition médicale de la HAS puisque les mots « trouble », « symptôme », « handicap » n'apparaissent pas de manière

significative dans les définitions des sujets. De ce fait, on peut affirmer que les enseignants ont une définition éloignée de la définition de la HAS qui définit le TDA/H comme un trouble qui associe 3 symptômes que sont le déficit de l'attention, l'hyperactivité motrice et l'impulsivité et parle d'un handicap de l'enfant.

- Définition du TDA/H a posteriori en fonction du statut

La définition du TDA/H a posteriori comprend en moyenne 17 mots.

On remarque là aussi que la définition des enseignants en formation initiale (14 mots pour les étudiants et 17 mots pour les stagiaires) est plus courte que celles des titulaires (24 mots) et des retraités (18 mots).

Pour les étudiants, le TDA/H se définit a posteriori comme un trouble de l'attention qui se caractérise par de l'inattention et de l'hyperactivité.

Pour les stagiaires, le TDA/H se définit comme un trouble de l'attention, un problème de concentration, l'inattention de l'élève perturbe ses apprentissages.

Pour les titulaires, c'est un trouble de la concentration qui peut gêner les apprentissages, la réalisation d'une tâche.

Pour les retraités, c'est une difficulté, un manque.

On remarque ici que les définitions diffèrent selon les statuts. De plus, la définition proposée par les retraités s'éloigne de la définition de la HAS.

- Tri croisé entre la définition du TDA/H a posteriori et la variable « TDA_classe »



On observe que les enseignants ayant rencontré un élève TDA/H dans leur classe ont une définition plus longue (19 mots) que les enseignants n'ayant pas rencontré d'élève TDA/H (16 mots) ou n'étant pas sûr d'en avoir rencontré.

Un enseignant qui a déjà eu un élève TDA/H dans sa classe le définit comme un élève

hyperactif, qui des difficultés d'apprentissage et des problèmes de concentration. On retrouve ici deux symptômes du TDA/H : l'hyperactivité et le déficit d'attention.

- Tri croisé entre la définition a posteriori et la variable « TDA formation »

Les enseignants ayant eu une formation sur le TDA/H, le définissent avec plus de précision (22 mots en moyenne) qu'un élève n'ayant pas eu de formation (17 mots) : en effet, ils le conçoivent comme un trouble avec hyperactivité, une difficulté à pouvoir réaliser une tâche, qui peut gêner les apprentissages alors que les enseignants n'ayant pas eu de formation parlent a posteriori d'un élève hyperactif qui a un problème d'inattention, et a du mal à se concentrer.

Discussion

Lorsque j'ai choisi de faire mon mémoire sur les troubles de l'attention en Master 1, je ne savais pas quelle classe j'aurai l'année d'après, et encore moins si j'allais avoir un élève diagnostiqué TDA/H au sein de ma classe.

À la rentrée 2018, j'ai été affectée dans une classe de CE1/CE2 : dans cette classe, il y a un élève de CE2 qui a eu un rendez-vous neuropédiatrique en février 2019, rendez-vous qui avait été demandé lors de la mise en place d'un PAP²⁸ en 2017/2018. Suite à ce rendez-vous médical, j'ai été moi-même amenée à remplir la partie enseignant du test de Conners pour cet élève (annexe 8). À ce jour, les résultats du test ne me sont pas encore parvenus.

En parallèle, j'ai continué à travailler sur la rédaction de mon mémoire sur les représentations des enseignants sur le TDA/H.

Dans un premier temps, l'enquête montre que seuls 32,8% des sujets ont coché les 3 symptômes (inattention, hyperactivité, impulsivité), tous statuts confondus. Or, la HAS définit bien le TDA/H comme un trouble associant trois symptômes que sont l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité. Plus précisément, il apparaît que le symptôme « inattention » soit le plus connu des sujets puisqu'il a été coché par 54 sujets sur les 59 au total, le symptôme « hyperactivité » a été coché par 51 sujets et enfin, le symptôme « impulsivité » a été coché par seulement 29 sujets. Cela montre que les enseignants ignorent que l'impulsivité fait partie des symptômes caractérisant le TDA/H. À ce sujet, on peut nuancer cette idée puisque la définition de la HAS utilise du vocabulaire médical (inattention, hyperactivité, impulsivité) que les enseignants n'emploient pas forcément et utilisent plutôt des mots de sens commun : par exemple, pour caractériser l'hyperactivité d'un enfant TDA/H, certains sujets ont décrit un élève TDA/H comme un élève qui « bouge beaucoup ». Le référentiel des compétences des métiers du professorat et de l'éducation indique que les professeurs des écoles doivent notamment connaître les élèves et les processus d'apprentissage, prendre en compte la diversité des élèves et accompagner les élèves dans leur parcours de formation. Il apparaît que les enseignants ne sont pas assez formés pour accueillir des élèves avec des besoins éducatifs particuliers comme des élèves TDA/H puisque pour pouvoir différencier les situations d'apprentissage, il faut tout d'abord identifier les besoins de ces élèves. Le Ministère de l'Éducation Nationale dans le cadre de son projet « Ensemble pour l'École inclusive » a pour objectif de mieux informer, former et

²⁸ Plan d'Accueil Personnalisé

accompagner les enseignants et les personnels d'encadrement en adoptant plusieurs mesures telles que :

- 750 personnels formés dans le cadre de formations croisées avec les professionnels du secteur médico-social et des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)
- 100 postes d'enseignants ressources supplémentaires à la rentrée 2018

Par ailleurs, l'enquête montre grâce au tri croisé entre la variable « TDA_formation » et la variable « TDA_def2 » que les enseignants ayant suivi une formation sur les troubles de l'attention ont une meilleure connaissance du TDA/H que les enseignants n'ayant pas suivi de formation sur ce sujet. En effet, leur définition du TDA/H se rapproche plus de la définition proposée par la HAS. Ainsi, la première hypothèse selon laquelle les enseignants ayant eu une formation ont une représentation qui se rapproche plus de la définition du TDA/H que les enseignants n'ayant jamais eu de formation est validée.

Ensuite, l'enquête permet de distinguer les enseignants ayant rencontré un élève TDA/H dans leur classe et les enseignants n'ayant pas eu d'élève TDA/H. Les données recueillies permettent d'affirmer l'hypothèse selon laquelle un enseignant qui a déjà rencontré un élève diagnostiqué TDA/H au cours de sa carrière, a une définition qui se rapproche plus de la définition du TDA/H proposée par la HAS qu'un enseignant n'ayant jamais rencontré un élève TDA/H. En effet, sa définition est plus riche et comporte deux des trois symptômes du TDA/H.

En ce qui concerne l'influence de l'ancienneté sur la connaissance de la définition du TDA/H, l'outil permettant de recueillir les données ne permet pas d'affirmer l'hypothèse selon laquelle un enseignant ayant de l'ancienneté se rapproche plus de la définition du TDA/H qu'un enseignant en formation initiale. En effet, dans mon questionnaire, les sujets devaient répondre à la question de l'ancienneté en années. Or, il y a un déséquilibre entre les sujets en formation initiale qui n'ont pas un an d'ancienneté et qui n'ont donc pas pu répondre à la question, et les sujets titulaires ou retraités. C'est pourquoi si je devais proposer un autre questionnaire, je privilégierais l'ancienneté en mois et en années et je proposerais de stratifier les réponses envisageables, comme par exemple créer une tranche de 5 à 10 ans, puis de 11 ans à 15 ans, etc.

Les données recueillies grâce à la diffusion des questionnaires permettent de faire des hypothèses a posteriori : en effet, l'enquête montre par exemple que la définition se module

en fonction du sexe de sujet mais également en fonction du statut. De ce fait, les définitions sont plus ou moins éloignées de la définition de la HAS selon les variables « sexe » et « statut ».

Par ailleurs, même si l'enquête semble montrer que les enseignants méconnaissent le TDA/H, il semblerait que ce soit à cause d'un déficit de formation : en effet, on remarque que 91,9% des sujets interrogés n'ont eu aucune formation sur les troubles de l'attention. Pour nuancer cette idée, si je devais recommencer mon étude, je transmettrais mon questionnaire au début du cours portant sur les élèves à besoins particuliers puis à la fin de ce cours pour voir si la définition du TDA/H évolue.

D'un côté, l'Éducation Nationale privilégie l'inclusion scolaire des élèves à besoins éducatifs particuliers mais de l'autre, il semble qu'il y ait un manque de formation des enseignants devant accueillir ces élèves en classe.

Lorsqu'on demande aux enseignants s'ils souhaitent suivre une formation à ce sujet, ils sont 90,9% dans l'enquête à exprimer le besoin d'être formés et parmi les raisons qui les motivent, l'élève est au cœur des motivations. En effet, les enseignants souhaitent être formés pour pouvoir mieux gérer ces élèves en classe, pour pouvoir les aider et savoir comment réagir face à ce handicap.

A l'heure actuelle, le Ministère de l'Éducation Nationale semble œuvrer pour une École pleinement inclusive à l'horizon 2022. Pour parvenir à remplir cet objectif, l'accent est mis sur la formation des enseignants mais aussi dans le soutien apporté aux enseignants pour la prise en charge des besoins éducatifs particuliers des élèves. Parmi les mesures envisagées, il y a :

- Une formation effective sur la compréhension du handicap et les adaptations scolaires
- Une plateforme numérique nationale de formation permettant d'accéder facilement aux adaptations scolaires
- Des enseignants ressources maillés sur le territoire, mobilisables depuis la plateforme
- Des enseignants référents centrés sur leur mission d'animation et d'appui à la construction des Projets personnalisés de scolarisation (PPS), avec un nombre de suivis plus restreint

Conclusion

En définitive, réaliser ce mémoire m'a permis d'enrichir mes connaissances scientifiques et pédagogiques au sujet du TDA/H. Ses connaissances m'ont d'ailleurs été utiles dès cette année pour remplir le test de Conners pour l'élève de ma classe suspect d'avoir un trouble de l'apprentissage. De plus, cela m'a permis de conforter mon idée selon laquelle un enseignant doit sans cesse se former pour pouvoir adapter sa pratique professionnelle en fonction des besoins de ses élèves. Ce mémoire m'a également fait prendre conscience qu'il est nécessaire de mesurer les difficultés des élèves au quotidien pour pouvoir poser un diagnostic le plus tôt possible pour pouvoir les aider et compenser les difficultés rencontrées en classe.

Bibliographie

ABOU ABDALLAH, T. (2011). Le trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité : clinique et diagnostic. *Perspectives Psy*, vol .50,(1), 49-54. <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2011-1-page-49.htm>

BARATAULT J. (2014). L'École et l'élève avec TDA/H. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 68,(4), 151-154. doi:10.3917/nras.068.015

BOUJON C., QUAIREAU C., (1997), Tous les enfants inattentifs et agités sont-ils DADH ? Dans *Attention et réussite scolaire*, Paris, France : Dunod

BOURGUEIL, T. (2007). L'accompagnement pédagogique des enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 40,(4), 63-72. doi:10.3917/nras.040.0063.

BOUVARD, M. (2016), *Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité de l'enfant à l'adulte* : Dunod

FORGEOT B., BONNET, D. & JACQUIN, T. (2011). L'apport du bilan neuropsychologique au diagnostic et à la prise en charge du trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité. *Perspectives Psy*, vol .50,(1), 55-61

GAUCHER, M. & FORGET, J. (2014). Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité : nosographie et perspective développementale. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 68,(4), 17-26. doi:10.3917/nras.068.0017

Haute Autorité de Santé. (2015). Questions/Réponses – TDAH : repérer la souffrance, accompagner l'enfant et la famille. Récupéré de https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/questions_reponses_tdah.pdf

JUMEL, B. (2014). Les troubles de l'attention chez l'enfant : identifications et remédiations, Paris: Dunod.

JUPILLE, J. (2011). Un processus social à décrire : l'élaboration du diagnostic de TDA/H. Dans *Hyperactivité et troubles des conduites : des diagnostics controversés*. L'information psychiatrique, volume 87,(5), 409-415. doi:10.3917/inpsy.8705.040

MARCASTEL A, BEDOIN N. (2016) Face aux troubles de l'attention. *Cahiers pédagogiques*, 527. Repéré à <http://www.cahiers-pedagogiques.com/Face-aux-troubles-de-l-attention>.

PHILIP, C. (2014). Analyse des recommandations de la HAS pour le TDA/H, dont les stratégies en milieu scolaire. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 68,(4), 33-43. doi:10.3917/nras.068.0033.

RONCHEWSKI DEGORRE, S. (2017). Comment prendre soin de l'enfant hyperactif à l'école ? De l'élève indiscipliné à l'élève handicapé. *Phronesis*, vol. 6,(3), 82-96. <https://www.cairn.info/revue-phronesis-2017-3-page-82.htm>.

TERRELL C., PASSENGER T. (2010). Comprendre les troubles d'apprentissage chez l'enfant. Québec, Canada : Modus Vivendi

ANNEXES

Mes outils

Annexe 1 : questionnaire transmis pour le recueil de données

Questionnaire à destination des enseignants du premier degré

Ce questionnaire a été réalisé par une étudiante dans le cadre d'un Master MEEF. Celui-ci a pour objectif de recueillir des données pour la rédaction d'un mémoire sur les représentations des enseignants sur les élèves atteints d'un TDA/H (Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité).

Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Âge : ___ ans
Statut : <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Stagiaire <input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> Retraité	
Ancienneté : _____ ans	
Niveau _____ de _____ classe	(actuellement) :

1. Avant de débiter ce questionnaire, saviez-vous ce que signifiait le sigle TDA/H ?

Oui Non

2. Connaissez-vous une personne dans votre entourage atteinte d'un TDA/H ?
(famille, amis, collègues)

Oui Non

3. Selon vous, quel est un élève qui a des problèmes de concentration à l'école ?

4. Connaissez-vous l'échelle de Conners ?

Oui Non

Si oui, l'avez-vous déjà utilisée avec des élèves?

Oui Non

Quel était le résultat?

5. Parmi les symptômes suivants, cochez ceux que l'on retrouve chez un élève TDA/H selon vous :

- Inattention
- Hyperactivité
- Impulsivité

6. Avez-vous déjà rencontré ou rencontrez-vous un élève hyperactif ?

Oui Non Peut-être

7. Quel âge a ou avait l'élève TDA/H que vous avez rencontré ?

8. Quand a eu lieu son diagnostic ?

9. Avait-il un suivi particulier? (AVS, psychologue, spécialistes)

10. Avait-il un traitement ? Si oui, lequel ?

11. Quel était ou est son parcours scolaire ? (classes ordinaires ou spécialisées)

12. Durant votre carrière, avez-vous suivi une formation sur les troubles de l'attention ?

- Oui Non

Si oui, cette formation était :

- Une formation volontaire
 Une formation non voulue
 Une autoformation (internet, livres)

Comment avez-vous été formé ?

- ESPE IUFM Lors d'une animation pédagogique
 Documentation (livres, ressources internet)

Si non, souhaiteriez-vous avoir une formation sur les troubles de l'attention ?

- Oui Non

Pour quelle(s) raison(s) ?

14. À la fin de ce questionnaire, comment définiriez-vous un trouble de l'attention ?

Merci pour votre aide.

Justine KAMINSKI.

Annexe 2 : Questionnaire du sujet n°1 (professeure des écoles titulaire – 1 an d'ancienneté)

(1)

Questionnaire à destination des enseignants du premier degré

Ce questionnaire a été réalisé par une étudiante dans le cadre d'un Master MEEF. Celui-ci a pour objectif de recueillir des données pour la rédaction d'un mémoire sur les représentations des enseignants sur les élèves atteints d'un TDA/H (Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité).

Sexe : F M Âge : 22 ans

Statut : Étudiant Stagiaire Titulaire Retraité

Ancienneté : 1 ans

Niveau de classe (actuellement) : CE1 / CE2

1. Avant de débiter ce questionnaire, saviez-vous ce que signifiait le sigle TDA/H ?

Oui Non

2. Connaissez-vous une personne dans votre entourage atteinte d'un TDA/H ? (famille, amis, collègues)

Oui Non

3. Selon vous, quel est un élève qui a des problèmes de concentration à l'école ?

- agité
- bruyant
- besoin de bouger constamment
- est ailleurs, n'écoute pas

4. Connaissez-vous l'échelle de Conners ?

Oui Non

Si oui, l'avez-vous déjà utilisée avec des élèves?

Oui Non

Quel était le résultat?

1/3

5. Parmi les symptômes suivants, cochez ceux que l'on retrouve chez un élève TDA/H selon vous :

inattention

hyperactivité

impulsivité

6. Avez-vous déjà rencontré ou rencontrez-vous un élève hyperactif ?

Oui Non Peut-être

7. Quel âge a ou avait l'élève TDA/H que vous avez rencontré ?

10 ans

8. Quand a eu lieu son diagnostic ?

début CE2

9. Avait-il un suivi particulier? (AVS, psychologue, spécialistes)

psychologue

10. Avait-il un traitement ? Si oui, lequel ?

Pas de traitement

11. Quel était ou est son parcours scolaire ? (classes ordinaires ou spécialisées)

classes ordinaires

12. Durant votre carrière, avez-vous suivi une formation sur les troubles de l'attention ?

Oui Non

Si oui, cette formation était :

- une formation volontaire
- une formation non voulue
- une autoformation (internet, livres)

Comment avez-vous été formé ?

- ESPE IUFM Lors d'une animation pédagogique
- Documentation (livres, ressources internet)

Si non, souhaiteriez-vous avoir une formation sur les troubles de l'attention ?

Oui Non

Pour quelle(s) raison(s) ?

pour en savoir plus, et gérer ce type de comportement.

14. À la fin de ce questionnaire, comment définiriez-vous un trouble de l'attention ?

- hyperactivité avec manque de concentration.

Merci pour votre aide.

Justine KAMINSKI.
3/3

Annexe 3 : Questionnaire du sujet n°4 (professeure des écoles spécialisée – 14 ans d'ancienneté)

④

Questionnaire à destination des enseignants du premier degré

Ce questionnaire a été réalisé par une étudiante dans le cadre d'un Master MEEF. Celui-ci a pour objectif de recueillir des données pour la rédaction d'un mémoire sur les représentations des enseignants sur les élèves atteints d'un TDA/H (Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité).

Sexe : F M Âge : 37 ans

Statut : Étudiant Stagiaire Titulaire Retraité

Ancienneté : 14 ans

Niveau de classe (actuellement) : UEE IHE (6-12ans)

1. Avant de débiter ce questionnaire, saviez-vous ce que signifiait le sigle TDA/H ?

Oui Non

2. Connaissez-vous une personne dans votre entourage atteinte d'un TDA/H ? (famille, amis, collègues)

Oui Non

3. Selon vous, quel est un élève qui a des problèmes de concentration à l'école ?

Elève qui a du mal à réaliser une tâche jusqu'à son terme.
Elève qui a des difficultés à suivre les phases orales collectives (entre autres!)

4. Connaissez-vous l'échelle de Conners ?

Oui Non

Si oui, l'avez-vous déjà utilisée avec des élèves?

Oui Non

Quel était le résultat?

Constats de TDA/H

1/3

5. Parmi les symptômes suivants, cochez ceux que l'on retrouve chez un élève TDA/H selon vous :

- inattention
- hyperactivité
- impulsivité

6. Avez-vous déjà rencontré ou rencontrez-vous un élève hyperactif ?

Oui Non Peut-être

7. Quel âge a ou avait l'élève TDA/H que vous avez rencontré ?

Entre 6 et 12 ans

8. Quand a eu lieu son diagnostic ?

Souvent 1^{ère} période lors des phases d'observations, évaluation et analyses des compétences transversales.

9. Avait-il un suivi particulier? (AVS, psychologue, spécialistes)

Oui, IPE.

10. Avait-il un traitement ? Si oui, lequel ?

Oui, souvent le traitement est déjà mis en place

11. Quel était ou est son parcours scolaire ? (classes ordinaires ou spécialisées)

Orientation IPE

12. Durant votre carrière, avez-vous suivi une formation sur les troubles de l'attention ?

Oui Non

Si oui, cette formation était :

- une formation volontaire → capa. de D
 une formation non voulue
 une autoformation (internet, livres)

Comment avez-vous été formé ?

- ESPE IUFM Lors d'une animation pédagogique
 Documentation (livres, ressources internet)

Si non, souhaiteriez-vous avoir une formation sur les troubles de l'attention ?

Oui Non

Pour quelle(s) raison(s) ?

Dans le sens où il faut toujours actualiser ses connaissances.

14. À la fin de ce questionnaire, comment définiriez-vous un trouble de l'attention ?

Trouble neurologique avec diagnostic médical pouvant entraîner des troubles du comportement et difficultés dans les apprentissages.

Merci pour votre aide.

Justine KAMINSKI

3/3

Annexe 4 : Questionnaire du sujet n°22 (professeure des écoles retraitée)

22

Questionnaire à destination des enseignants du premier degré

Ce questionnaire a été réalisé par une étudiante dans le cadre d'un Master MEEF. Celui-ci a pour objectif de recueillir des données pour la rédaction d'un mémoire sur les représentations des enseignants sur les élèves atteints d'un TDAH (Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité).

Sexe : F M Âge : 60 ans
Statut : Étudiant Stagiaire Titulaire Retraité
Ancienneté : 37 ans
Niveau de classe (actuellement) : /

1. Avant de débiter ce questionnaire, saviez-vous ce que signifiait le sigle TDAH ?

Oui Non

2. Connaissez-vous une personne dans votre entourage atteinte d'un TDAH ? (famille, amis, collègues)

Oui Non

3. Selon vous, quel est un élève qui a des problèmes de concentration à l'école ?

Instable, bruyant et remuant; parasite par tout ce qu'il entoure; parle sans réfléchir
Vite désintéressé par ce qu'il fait.
En récréation, cet élève se fait rejeter souvent par ses camarades.

4. Connaissez-vous l'échelle de Conners ?

Oui Non

Si oui, l'avez-vous déjà utilisée avec des élèves?

Oui Non

Quel était le résultat?

/

5. Parmi les symptômes suivants, cochez ceux que l'on retrouve chez un élève TDA/H selon vous :

inattention

hyperactivité

impulsivité

6. Avez-vous déjà rencontré ou rencontrez-vous un élève hyperactif ?

Oui Non Peut-être

7. Quel âge a ou avait l'élève TDA/H que vous avez rencontré ?

6 ans.

8. Quand a eu lieu son diagnostic ?

8 ans

9. Avait-il un suivi particulier? (AVS, psychologue, spécialistes)

oui A.V.S.

10. Avait-il un traitement ? Si oui, lequel ?

Oui, de la ritaline quotidiennement

11. Quel était ou est son parcours scolaire ? (classes ordinaires ou spécialisées)

1 g.S 2.CP. 1 CE₁ puis dans
un établissement spécialisé (je ne me souviens
plus du nom exactement)

12. Durant votre carrière, avez-vous suivi une formation sur les troubles de l'attention ?

Oui Non

Si oui, cette formation était :

- une formation volontaire
 une formation non voulue
 une autoformation (internet, livres)

Comment avez-vous été formé ?

- ESPE IUFM Lors d'une animation pédagogique
 Documentation (livres, ressources internet)

Si non, souhaiteriez-vous avoir une formation sur les troubles de l'attention ?

Oui Non

Pour quelle(s) raison(s) ?

14. À la fin de ce questionnaire, comment définiriez-vous un trouble de l'attention ?

Des difficultés attentionnelles dans des situations
de communication, des difficultés à fixer le
regard, une impulsivité et un manque de
contrôle du langage et du corps.

Merci pour votre aide.

Justine KAMINSKI.

3/3

Annexe 5 : Questionnaire du sujet n°26 (professeure des écoles stagiaire)

26

Questionnaire à destination des enseignants du premier degré

Ce questionnaire a été réalisé par une étudiante dans le cadre d'un Master MEEF. Celui-ci a pour objectif de recueillir des données pour la rédaction d'un mémoire sur les représentations des enseignants sur les élèves atteints d'un TDA/H (Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité).

Sexe : F M

Âge : 24 ans

Statut : Étudiant Stagiaire Titulaire Retraité

Ancienneté : 6 mois ans

Niveau de classe (actuellement) : CE2

1. Avant de débiter ce questionnaire, saviez-vous ce que signifiait le sigle TDA/H ?

Oui Non

2. Connaissez-vous une personne dans votre entourage atteinte d'un TDA/H ? (famille, amis, collègues)

Oui Non

3. Selon vous, quel est un élève qui a des problèmes de concentration à l'école ?

N'arrive pas à rentrer dans l'activité, est vite distrait, parle avec les autres facilement, oublie des mots en production d'écrit, bouge énormément

4. Connaissez-vous l'échelle de Conners ?

Oui Non

Si oui, l'avez-vous déjà utilisée avec des élèves?

Oui Non

Quel était le résultat?

5. Parmi les symptômes suivants, cochez ceux que l'on retrouve chez un élève TDA/H selon vous :

inattention

hyperactivité

impulsivité

6. Avez-vous déjà rencontré ou rencontrez-vous un élève hyperactif ?

Oui Non Peut-être

7. Quel âge a ou avait l'élève TDA/H que vous avez rencontré ?

8. Quand a eu lieu son diagnostic ?

9. Avait-il un suivi particulier? (AVS, psychologue, spécialistes)

10. Avait-il un traitement ? Si oui, lequel ?

11. Quel était ou est son parcours scolaire ? (classes ordinaires ou spécialisées)

12. Durant votre carrière, avez-vous suivi une formation sur les troubles de l'attention ?

Oui Non

Si oui, cette formation était :

- une formation volontaire
 une formation non voulue
 une autoformation (internet, livres)

Comment avez-vous été formé ?

- ESPE IUFM Lors d'une animation pédagogique
 Documentation (livres, ressources internet)

Si non, souhaiteriez-vous avoir une formation sur les troubles de l'attention ?

Oui Non

Pour quelle(s) raison(s) ?

Pour mieux enseigner, mieux réagir quand j'ai un élève en classe qui a des TDAH

14. À la fin de ce questionnaire, comment définiriez-vous un trouble de l'attention ?

élève qui n'est pas capable de suivre un cours / apprentissage car l'environnement le déconcentre.

Merci pour votre aide.

Justine KAMINSKI.

3/3

Annexe 6 : Questionnaire du sujet n°48 (étudiante en master MEEF)

48

Questionnaire à destination des enseignants du premier degré

Ce questionnaire a été réalisé par une étudiante dans le cadre d'un Master MEEF. Celui-ci a pour objectif de recueillir des données pour la rédaction d'un mémoire sur les représentations des enseignants sur les élèves atteints d'un TDA/H (Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité).

Sexe : F M

Âge : 21 ans

Statut : Étudiant Stagiaire Titulaire Retraité

Ancienneté : _____ ans

Niveau de classe (actuellement) : M1

1. Avant de débiter ce questionnaire, saviez-vous ce que signifiait le sigle TDA/H ?

Oui Non

2. Connaissez-vous une personne dans votre entourage atteinte d'un TDA/H ? (famille, amis, collègues)

Oui Non

3. Selon vous, quel est un élève qui a des problèmes de concentration à l'école ?

C'est un élève qui ne parvient pas à rester concentré sur une tâche pendant longtemps.

4. Connaissez-vous l'échelle de Conners ?

Oui Non

Si oui, l'avez-vous déjà utilisée avec des élèves?

Oui Non

Quel était le résultat?

5. Parmi les symptômes suivants, cochez ceux que l'on retrouve chez un élève TDA/H selon vous :

inattention

hyperactivité

impulsivité

6. Avez-vous déjà rencontré ou rencontrez-vous un élève hyperactif ?

Oui Non Peut-être

7. Quel âge a ou avait l'élève TDA/H que vous avez rencontré ?

/

8. Quand a eu lieu son diagnostic ?

/

9. Avait-il un suivi particulier? (AVS, psychologue, spécialistes)

/

10. Avait-il un traitement ? Si oui, lequel ?

/

1. Quel était ou est son parcours scolaire ? (classes ordinaires ou spécialisées)

✓

12. Durant votre carrière, avez-vous suivi une formation sur les troubles de l'attention ?

Oui Non

Si oui, cette formation était :

- une formation volontaire
- une formation non voulue
- une autoformation (internet, livres)

Comment avez-vous été formé ?

- ESPE IUFM Lors d'une animation pédagogique
- Documentation (livres, ressources internet)

Si non, souhaiteriez-vous avoir une formation sur les troubles de l'attention ?

Oui Non

Pour quelle(s) raison(s) ?

Beaucoup d'élèves peuvent en être atteints et cela est important de savoir ce qui est exactement ce trouble et ce qui il faut mettre en place.

14. À la fin de ce questionnaire, comment définiriez-vous un trouble de l'attention ?

- manque de concentration
- hyperactivité

Merci pour votre aide.

Justine KAMINSKI.

3/3

Logiciel d'analyse de données utilisé

Annexe 7 : capture d'écran du site sphinx-campus

The screenshot displays the Sphinx Campus data analysis software interface. The main content area shows a statistical analysis for the variable 'conners' (sympto_nb). The analysis results are as follows:



conners	Moyenne	Ecart-type	Effectif
oui	2.5	0.71	2
non	2.2	0.68	55
Total	2.21	0.67	57

Les valeurs en bleu / rouge sont significativement supérieures / inférieures à la grande moyenne (au seuil de risque de 5%).
 Réponses effectives : 2.57 ; Non-réponses(s) : 2 ; p-value = 0.79 ; Fisher = 0.24. La relation n'est pas significative. Taux de réponse : 96.6%

A bar chart below the table shows the mean values for 'oui' (2.5, blue bar) and 'non' (2.2, red bar). The interface also includes a control panel on the left with options for 'Analyse', 'Options', and 'Automatique', and a top navigation bar with 'ACCUEIL', 'CONCEPTION', 'DIFFUSION & COLLECTE', and 'DONNÉES'.

Exemple de test de Conners

Annexe 8 : test de Conners partie enseignant remplie pour un élève de CE2 de ma classe

 **DOCTEUR [REDACTED] (NEURO-PEDIATRE)** 

Cabinet Neuro-Pédiatrique Les Petits Géants
140 Rue de la grange
59500 DOUAI

Lettre d'accompagnement du test CONNER

Madame, Monsieur l'enseignant,
Bonjour,

Votre élève est suivi chez nous pour une pose de diagnostic de Trouble de l'apprentissage.
Veuillez trouver ci-joint le test du Dr CONNER partie enseignant (Test indispensable à la pose du diagnostic).
Ce test est à remplir et à transmettre aux parents (ou nous le retourner si vous préférez).
Merci pour votre implication dans l'épanouissement et le bien-être de votre élève.

Comment remplir ce test :

Veuillez cocher le comportement (dans la liste) se rapprochant le plus de celui de l'enfant.

Si le comportement ne s'est pas présenté (cochez 0)
Un peu (cochez 1)
De temps en temps (cochez 2)
S'il s'est souvent présenté (cochez 3).
Merci de ne pas cocher entre deux cases.

Exemple :

		0	1	2	3
Question 1	Est opposant			x	

Docteur
(Neuro-Pédiatre)

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

Nom de l'élève..... garçon fille.....
 Date de naissance âge.....
 Niveau scolaire

Nom du professeur(e) : KAMINSKI Justine date : 25/02/19

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

L'élève...

cotation

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

Tournez SVP



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

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
 Consulter le site propriétaire, www.mhs.com, pour vous procurer les notations officielles standardisées.