



**HAL**  
open science

**Repérage précoce d'un potentiel TDAH chez l'enfant :  
étude de la contribution possible des enseignants au  
dépistage et à la prise en charge des TDAH en soutien  
aux médecins généralistes : le point de vue des  
enseignants**

Océane Zenit

► **To cite this version:**

Océane Zenit. Repérage précoce d'un potentiel TDAH chez l'enfant : étude de la contribution possible des enseignants au dépistage et à la prise en charge des TDAH en soutien aux médecins généralistes : le point de vue des enseignants. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04752065

**HAL Id: dumas-04752065**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04752065v1>**

Submitted on 24 Oct 2024

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License



UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTÉ DE MÉDECINE Picardie Jules Vernes

ANNÉE 2024

Thèse n°2024-134

**REPÉRAGE PRÉCOCE D'UN POTENTIEL TDAH CHEZ L'ENFANT :  
ÉTUDE DE LA CONTRIBUTION POSSIBLE DES ENSEIGNANTS AU  
DÉPISTAGE ET À LA PRISE EN CHARGE DES TDAH EN SOUTIEN AUX  
MÉDECINS GÉNÉRALISTES. LE POINT DE VUE DES ENSEIGNANTS**

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement le 03 Octobre 2024

par Océane Zenit

**PRÉSIDENT DU JURY** : Monsieur le Professeur Patrick BERQUIN

**MEMBRES DU JURY** : Madame la Docteur Émilie BOUREL PONCHEL

Madame le Professeur Amélie SELLIER PETITPREZ

Madame la Docteur Anaïs SIMONNOT

**DIRECTEUR DE THÈSE** : Monsieur le Docteur Joseph MANCAUX



# Remerciements

**Au président de mon jury,**

**Monsieur le Professeur Patrick BERQUIN,**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Pédiatrie)

Responsable du centre d'activité « neurologie pédiatrique »

Président de la Commission Médicale d'Etablissement

Chevalier dans l'Ordre de la Légion d'Honneur

*Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de mon plus profond respect.*



**À mon jury,**

**Madame la Docteur Emilie BOUREL-PONCHEL**

Maître de conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Explorations fonctionnelles du système nerveux pédiatrique

*Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail en acceptant de le juger. Je vous prie de trouver ici l'expression de mon profond respect*

**Madame le Professeur Amelie SELLIER-PETITPREZ**

Professeur Associé

Directrice du Département de Médecine Générale

*Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.*

**Madame la Docteur Anaïs SIMONNOT**

Docteur en Médecine

DES de Pédiatrie

*Vous me faites l'honneur d'apporter votre expertise sur ce travail en siégeant dans mon jury de thèse et en m'ayant aiguillée lors de la rédaction de ma thèse. Je vous remercie pour cela.*



**À mon directeur de thèse,  
Monsieur le Docteur Joseph MANCAUX**

Médecin Généraliste

Maître de stage universitaire

*Vous avez accepté de diriger ce travail et m'avez apporté conseils et soutien. Vous m'avez enseigné la médecine avec beaucoup de pédagogie lors de stages pendant l'externat et l'internat. Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé tout au long de l'élaboration de cette étude. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.*



## Remerciements

*À ma mère, maman, tu m'as permise de devenir celle que je suis aujourd'hui : je n'ai pas assez de mots pour te dire à quel point je te remercie pour toute ton aide pendant ces 9 longues années d'étude.*

*À mon père, papa, merci pour ton soutien pendant toutes ces années et pour ton amour inconditionnel. Je sais que je pourrai éternellement compter sur toi.*

*À ma sœur, Audrey, mon alter ego, ma complice pour la vie. Tu illumines la vie de tous avec ta joie de vivre, ton humour et ta petite Lilou. Merci pour ton soutien indéfectible pendant toutes ces années.*

*À mon chéri, merci pour tous ces sacrifices pour lesquels tu savais qu'ils paieront un jour, merci pour tous ces bonheurs que tu me fais vivre ... Je t'aime, mon chéri.*

*À ma grand-mère si proche depuis mon plus jeune âge, merci pour tous ces déplacements et ces bons petits plats, je sais que je pourrai toujours compter sur toi.*

*À mes grands-parents, si fiers de moi. Merci pour ces belles vacances d'été et pour tout ce que vous m'avez apporté depuis toujours.*

*À toute ma famille, ma belle-famille et à mes amis... qui m'avez toujours encouragée.*

*À mes amis de promotion, merci pour votre soutien et votre présence à mes côtés.*

*À Laudine, pour ton aide qui a été indispensable, notamment pour l'appréhension du logiciel N'Vivo. Un grand merci !*

*À Chantal et Louise pour la relecture finale de ma thèse, à Karine pour la traduction en anglais.*

*Merci aux enseignants qui ont participé aux entretiens et qui ont pris de leur temps personnel pour ma thèse.*



## **LISTES DES ABREVIATIONS**

ADHD : Attention Deficit Hyperactivity Disorder

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

NHIS : National Health Interview Survey

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCO : Plateforme de Coordination et d'Orientation

PMI : Protection Maternelle et Infantile

REP : Réseau d'Education Prioritaire

TDAH : Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité



## SOMMAIRE

1. <u>INTRODUCTION</u> .....	17
1.1. DÉFINITION .....	17
1.2. PHYSIOPATHOLOGIE .....	18
1.3. ÉPIDÉMIOLOGIE .....	18
1.4. DIAGNOSTIC.....	18
1.5. TROUBLES DU NEURODÉVELOPPEMENT.....	20
1.6. DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS .....	21
1.7. THÉRAPEUTIQUES.....	21
1.7.1. Thérapies non médicamenteuses.....	21
1.7.2. La thérapie médicamenteuse .....	22
1.8. STRUCTURES RESSOURCES.....	24
1.8.1. CAMSP et CMPP.....	24
1.8.2. PCO.....	26
1.9. CONTEXTE, ENJEUX ET OBJECTIFS .....	26
2. <u>MATERIELS ET METHODES</u> .....	29
2.1. TYPE D'ÉTUDE .....	29
2.2. RECRUTEMENT ET POPULATION ÉTUDIÉE .....	29
2.3. DÉROULEMENT DES ENTRETIENS .....	30
2.4. RECUEIL DES DONNÉES .....	30
2.5. RETRANSCRIPTION ET ANALYSE DES DONNÉES .....	31
3. <u>RÉSULTATS</u> .....	33
3.1. PRÉSENTATION DE L'ÉCHANTILLON .....	33
3.2. ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES DES ENSEIGNANTS SUR LES TDAH.....	35

3.2.1. Connaissance de la définition .....	35
3.2.2. Symptômes évoqués .....	35
3.3. L'ENSEIGNANT : UN RÔLE DANS LE DÉPISTAGE MAIS PAS DANS LE DIAGNOSTIC.....	37
3.4. PRÉVALENCE DU TDAH CHEZ L'ENFANT.....	38
3.5. FORMATION .....	38
3.6. LES DIFFICULTÉS RESENTIES PAR LES ENSEIGNANTS.....	40
3.7. LES INTERVENANTS.....	40
3.8. LA DIFFICULTÉ D'ACCÈS AUX SOINS.....	42
3.8.1. Un recours au corps médical parfois difficile .....	42
3.8.2. Des délais d'accès aux soins importants.....	42
3.9. LE RÔLE DE L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL.....	43
3.10. L'ÉCHANGE INTERPROFESSIONNEL.....	44
3.10.1. Un échange avec le médecin généraliste inexistant.....	44
3.10.2. Les freins à la communication.....	44
3.10.3. Le regret du manque de communication.....	46
3.10.4. Les bénéfices d'une communication interprofessionnelle.....	46
3.11. PERSPECTIVES.....	47
3.11.1. Formation.....	47
3.11.2. Favoriser le binôme éducation nationale – corps médical.....	48
4. <u>DISCUSSION</u> .....	51
4.1. FORCE DE L'ÉTUDE .....	51
4.2. LIMITES DE L'ÉTUDE .....	51
4.3. DISCUSSION DES RÉSULTATS .....	52
4.3.1. Une définition restreinte pour une pathologie fréquente.....	52
4.3.2. Les enseignants lanceurs d'alertes.....	52
4.3.3. Un probable sous-diagnostic.....	53
4.3.4. Des professionnels isolés.....	53
4.3.5. La communication entre professionnels désirée mais difficile.....	54

4.3.6. Une formation des enseignants paraissant nécessaire.....	56
4.3.7. Une volonté de formation des enseignants .....	56
4.3.8. Echelles d'évaluation diagnostiques .....	57
4.3.9. Prise en charge non pharmacologique par le médecin généraliste .....	58
5. <u>CONCLUSION</u> .....	61
6. <u>BIBLIOGRAPHIE</u> .....	63
7. <u>ANNEXES</u> .....	69
7.1. Annexe 1 : Guide d'entretien.....	69
7.2. Annexe 2 : Échelle d'évaluation SNAP IV 26 pour le diagnostic du TDAH.....	70
7.3. Annexe 3 : Échelle de Conners .....	71
7.4. Annexe 4 : Échelle ADHD-RS IV.....	76



# **1. INTRODUCTION**

## **1.1. Définition**

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble du neurodéveloppement. Il est défini par l'OMS par l'association de 3 symptômes dont l'intensité et les manifestations varient selon la personne : le déficit de l'attention, l'hyperactivité motrice, l'impulsivité, sources d'un handicap cognitif et social souvent sévère et persistant [1].

## **1.2. Physiopathologie**

Le TDAH est une pathologie dont la physiopathologie et l'étiologie sont complexes.

Différentes aires cérébrales révélées par la neuroimagerie fonctionnelle semblent impliquées dans les symptômes du TDAH, notamment le dysfonctionnement ou le retard de maturation du cortex préfrontal, en particulier l'hémisphère droit. En effet, le cortex pré-frontal joue un rôle important dans la régulation des fonctions exécutives telles que l'organisation et la planification, dans la régulation des émotions et de l'attention. Le cortex pré-frontal inférieur droit est notamment impliqué dans la fonction d'inhibition [2] [3].

Sur le plan moléculaire, le TDAH résulte d'un dysfonctionnement de la neurotransmission de certaines catécholamines dans la région du cortex pré-frontal notamment de la dopamine et de la noradrénaline. Une perte de la libération phasique de la noradrénaline et la dopamine entraînent respectivement une diminution de la stimulation des récepteurs  $\alpha_2$  adrénergiques des neurones glutamatergiques (nécessaires à la saillance du signal sur lequel l'attention doit se focaliser) et des récepteurs post-synaptiques  $D_1$  (nécessaires à la réduction du "bruit de fond" pouvant perturber l'attention). Ainsi, la régulation de l'attention et du comportement repose alors sur la libération optimale de dopamine et de noradrénaline [4]. C'est pourquoi les traitements pharmacologiques les plus efficaces présentent une action d'inhibition de la recapture de la dopamine et de la noradrénaline.

De nombreuses études scientifiques révèlent des facteurs génétiques et environnementaux au cours du développement de l'enfant pouvant aboutir à une susceptibilité neurobiologique au TDAH. On peut lire dans les études une héritabilité de l'ordre de 60 à 75% [5]. On estime qu'entre 10 et 40 % de la variance associée au TDAH est susceptible d'être expliquée par des facteurs environnementaux pré, péri ou postnataux.

Risques pré-nataux liés à la mère : l'exposition à l'alcool, au tabac et à la drogue pendant la grossesse

Complications lors de la grossesse ou l'accouchement : saignements pendant la grossesse, retard de croissance in-utero, faible score d'Apgar.

Risques post-nataux : déficit en fer, adversités psycho-sociales, facteurs nutritionnels.

### 1.3. Épidémiologie

D'après une méta-analyse publiée en 2023 regroupant 96 907 enfants, la prévalence du TDAH des enfants âgés entre 3 et 12 ans est de 7.6% [6].

Les données du NHIS (National Health Interview Survey) aux Etats-Unis entre 2016 et 2019, ont indiqué que la prévalence du TDAH était plus élevée, environ le double, chez les garçons par rapport aux filles [7]. Cependant le taux de prévalence varie selon les auteurs et les pays, celui-ci étant déterminé par la variabilité des attentes culturelles en matière de comportement et de développement des enfants, mais aussi en raison de l'utilisation de différents critères diagnostiques, de l'utilisation de différents instruments d'évaluation ou de la difficulté représentée par l'évaluation objective de certains symptômes par les informateurs

### 1.4. Diagnostic

Il existe plusieurs critères de diagnostic du TDAH qui sont en perpétuels changements depuis sa première définition. Les deux principales classifications internationales des troubles mentaux à travers le monde sont le DSM-5 (version 5 du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) et la CIM-11 (Classification internationale des maladies) qui reconnaît maintenant le TDAH comme un trouble du neurodéveloppement.

#### **Le DSM-5 différencie 3 formes cliniques :**

- **Forme Mixte ou combinée** : les critères A1 et A2 sont satisfaits pour les 6 derniers mois.
- **Forme Inattention prédominante** : le critère A1 est satisfait pour les 6 derniers mois mais pas le critère A2.

- **Forme hyperactivité/impulsivité prédominante** : le critère A2 est satisfait pour les 6 derniers mois mais pas le critère A1.

**Critères A** : Six (ou plus) des symptômes suivants ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a directement des conséquences négatives sur les activités sociales et académiques/professionnelles : Pour les grands adolescents et les adultes (âgés de 17 ans et plus), au moins 5 symptômes sont exigés.

#### A1. Inattention

- a) Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités (ex : néglige ou oublie des détails, le travail n'est pas précis).
- b) A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (a du mal à rester concentré durant un cours, une conversation, la lecture d'un texte long).
- c) Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (paraît ailleurs, même en l'absence d'une distraction manifeste).
- d) Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (commence le travail mais perd vite le fil et est facilement distrait).
- e) A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (difficultés à gérer des tâches séquentielles ; difficultés à conserver ses outils et ses affaires personnelles en ordre ; complique et désorganise le travail ; gère mal le temps ; ne respecte pas les délais fixés).
- f) Souvent évite, a en aversion, ou fait à contre-cœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (le travail scolaire ou les devoirs à la maison ; pour les adolescents et les adultes, préparation de rapports, formulaires à remplir, revoir un long article).
- g) Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuille, clés, papiers, lunettes, téléphone mobile).
- h) Souvent se laisse facilement distraire par des stimuli externes (pour les adolescents et les adultes, cela peut inclure le fait de passer du « coq à l'âne »).

i) A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (faire les corvées, les courses ; pour les adolescents et les adultes, répondre à ses appels, payer ses factures, respecter ses rendez-vous).

## A2. Hyperactivité et impulsivité

a) Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège.

b) Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (se lève de sa place en classe, au bureau ou à son travail, ou dans d'autres situations qui nécessitent de rester assis).

c) Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, cela peut se limiter à un sentiment d'agitation).

d) A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.

e) Est souvent "sur la brèche" ou agit souvent comme s'il était "monté sur ressorts" (incapable ou inconfortable de se tenir immobile pendant un long moment, comme dans les restaurants, les réunions ; peut être perçu par les autres comme agité, ou comme difficile à suivre).

f) Souvent, parle trop.

g) Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (termine la phrase de leurs interlocuteurs ; ne peut attendre son tour dans une conversation).

h) A souvent du mal à attendre son tour (lorsque l'on fait la queue)

i) Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités ; peut commencer à utiliser les biens d'autrui, sans demander ou recevoir leur autorisation ; pour les adolescents et les adultes, peut s'immiscer ou s'imposer et reprendre ce que d'autres font).

**Critères B :** Certains des symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention étaient présents avant l'âge de 12 ans.

**Critères C :** Certains des symptômes d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité sont présents dans deux ou plus de deux types d'environnement différents (à la maison, l'école, ou le travail ; avec des amis ou des relations ; dans d'autres activités).

**Critères D :** on doit clairement mettre en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel et de la qualité de vie.

**Critères E :** Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie, ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité, intoxication par une prise de substance ou son arrêt).

### 1.5. Troubles du neuro développement

Les troubles du neurodéveloppement (TND) sont causés par un processus affectant le développement cérébral.

Ils sont définis par la DSM-5 comme « un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement, souvent avant même que l'enfant n'entre à l'école primaire ; ils sont caractérisés par des déficits du développement qui entraînent une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel ».

Les TND regroupent [8]:

- le Trouble du Développement Intellectuel (TDI, déficience intellectuelle),
- le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA, autisme),
- le Trouble du Développement du Langage oral (TDL, dysphasie) ou de la Coordination (TDC, dyspraxie),
- le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH),
- les troubles spécifiques des apprentissages scolaires (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, ...),

Il ne s'agit donc pas de « pathologies », mais de « dysfonctionnements » qui vont desservir l'enfant dans certaines de ses capacités et limiter son autonomie.

Cela est un argument fort pour la nécessité d'un regard multidisciplinaire sur ces enfants, en tenant compte de toutes les facettes de leurs troubles.

## 1.6. Diagnostiques différentiels

Devant une symptomatologie évoquant un TDAH, un bon nombre de pathologies est à évoquer. Ces pathologies peuvent être l'étiologie du TDAH, associées au TDAH, ou être un diagnostic différentiel du TDAH [9]:

Pathologies avec atteinte neurologique : Anomalie chromosomique, déficience intellectuelle, épilepsie, traumatisme crânien, syndrome X-fragile, syndrome d'alcoolisme fœtal, neurofibromatose, syndrome des jambes sans repos.

Troubles sensoriels : Troubles auditifs, troubles visuels.

Troubles psychiatriques : Anxiété, dépression, psychose, troubles de la personnalité, trouble oppositionnel, trouble des conduites, troubles de l'attachement, trouble de dérégulation de l'humeur explosive, trouble explosif intermittent, toxicomanie/alcoolisme, syndrome Gilles de la Tourette, trouble du spectre autistique.

Difficultés d'apprentissage : Troubles du langage, trouble psychomoteur, trouble auditif central, trouble spécifique des apprentissages, haut potentiel intellectuel, déficience intellectuelle.

Pathologie somatique : Troubles du sommeil, troubles thyroïdiens, trouble hormonal, intoxications, hypoglycémie/hyperglycémie, anémie, effets secondaires d'une médication (exemples : Bronchodilatateurs et antiépileptiques).

Problèmes psychosociaux : Abus physique ou négligence, maltraitance, famille dysfonctionnelle et/ou carence éducative, environnement ou orientation inadaptes pour l'apprentissage.

## 1.7. Thérapeutiques

### 1. Thérapies non médicamenteuses

Depuis 1998, il existe de solides preuves qui attestent de l'efficacité de l'utilisation de traitements psychosociaux pour le TDAH chez les enfants. Il en existe 3 types [10] :

- A. Interventions de gestion du comportement (formation des parents, interventions en classe, interventions par les pairs).

## B. Interventions d'entraînement :

- Thérapie cognitivo-comportementale : le psychologue va aider le patient à mettre en place des stratégies et agir pour modifier, corriger, moduler, prévoir et éviter ces comportements. Par exemple, savoir reconnaître les signes précurseurs d'irritabilité ou de colère, appliquer des techniques de relaxation (respiration, visualisation, etc.); apprendre à mettre en place des stratégies pour capter son attention sur les détails ou savoir reconnaître les moments pendant lesquels le risque d'être moins attentif est plus important.
- Rééducation en orthophonie
- Rééducation en psychomotricité
- Remédiation cognitive [11]: stimulation des processus cognitifs par la répétition d'exercices spécifiques ciblés sur les troubles sous-jacents. La remédiation cognitive peut aussi comporter une réflexion métacognitive (la pensée sur ses propres pensées) qui permet aux sujets de réfléchir sur leurs processus cognitifs et leurs difficultés dans différents contextes de vie
- Neurofeedback ou rétroaction neurologique : un type de biofeedback au cours duquel l'activité neuronale d'un individu est mesurée et lui est présentée en temps réel (sous différentes formes : son, image, etc.). Le but de cette méthode est que l'individu arrive à autoréguler son activité neuronale supposée sous-tendre un comportement ou une pathologie spécifique.

## C. Traitements physiologiques (activité physique, nutrition).

### 2. La thérapie médicamenteuse

Le traitement par un médicament n'est pas systématique et ne se substitue en aucun cas aux mesures non médicamenteuses ;

Il doit être choisi et mis en place par un spécialiste du TDAH, qui apprécie le rapport entre les risques du traitement et les bénéfices attendus.

Les médicaments prescrits dans l'indication du TDAH sont des psychostimulants (famille des psychotropes) dont l'action consiste en une inhibition de la recapture de la dopamine et de la noradrénaline au niveau des neurones pré-synaptiques de la formation réticulée du tronc

cérébral et de la région corticostriatale. Un seul de ces produits est disponible en France : le méthylphénidate.

En France différentes formes galéniques sont disponibles avec des profils d'absorption différentes :

- une forme à libération immédiate (RITALINE®) d'une demi-vie de 2 heures et d'une durée d'action d'environ 3 à 4 heures,
- des formes à libérations prolongées ou modifiées (METHYLPHENIDATE LP, RITALINE LP®, QUASYM LP®, CONCERTA LP® et MEDIKINET LM ®)

La prise de méthylphénidate nécessite une surveillance médicale étroite. En effet, cette substance, dérivée des amphétamines, peut avoir divers effets secondaires : insomnie, ralentissement du développement staturo-pondéral, palpitations cardiaques, diminution de l'appétit, céphalées, diarrhée et douleurs abdominales, troubles de l'humeur...

Les conditions de prescription de ce médicament sont ainsi très strictes :

- La prescription initiale et son renouvellement annuel sont réservés aux spécialistes : pédopsychiatre, neurologue, neuropédiatre, psychiatre, pédiatre.
- Les renouvellements mensuels peuvent être réalisés par le médecin généraliste, avec possibilité d'adapter les posologies.
- La prescription (ordonnance sécurisée pour une durée maximale de 28 jours) est délivrée dans une pharmacie choisie par les parents, mentionnée sur chaque ordonnance.
- L'ordonnance doit être présentée au pharmacien dans les trois jours, au-delà elle n'est exécutée que pour la durée de traitement restant à courir.
- Une même ordonnance ne peut pas faire l'objet d'un renouvellement de la délivrance.

## 1.8. Structures ressources

### 1.8.1. CAMSP et CMPP

Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) sont des établissements médico-sociaux chargés de la prise en charge précoce des problématiques de handicap chez les enfants âgés de 0 à 6 ans présentant des difficultés ou des retards dans leur développement.

Ils accompagnent les parents dans le diagnostic, la prévention, le traitement et la rééducation de leur enfant. Ils permettent la mise en place d'une aide spécialisée destinée aux enfants comme aux parents et d'un traitement visant à faciliter l'adaptation des enfants dans leur milieu familial, social et scolaire, ainsi qu'un suivi par des consultations, des séances individuelles ou de groupe.

Les CAMSP assurent :

- le dépistage des déficits ou handicaps ;
- la prévention de leur aggravation ;
- les soins et la rééducation par cure ambulatoire permettant le maintien de l'enfant dans un milieu de vie ordinaire ;
- l'accompagnement des familles dès la période de doute ;
- l'aide à l'intégration dans les structures d'accueil de la petite enfance (crèche, halte-garderie, école maternelle) ;
- le lien avec les structures hospitalières et « de ville ».

L'équipe du CAMSP est composée d'une équipe pluridisciplinaire médicale, paramédicale et éducative : médecins spécialistes (pédiatres et psychiatres), de personnel de rééducation (orthophoniste, psychomotricienne, ergothérapeute, etc.), d'auxiliaires médicaux, de psychologues, d'assistantes sociales et d'éducateurs de jeunes enfants [12].

Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) proposent un suivi et accompagnement des enfants et adolescents de 0 à 20 ans qui éprouvent des difficultés d'apprentissage, des troubles psychomoteurs, du langage ou des troubles du comportement.

Les interventions les plus fréquemment proposées par les CMPP sont :

- des psychothérapies individuelles avec l'enfant ou l'adolescent, associées éventuellement à des entretiens avec le ou les parents ;
- des psychothérapies familiales, des rééducations du langage écrit et oral ;
- des rééducations logico-mathématiques (et de raisonnement) ;
- des séances d'orthophonie ;
- des séances de psychomotricité ;
- des thérapies psychomotrices ;
- des groupes thérapeutiques.

Les rééducations se font sous forme de séances individuelles ou en groupe quelques heures par semaine. Le délai avant la mise en place de la première séance peut être long.

Placée sous la responsabilité d'un médecin, l'équipe du CMPP est composée d'une équipe pluridisciplinaire qui regroupe plusieurs professionnels : médecins pédopsychiatres, médecins, psychologues, psychomotriciens, psychopédagogues, orthophonistes, éducateurs, assistants de service social... [13]

### 1.8.2. PCO

La PCO est la plateforme de coordination et d'orientation qui a pour objectif de permettre à l'enfant présentant des troubles du neuro-développement de bénéficier gratuitement et sans retard d'un parcours de soins comprenant des bilans spécialisés permettant d'établir un diagnostic fonctionnel et précisant le ou les troubles repérés, le démarrage des interventions rééducatives nécessaires ainsi que des aménagements de sa scolarité.

La plateforme s'appuie sur un réseau de professionnels comprenant un ou plusieurs médecins (généraliste, pédiatre, neurologue, psychiatre), des psychologues, neuropsychologues, orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes. Elle coordonne le parcours de soins et rémunère les interventions des professionnels non conventionnés avec l'assurance maladie de façon qu'il n'y ait pas de reste à charge pour la famille. Cette prise en charge est assurée pendant 12 mois et peut être renouvelée pour une deuxième période de 12 mois.

## 1.9. Contexte, enjeux et objectifs

Le dépistage des TDAH chez l'enfant est un enjeu important pour son devenir. Cependant, le diagnostic est souvent retardé [14].

Une thèse réalisée en 2016 [15] soulève le rôle fondamental du médecin généraliste permettant d'assurer un dépistage à l'origine de multiples entretiens incluant les parents, l'enfant lui-même mais également l'école.

Le médecin généraliste pourra ensuite, s'il l'estime nécessaire, adresser l'enfant à un médecin spécialiste pouvant conclure au diagnostic et initier la prise en charge de l'enfant. Le médecin généraliste assurera par la suite une partie du suivi avec éventuellement le renouvellement du traitement.

Ainsi, de plus en plus de consultations de médecine générale sont dédiées à cette pathologie.

Une thèse réalisée en 2020 [16] aborde le repérage précoce du TDAH par les médecins généralistes en relation avec le milieu scolaire. Les médecins généralistes sont sensibilisés à l'importance du dépistage précoce du TDAH mais se sentent démunis et isolés, en raison d'un manque de lien avec le milieu scolaire. Pourtant, le plus souvent, les symptômes évocateurs de TDAH peuvent se traduire par des difficultés dans le cadre scolaire [17]. Le rôle de la médecine scolaire est donc primordial. Cependant, il existe une réelle pénurie de médecins scolaires : moins d'un enfant sur cinq bénéficie de la visite de la 6<sup>e</sup> année alors qu'elle est en principe universelle.

L'enseignant est un professionnel en contact direct avec la symptomatologie des enfants TDAH. Face au manque de médecins scolaires, il apparaît donc comme un professionnel qui a certainement un rôle central dans le repérage des enfants TDAH.

D'autre part une conférence française de 2011 par l'association HyperSuper France (Association française pour aider les personnes concernées par le Trouble Déficit de l'Attention / Hyperactivité) souligne que dans le milieu scolaire, les enseignants, en l'absence d'information sur le diagnostic, peuvent développer des attitudes dévalorisantes vis-à-vis des enfants avec TDAH, pouvant gêner l'expression de leurs compétences. L'auteur souligne l'importance de la formation de l'enseignant à ce diagnostic, lui permettant ainsi de comprendre les dysfonctionnements de l'enfant afin de l'aider et de valoriser son apprentissage

Il nous est donc apparu pertinent d'évaluer le rôle du corps enseignant dans le repérage de cette pathologie.

L'objectif principal de notre étude était d'étudier la contribution possible des enseignants au dépistage et à la prise en charge des TDAH en soutien aux médecins généralistes.



## **2. MATERIELS ET METHODES**

### **2.1. Type d'étude**

Afin d'évaluer la contribution possible des enseignants au dépistage et à la prise en charge des TDAH en soutien aux médecins généralistes, la méthode qualitative apparait la plus adaptée.

En effet la méthode de recherche qualitative consiste essentiellement à recueillir des données verbales non quantifiables, afin de rendre compte des phénomènes sociaux [18]. C'est-à-dire qu'elle permet l'analyse du comportement des individus et une démarche interprétative.

### **2.2. Recrutement et population étudiée**

Les critères pour inclure notre population cible étaient : être enseignant en école maternelle et/ou primaire, exercer au sein du territoire de la communauté de l'agglomération du Beauvaisis qui regroupe 53 communes (urbaines, semi-urbaines, rurales) avec une démographie totale de 103 934 habitants (2020).

Nous avons procédé au recrutement par contact présentiel auprès d'enseignants de proximité et par envoi de mails aux écoles maternelles et primaires de l'agglomération du Beauvaisis.

Voici le contenu du courrier explicatif présentant notre travail :

*Bonjour,*

*Je suis Oceane Zenit, interne de Médecine Générale.*

*Je me permets de vous contacter dans le cadre de ma thèse. Je souhaiterai interroger des instituteurs du primaire sur leur ressenti dans la prise en charge d'enfants en collaboration avec le médecin généraliste (je ne peux préciser exactement le sujet de ma thèse afin de ne pas influencer les réponses).*

*Il s'agirait d'un entretien téléphonique enregistré, par la suite retranscrit et anonymisé. L'enregistrement sera par la suite effacé. Il durerait environ 10 à 15 minutes.*

*Pouvez-vous diffuser ce mail aux instituteurs de votre école afin qu'ils puissent me contacter s'ils acceptent de participer à ma thèse ?*

*En vous remerciant par avance.*

*Cordialement*

*Océane Zenit*

Après un premier contact, nous avons convenu d'un rendez-vous pour la réalisation de l'entretien téléphonique.

### 2.3. Déroulement des entretiens

Avec l'accord des enseignants, les entretiens sont enregistrés sur un dispositif d'enregistrement microphonique. Une fois retranscrits de manière anonyme, ils sont détruits.

L'enseignant était interrogé individuellement à l'aide d'un guide d'entretien semi-dirigé (*cf.* Annexe 1), contenant des questions ouvertes, afin de favoriser la libre réflexion de l'interviewé. Nous avons séparé ce guide d'entretien en quatre parties, contenant en tout treize questions. Des sous-questions ont également été prévues pour permettre de rediriger l'entretien dans la direction du sujet de thèse.

La première partie permettait de recueillir des données sur l'interrogé afin de caractériser l'échantillon (âge, sexe...).

La deuxième partie permettait de faire un état des lieux sur les connaissances des enseignants à propos du TDAH.

La troisième partie permettait à l'interviewé d'exprimer son expérience dans la prise en charge des enfants TDAH avec notamment la relation avec le corps médical.

Enfin, la dernière partie explorait l'intérêt d'une formation.

### 2.4. Recueil des données

Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone. Ils ont été menés sur une période de 4 mois entre Novembre 2023 et Février 2024. 14 entretiens ont été réalisés au total.

Les entretiens ont duré en moyenne 15 minutes, le plus court durant 6 minutes, et le plus long 33 minutes.

Le nombre d'entretiens n'a pas été défini à l'avance. Nous avons procédé à un codage des données recueillies au fur et à mesure, jusqu'à ce que le codage ne mette plus en lumière de nouvel élément, les données étaient donc dites saturées [19].

Dans notre étude, la saturation des données a été trouvée au treizième entretien. Un entretien supplémentaire a été effectué afin de ne pas méconnaître l'apparition de nouvelles données.

## 2.5. Retranscription et analyse des données

La retranscription a été faite sur un logiciel de traitement de texte (Microsoft Word ®). La retranscription a été faite manuellement par la thésarde, incluant la communication verbale et non verbale. L'anonymisation des données est garantie par l'attribution, pour chaque participant, d'un code associant un chiffre dans l'ordre de la date de réalisation de l'entretien. Puis, secondairement, l'analyse a été réalisée sur le logiciel d'analyse qualitative N'Vivo ® (version N'Vivo 14). Un tableau d'encodage a été réalisé permettant de classer les propos tenus par les individus interrogés (verbatim) par un codage ouvert. Le codage ouvert correspond à « l'exploration initiale par lecture fine des textes et l'étiquetage de concepts qui pourront être complétés ou éliminés ultérieurement, il a pour but de résumer et rassembler les données. »

Puis les codes ont été réagencés pour identifier des thèmes, on parle alors de codage thématique ou axial.

Enfin, la triangulation des données a été effectuée par le directeur de thèse, ainsi que par un médecin généraliste qui n'avait pas accès au premier codage effectué par la thésarde afin d'augmenter la validité interne de notre étude, cela ayant permis de réduire le biais de préconception.



### **3. RÉSULTATS**

#### **3.1. Présentation de l'échantillon**

Nous avons interrogé 14 enseignants. Parmi eux, 12 étaient des femmes (85%) et 2 des hommes (15%).

Parmi ces enseignants, 2 travaillaient en milieu rural (14%), 6 en milieu semi-urbain (43%), 6 en milieu urbain (43%).

La moyenne d'âge était de 51 ans.

Participants	Age	Sexe	Mode d'exercice	Niveau enseigné	Durée de l'entretien
E1 20/11/2023	39 ans	F	Urbain	6 à 9 ans	11'30
E2 29/11/2023	53 ans	F	Rural	CP CE1 CE2 Directrice	16'30
E3 29/11/2023	57 ans	F	Semi-urbain	Maternelles	33'
E4 29/11/2023	55 ans	F	Semi-urbain	Maternelles	14'
E5 01/12/23	50 ans	M	Semi-urbain	CE1 CE2 Directeur	6'
E6 01/12/2023	55 ans	F	Semi-urbain	Directrice CE2 CM1	21'
E7 13/12/2023	44 ans	F	Rural	Maternelles	14'
E8 22/12/2024	56 ans	M	Semi-urbain	Dispositif ULYS cp-cm2	25'
E9 08/01/2024	51 ans	F	Urbain REP	Maternelles	21'
E10 12/01/2024	53 ans	F	Urbain	Maternelles	10'
E11 16/01/2024	50 ans	F	Urbain REP	CE1, école inclusive avec des classes UEEA (classe autiste) avec élèves qui peuvent venir ponctuellement dans la classe	14'
E12 05/02/2024	56 ans	F	Urbain	Maternelles, directrice	12'
E13 08/02/2024	59 ans	F	Urbain	Maternelles	11'
E14 21/02/2024	52 ans	F	Semi-urbain	CM1-CM2	10'30

Tableau 1: Caractéristiques de l'échantillon

### 3.2. États des lieux des connaissances des enseignants sur les TDAH

#### 3.2.1. Connaissance de la définition

Nous avons pu remarquer dans un premier temps que pour certains enseignants, la définition était assez floue : « *Alors c'est un trouble du déficit de l'attention ... euh... le H ... ça ne me revient pas.* » (E11) pouvant être confondu à un TSA : « *Ah un trouble de la sphère autistique* » (E13) « *Alors TDAH ce sont les enfants autistes, euh non...* » (E4)

#### 3.2.2. Symptômes évoqués

- L'hyperactivité

La plupart des enseignants définissaient le TDAH en premier lieu par une hyperactivité : « *En général c'est quand même souvent ce qui va alerter l'enseignant c'est l'agitation c'est ce qui va gêner c'est souvent le TDA ...H avec hyperactivité.* » (E3) « *Le TDAH c'est celui qui est agité* » (E11).

D'ailleurs, un seul enseignant a évoqué un TDAH sans hyperactivité : « *et d'autres, au contraire, qui étaient capables de rester assis pendant un laps de temps assez long.* » (E11)

- Trouble de l'attention

Puis venait le trouble de l'attention : « *Le manque d'attention, enfin une attention très restreinte ... un manque de concentration principalement ...* » (E1) avec notamment un zapping : « *C'est de la difficulté à se concentrer même un temps très court sur une activité ce qu'on peut appeler les zappings* » (E8) menant à des temps de travail très limités : « *Quand on travaille avec c'est souvent sur un laps de temps assez court* » (E8) de part notamment une distractibilité importante : « *ils sont très distractibles* » (E8) ayant pour conséquence une difficulté pour les enseignants à canaliser l'enfant : « *c'est un enfant qu'on n'arrive pas à canaliser longtemps sur les activités par rapport à un enfant de sa tranche d'âge.* » (E14)

Puis venait par la suite l'évocation de symptômes évoqués de part leur expérience : « *L'enfant que j'ai vu* » (E7).

- L'agressivité

L'agressivité a été évoquée à plusieurs reprises : « *Il avait ce comportement-là d'agressivité par la morsure* » (E9) « *il était capable de gestes violents sur ses camarades : morsures, coup de crayons* » (E8).

- La sollicitation

Ces enfants ont été décrits comme très sollicitants : « *Il était très très solliciteur, c'est-à-dire que c'était le seul enfant dont je devais m'occuper* » (E9), « *il y a nécessité de la présence de l'adulte.* » (E8) et ils manquaient d'autonomie : « *Parce que forcément l'autonomie pour eux va être un moment difficile* » (E6)

- L'impatience

Un enseignant a décrit ce comportement comme de l'impatience : « *Il n'était pas du tout dans la patience « je suis en train de parler à cet enfant-là, tu attends un petit peu, non c'était tout de suite maintenant, lui.* » (E9).

- L'impulsivité

Certains enseignants décrivaient ces enfants comme impulsifs : « *Elle est très impulsive* » (E4) jusqu'à même pouvoir se mettre en danger « *il pouvait éventuellement se mettre en danger.* » (E9)

- L'anxiété

Il était : « *très anxieux* » (E9)

- Problème de comportement

Des problèmes de comportements ont été évoqués : « *C'est vraiment que ce sont des élèves qui posent parfois des problèmes de comportement dans la classe.* » (E6) « *petit comportement perturbateur* » (E13).

- Difficultés relationnelles

Des difficultés relationnelles avec les autres élèves ont été remarquées : « *il avait des difficultés relationnelles avec les autres enfants* » (E10)

- Difficultés scolaires

Une partie de l'échantillon interrogé a relevé certaines difficultés scolaires chez ces enfants : « *Ce qui peut alerter aussi c'est les difficultés de langage et les difficultés en maternelles d'orientation des lettres et des formes* » (E13), « *Le niveau scolaire était très très faible* » (E8) « *Après comme il y a un trouble neurodéveloppemental il peut y avoir des troubles de l'apprentissage* » (E3)

- L'intelligence

A contrario, plusieurs enseignants ont évoqué l'intelligence des enfants TDAH dont ils ont eu la prise en charge : « *C'est un enfant qui faisait des phrases vraiment très très structurées pour son âge, qui avait un vocabulaire très élaboré, qui était très curieux, qui posait beaucoup de question* » (E9) « *avec une grande curiosité un enfant qui est très curieux* » (E11).

Seulement un enseignant a évoqué un retard scolaire : « *Elle a 8 ans et a un niveau scolaire de grande-section.* » (E1)

- L'hypersensibilité

Un enseignant a souligné l'hypersensibilité d'un élève dont elle a eu à s'occuper : « *J'ai eu un élève qui a été diagnostiqué TDAH, il était hypersensible.* » (E10)

### 3.3. L'enseignant : un rôle dans le dépistage mais pas dans le diagnostic

Ainsi les enseignants reconnaissaient pour la plupart pouvoir évoquer une hyperactivité ou un trouble de l'attention et donc avoir un rôle de dépistage mais insistaient sur leur inaptitude à pouvoir affirmer qu'il s'agit d'un TDAH : « *donc on dit bon tiens il y a peut-être quelque chose mais c'est le médecin en effet qui va faire ça.* » (E3) « *mais je n'utiliserai pas le terme TDAH parce que je ne suis pas médecin, je ne me permettrai pas de poser, je parlerai de difficultés*

*de concentration et d'agitation si il y en avait » (E7) « Il y a des choses qui m'interpellent chez certains de mes élèves, [...] nous on ne peut pas poser des diagnostics » (E9).*

#### 3.4. Prévalence du TDAH chez l'enfants

La plupart des enseignants disaient avoir eu un enfant TDAH dans leur carrière : *« Oui, il était même sous traitement. » (E8)*

Un enseignant avait un enfant TDAH actuellement en classe : *« Oui actuellement j'en ai une » (E1).*

Plusieurs enseignants évoquaient une incertitude envers un élève actuellement dans leur classe : *« Là j'accueille un enfant depuis le début de la semaine, peut-être que .. enfin il a l'air hyperactif mais ça fait qu'une semaine que je le côtoie » (E10) « Je m'interroge, je m'interroge, je ne peux pas dire catégoriquement qu'il rentre dedans, je m'interroge en disant peut être qu'il y a quelque chose à s'interroger dans ce domaine-là mais je ne peux pas l'affirmer avec certitude » (E2) « Je ne suis pas sûre. Il est en CE2, il n'est pas diagnostiqué. La maman se pose des questions ».*

L'incertitude était parfois due à un manque de recul : *« enfin il a l'air hyperactif mais ça fait qu'une semaine que je le côtoie » (E10),* ou un âge décrit comme trop précoce : *« Oui après ils sont petits mais pas encore diagnostiqués. Je ne sais pas à partir de quel âge on peut diagnostiquer un TDAH » (E7) ou un doute sur un simple trouble éducatif « Ça doit être subtile, moi je ne connais pas bien. La difficulté c'est est-ce qu'on est dans le trouble ou parfois c'est éducatif un peu particulier » (E3).*

#### 3.5. Formation

Tous les enseignants s'accordaient à dire qu'ils n'avaient pas reçu de réelle formation sur le TDAH : *« non je n'ai jamais été formé par rapport à ça. » (E7),* un trouble parfois juste évoqué : *« Maintenant on a eu des alertes, on ne peut pas parler de formations parce qu'on n'a jamais eu de formation sérieuse sur ce genre de trouble » (E13) « j'ai eu un gros bloc de cours sur la difficulté scolaire et dans ce bloc il y avait un petit module sur le TDAH » (E1). « Je suppose qu'aujourd'hui un enseignement lambda entendu parler une fois ou deux de TDAH*

*mais c'est tout comme quelqu'un que vous avez croisé en supermarché. Il n'y a pas concrètement de mise en place » (E3).*

Certaines formations, optionnelles, en dehors du temps travaillé sont citées : « *En éducation nationale, si on veut ce genre de formation, c'est de la formation personnelle, sur du temps personnel » (E10), « ça j'avais déjà participé aussi mais c'était en dehors de la formation, c'était proposé à tous les enseignants du primaire, secondaire et de la maternelle » (E1), les enseignants évoquaient le manque de temps pour participer à ces formations « *Là aujourd'hui quand on nous propose des formations sur les différents dys, c'est hors temps scolaire, mais le problème c'est qu'il faut avoir le temps. Ce n'est pas toujours évident parce qu'on est toujours un peu « surbooké », parce que nous en REP on a le temps de classe et toutes les réunions qui s'ajoutent hors temps scolaire. » (E10).**

Cependant le contenu n'était pas d'une grande utilité d'après certains enseignants : « *Après il y a la formation continue mais c'est un peu complexe pour y participer et puis après on n'a pas toujours la motivation parce que bon le contenu n'est pas à la hauteur » (E8).*

Une enseignante abordait une formation faite par l'association 60dys : « *c'était l'association 60Dys pour tous les troubles dys et lors de cette journée il y a eu l'intervention d'une neuropédopsy qui est venu parler du TDAH. J'ai bien été formée par la sensibilisation, elle était intéressante ça nous a permis de repérer un peu les signes et ça nous a permis de comprendre ce qui peut être mis en place comme traitement et comment les élèves réagissaient après. Ça m'a permis de voir plus clair. » (E1).*

Les enseignants déploraient aussi le manque de formation pour une adaptation d'enseignements pour ces enfants : « *après est-ce que c'était une formation solide je n'en suis pas sûre on n'a pas forcément d'idées d'adaptation des choses comme ça » (E1). Les enseignants expliquaient apprendre de leurs expériences passées : « Bah après c'est avec l'expérience. On essaye d'adapter nos outils » (E6).*

### 3.6. Les difficultés ressenties par les enseignants

Les enseignants ont souligné des difficultés ressenties dans l'exercice de leur profession pouvant nuire à une réussite scolaire des enfants TDAH : « *Parce que parfois , en tant qu'enseignant on commet des maladresses. On va faire de l'ironie, enfin .. maintenant on commence à bien réfléchir là-dessus* ». (E3). « *Si on les met derrière ce n'est pas non plus évident parce ... C'est vrai que parfois ils naviguent quand même pas mal dans une classe (rire). On essaie de trouver une place qui peut leur convenir.* »

### 3.7. Les intervenants

Les enseignants ont évoqué de multiples intervenants auprès des enfants TDAH.

- L'équipe éducative

En premier lieu, plusieurs membres de l'échantillon ont mentionné que lorsque l'enseignant pense repérer des troubles chez un enfant il l'évoque lors d'une réunion d'équipe éducative : « *on fait une réunion, ce que l'on appelle une équipe éducative avec la psychologue, l'enseignant, la directrice.* » (E9).

- La psychologue scolaire

Lors de cette réunion d'équipe éducative, peut être présente la psychologue scolaire.

- Le médecin scolaire

Certains enseignants font appel aux médecins scolaires : « *Quand on a vraiment un doute dans le cadre par exemple de choses qu'on ne comprend pas bien sur des choses qui se passent à la maison ou comment l'enfant évolue ou autre, nous on peut passer par le médecin scolaire* » (E13).

- L'infirmière scolaire

L'infirmière scolaire est parfois sollicitée : « *Après souvent je demande l'avis de l'infirmière scolaire pour une première visite* » (E4).

- Le neuropédiatre ou pédo-psychiatre

Après échanges avec la psychologue scolaire, plusieurs enseignants orientent l'enfant vers le service de neuropédiatrie du CHU d'Amiens : « *après nos échanges on oriente au Dr Berquin à Amiens* » (E2) qui demande à l'enseignant de remplir un questionnaire. En fonction, un RDV est donné si nécessaire.

Une enseignante a évoqué cependant la limite lorsque l'enfant ne parvient pas à obtenir de rendez-vous : « *Quand il n'y a pas de rendez-vous bah ... c'est que c'est mort parce qu'on attend beaucoup de son expertise.* » (E2).

D'autres enseignants ont évoqué le pédopsychiatre : « *Et puis après ils vont voir un pédopsychiatre et en général il y a un diagnostic de posé.* » (E4).

- Le CAMSP et CMPP

Pour les moins de 6 ans, certains enseignants ont orienté les parents vers le CAMSP : « *En maternelles, on a quelque chose qui est bien, on peut orienter les parents vers le CAMSP qui fait un bilan complet et ce genre de troubles ils les détectent. Mais le CAMSP arrête de prendre en charge les enfants à partir de leur 6 ans.* » (E13), puis à partir de 6 ans vers le CMPP : « *Après pour les plus grand il y a le CMPP.* » (E13).

- Le médecin généraliste

Une partie de notre échantillon d'enseignants (6 enseignants) a affirmé orienter les parents vers leur médecin généraliste : « *on leur demande de consulter le médecin généraliste pour voir s'ils en ont déjà parlé avec lui.* » (E4). Ils ont expliqué que le médecin généraliste par la suite remplit une évaluation médicale : « *le médecin généraliste il peut en effet renseigner le guide d'évaluation médical* » (E3), « *Le médecin traitant essaie de répondre aux questionnaires* » et oriente vers un spécialiste : « *un médecin traitant qui pourrait l'orienter vers des neuropsychiatre ou un CMPP* » (E3).

- Les orthophonistes

Certains enseignants ont conseillé aux parents de réaliser un bilan orthophonique : « *on conseille à la famille d'aller voir un orthophoniste* » (E2) « *on peut conseiller à la famille un bilan orthophonique* » (E2).

- La Bulle

Un enseignant a évoqué une association beauvaisienne La Bulle où : « *il y a une psychologue, un orthophoniste. Alors l'orthophoniste ne fait pas de suivi mais elle peut donner des outils aux enseignants et aux familles pour des enfants en attente de bilans orthophoniques* ».

L'association accueille les élèves sur un temps extra-scolaire : « *en faisant des ateliers d'écriture, d'art-thérapie pour essayer de voir un peu s'ils arrivent à apaiser l'enfant, à améliorer sa concentration, des choses comme ça.* » (E10).

### 3.8. La difficulté d'accès aux soins

#### 3.8.1. Un recours au corps médical parfois difficile

Plusieurs enseignants ont déploré l'absence de médecin scolaire attaché à leur école : « *on n'a plus de médecin scolaire non plus. Il est décédé il y a 2 ans, il n'a pas été remplacé.* » (E12), « *Nous n'avons plus de médecin scolaire depuis 1 an : le poste existe mais n'est pas pourvu.* » (E3) ou alors un médecin scolaire très peu disponible : « *Il y a quelques années on en avait une qui était extraordinaire, très présente à toutes les réunions on pouvait compter sur elle quand on en avait besoin. Maintenant quand on fait des réunions pour le moment je n'en ai pas encore vu. Après ils sont peut-être pris ailleurs donc pour le coup ce n'est pas une personne ressource : je ne sais même pas qui c'est actuellement.* » (E8).

Certaines écoles n'avaient plus de psychologue scolaire : « *Nous depuis cette année, on n'a plus de psychologue scolaire* » (E12), « *Et nous n'avons plus de psychologue scolaire non plus : le poste existe mais il n'est pas pourvu.* » (E3).

#### 3.8.2. Des délais d'accès aux soins importants

Le CMPP est une structure d'aide importante dans la prise en charge de l'enfant TDAH. Cependant les délais de prise en charge sont importants : « *Sachant que le problème c'est toujours une question de place (rire) et que les listes d'attente sont très très longues. Et donc*

*souvent en élémentaire, quand on se rend compte des choses, notamment en CP et CE1, le temps que les parents prennent conscience aussi de la difficulté et fassent les démarches, quelques fois il y a bien un an ou un an et demi avant qu'il y ait des choses mises en place » (E13) « il faut orienter les gens vers des spécialistes, c'est là qu'il y a la queue, il n'y a pas beaucoup de spécialistes disponibles, la première intention c'est les CMPP qui sont victimes de leur succès avec trop peu d'effectifs. » (E3).*

### 3.9. Le rôle de l'environnement familial

Le rôle de l'environnement familial dans la prise en charge de l'enfant a été décrit pratiquement par tous les enseignants interrogés.

Ils ont évoqué régulièrement la non contribution des parents aux soins nécessaires à l'enfant : « *Mais c'est pareil ça c'est toujours avec l'accord des parents parce que les parents il faut qu'ils se déplacent, qu'ils emmènent les enfants et il y a des parents qui ne veulent pas ... » (E10) « mais on est vite bloqué parce que la famille ne fait pas les démarches. » (E2) « j'ai dû faire du rabâchage et relancer la famille pour qu'ils aillent voir un ergothérapeute » (E2) Si la famille ne bouge pas trop, parce que des fois on a des familles qui bon c'est un peu défaillant » (E3).*

Parfois il pouvait s'agir d'un environnement familial difficile avec violences : « *c'est le dernier d'une fratrie de quatre garçons et les trois grands frères y sont .. donc c'est pas automatique mais on se dit qu'il y a de grandes chances qu'ils développent ça aussi. Un des frères est allé en ITEP, il y avait de la violence dans la famille, il tapait les parents » ou d'un environnement familial défavorisé : « En travaillant dans un milieu REP + on est confronté à des populations à la misère sociale. On a beaucoup d'enfants malheureusement les parents ne jouent pas avec eux, les parents ne leur parlent pas et croient leur faire plaisir en leur donnant le téléphone pour jouer. Ça donne des enfants zappeurs, qui ne vont pas être attentifs et qui zappent. » (E9).*

Le déni du trouble chez les parents de l'enfant a été décrit par certains enseignants comme un frein à la prise en charge : « *Il y a des parents qui sont vraiment dans le déni. Pas forcément pour ses troubles là, mais qui sont dans le déni pour des difficultés et qui ne veulent pas qu'on*

*les aide. » (E10) « Les parents voient en fonction de comment ils acceptent. Ce n'est pas rien quand même « mon enfant est différent » on est tous singulier et différent mais bon voilà » (E3).*

Cependant une enseignante a cité un environnement familial bénéfique : *« Lui par contre il avait un environnement familial riche. Il avait une hygiène de vie lambda, on pourrait dire normale mais qu'est-ce que la normalité. Son sommeil était respecté, il avait une hygiène alimentaire. Les parents l'emmenaient régulièrement promener dans les parcs, dans les forêts, jouer avec lui. Il était vraiment éveillé par les parents. Ses parents étaient très tenaces et ont consulté X médecins jusqu'à ce qu'un médecin en particulier fasse ce diagnostic et leur donne un suivi médicamenteux du coup. » (E9).*

### 3.10. L'échange interprofessionnel

#### 3.10.1. Un échange avec le médecin généraliste inexistant

Au sein de notre échantillon, aucune communication entre médecin généraliste et enseignant n'a été mise en évidence : *« J'ai 30 ans de carrière, je n'ai jamais aucun contact avec aucun médecin généraliste quelle que soit la pathologie de l'enfant. » (E4) « avec les médecins généralistes on n'a pas de contact. » (E2).*

#### 3.10.2. Les freins à la communication.

Plusieurs freins à la communication inter-professionnels ont été évoqués :

- **Identité du médecin généraliste**

Le premier frein a été l'identification du nom du médecin traitant de l'enfant : *« C'est vrai que ce n'est pas évident car on n'est pas censé connaître le nom du médecin généraliste de chaque famille. » (E2) « C'est vrai que des fois on ne connaît pas forcément le nom des médecins des élèves. » (E6).*

- **Le secret professionnel**

Le secret professionnel tenu par les enseignants a été évoqué à plusieurs reprises comme l'origine de la difficulté d'un contact direct entre l'enseignant et le médecin généraliste : *« je me mets à la place d'un parent qui dirait « de quel droit l'enseignant de mon enfant peut laisser*

*un message sur mon enfant » ». (E6) « communication entre l'école et le médecin généraliste. Alors ça je ne sais pas si ça pose des problèmes ... » (E3) avec la nécessité d'avoir l'accord de la famille pour pouvoir communiquer avec les professionnels de santé « quand les parents sont d'accord parce que nous il faut que les parents soient d'accord. » (E9) « il faut que je passe par une autorisation écrite des parents ce qui est normal parce que je ne peux pas téléphoner à un médecin de famille en disant « pourquoi il n'est pas venu à l'école » ou voilà... c'est strictement interdit » (E8) « c'est au bon vouloir des familles de transmettre ou ne pas transmettre » (E1).*

- **Le secret médical**

Le secret médical tenu par le médecin généraliste a été cité également : *« Il nous disent certaines choses mais on sait très bien qu'évidemment on n'aura pas toutes les informations et c'est très bien comme ça et ils y tiennent : il y a le lieu du soin et le lieu du scolaire. » (E3)*

*« il y a quand même le secret médical je pense que c'est important. Je pense que c'est important d'avoir confiance en son médecin et pouvoir quand on va le voir savoir qu'il ne va pas répéter ce qu'on lui dit. » (E6).*

- **Le manque de médecin scolaire**

*« Notre médecin scolaire référent est décédé l'année dernière et depuis cette rentrée je n'ai pas de contact » (E2).*

- **Le manque d'infirmière scolaire**

*« Donc j'ai alors affaire à une secrétaire cette année. Alors que jusque-là je pouvais avoir un contact avec l'infirmière » (E2).*

- **La crainte d'un manque de volonté du médecin généraliste à communiquer**

Certains enseignants ont évoqué l'appréhension d'un refus de réponse de la part du médecin généraliste : *« Non parce que je pense qu'il ne me répondrait pas. » (E7).*

- **Un rôle de trop pour le médecin généraliste**

Un enseignant soulève le temps nécessaire à cette communication et pense que ce n'est pas forcément le rôle du médecin généraliste : *« les pauvres médecins généralistes, on attend d'eux qu'ils nous soignent .. s'ils font du relationnel... il faudrait des interfaces, pas forcément le médecin. » (E3).*

### 3.10.3. Le regret du manque de communication

La plupart des enseignants regrettaient le manque de communication avec le médecin généraliste : *« je me dis que s'il y avait des échanges avec le médecin traitant peut-être que lui ferait passer les messages plus que nous quelque part, il serait plus entendu. » (E2.)*

*« avoir un échange avec le médecin généraliste ça pourrait être intéressant, ça pourrait parfois nous éclairer sans pour autant trahir le secret mais ça pourrait nous éclairer. » (E4).*

Le manque d'échange direct entre l'enseignant et le médecin généraliste obligeait un intermédiaire : les parents, ce que les enseignants considéraient comme un intermédiaire parfois peu fiable : *« Après les parents vont voir le médecin et ça justement qui est dommage c'est que le médecin il n'a que la version des parents. » (E8).*

*« C'est vrai qu'au final on passe beaucoup par les familles qui eux après doivent retransmettre et finalement il n'y a aucun traçage et les parents disent un petit peu ce qu'ils veulent. » (E2).*

### 3.10.4. Les bénéfices d'une communication interprofessionnelle

Les enseignants ont expliqué le grand bénéfice lorsque la communication avec les professionnels de santé est possible : *« C'est comme avec les orthophonistes qui acceptent l'échange téléphonique avec nous ou les ergothérapeutes on échange et ensemble il y a leur regard à eux et leurs conseils. » (E2).*

*« le médecin [du CMPP] il vient, il dit quelque chose, quelques éléments, ça éclaire quand même la vision que l'on peut avoir de l'élève et c'est quelque chose qui est nécessaire pour l'apprentissage c'est que l'enfant » «d 'avoir un regard d'un autre professionnel expert, il va montrer des choses que nous on ne voit pas. Et donc ça recrée des liens finalement. (E3).*

« Moi j'ai déjà eu des psychologues indépendantes qui m'ont appelé pour prendre un petit peu des nouvelles de l'école, savoir comment ça se passait. Je suis contente de leur répondre et d'avoir un échange avec elles » « Une fois j'ai eu une orthophoniste pendant une heure et c'était super intéressant : elle m'a apporté des clefs sur des gamins. » (E8).

### 3.11. Perspectives

#### 3.11.1. Formation

La quasi-totalité des enseignants ont pensé qu'une formation ciblée sur le TDAH serait bénéfique dans leur carrière : « Bien sûr, ça fait partie de beaucoup de demandes des enseignants. Quand on a des questionnaires ou quoi que ce soit, ce sont des choses qu'on coche. Parce qu'on a de plus en plus affaire avec du public qui a besoin d'un enseignement adapté, d'une attitude adaptée ». (E2), « Sur les comportements d'enfants, oui ça pourrait être bénéfique, bien sûr, parce qu'on a de plus en plus de comportements, que ce soit des TDAH ou autres, des formations sur comment réagir face à des situations de conflits, de choses comme ça , ça serait très formateur. » (E5).

Ils ont envisagé d'abord une meilleure formation initiale : « sachant qu'il devrait y avoir au moins une partie qui devrait être donnée en formation initiale aux jeunes enseignants qui devraient être amenés de plus en plus à rencontrer ce type d'enfants. Parce qu'ils n'ont plus grand-chose comme formation (rire) » puis une formation dans le cadre de leur formation continue : « On a des formations régulières sur 8 heures annuelles, je pense que ça serait très bien dedans » (E13) « Ça serait bien dans le cadre d'une formation continue » (E10).

Une partie des interrogés ont exprimé le souhait d'une formation pluri-catégorielle : « Au contraire, les enseignants mériteraient d'être formés sur des professionnels du soin parce que le problème qui se passe, c'est qu'on a très peu de formations pluri-catégorielles, c'est toujours des enseignants qui viennent et c'est dommage parce qu'on dit qu'il faut varier les partenaires etc mais l'Éducation Nationale nous donne toujours des formations avec des membres de l'éducation nationale, je peux en parler puisque j'en fais partie. » (E3) « Il faudrait que ça ne soit pas dispensé par l'Éducation Nationale n'est-ce pas (rire), c'est horrible ce que je dis mais comment ... c'est super dur comme question. » (E9).

La plupart ont formulé le souhait d'une présentation à partir de cas pratiques « *Qu'on nous donne des billes par rapport à des cas pratiques, du concret. Alors on peut nous donner de la connaissance bien sûr. Mais il faut aussi que cette connaissance elle arrive très vite sur du concret et sur des choses qui parlent et qu'on peut adapter très vite en classe.* » (E2), « *des formations sur comment réagir face à des situations de conflits, de choses comme ça.* » (E5).

D'autres sont plus en faveur d'une aide lorsque le besoin se ressent : « *Si on avait le cas qui se présentait* » (E12) adaptée à l'enfant pris en charge : « *Je ne sais pas s'il y a une méthode qui peut s'appliquer à tous les enfants, je pense que pour chaque enfant, il faudrait voir avec les personnes qui suivent cet enfant ce que l'on doit adapter pour lui. Je ne sais pas s'il y a une recette pour tout le monde.* » (E7), « *La formation est intéressante quand on a le cas qui se présente parce qu'on peut l'appliquer directement, avoir des retours.* » (E12) grâce à l'aide de personnes ressources « *nous aiguiller au moment où on en a besoin aussi, c'est ça le problème. Parce que chaque enfant atteint de TDAH est différent aussi. Avoir une cellule de personnes ressource qui a un moment T pourrait nous dire face à notre questionnement « oui effectivement c'est plus dans ce cadre-là, essaye ça » ; vraiment au cas par cas parce que chaque enfant est différent.* » (E9).

Un enseignant a évoqué l'intérêt de feuilles d'informations : « *Ça pourrait être intéressant d'avoir des feuilles d'informations* » (E12).

### 3.11.2. Favoriser binôme Éducation nationale – corps médical

D'après un enseignant, le médecin généraliste aurait plus de force de persuasion que le corps enseignant car il est plus écouté par la famille : « *par exemple quand nous on sent une difficulté de langage et qu'on essaie d'orienter les familles en disant "bah faites un bilan orthophonique" ou tu vois là j'ai une difficulté graphisme à un enfant où j'ai dû faire du rabâchage et relancer la famille pour qu'ils aillent voir un ergothérapeute et je me dis que si il y avait des échanges avec le médecin traitant peut-être que lui ferait passer le messages plus que nous quelque part, il serait plus entendu.* » (E2).

Un sujet interrogé a soulevé une meilleure organisation de la prise en charge lorsqu'elle est encadrée par le médecin généraliste : « *c'est quelque chose avec le médecin généraliste qui pourrait plus organiser la prise en charge.* » (E2).

Un enseignant a suggéré la création d'un outil d'information : « *Faudrait créer un outil informatique où nous on va stocker et le médecin il peut aller voir son patient. Un dossier où nous on n'aurait pas accès à ses traitements ou quoique ce soit mais où nous nous ajoutons une information ça me parait être plus simple ça. On n'aurait pas forcément besoin de connaître le nom du médecin traitant. Dès que vous avez une information qui vous semble importante à porter à la connaissance du médecin comme quoi on a demandé un bilan orthophoniste, un bilan d'ergothérapeute, que lui ait l'information.* » (E2).



## 4. DISCUSSION

### 4.1. Force de l'étude

L'échantillon regroupe des participants d'écoles toutes différentes n'ayant pas échangé entre eux préalablement sur le sujet.

Les participants ne connaissaient pas le sujet exact de mon appel afin de ne pas sélectionner un profil d'enseignants plus réceptifs au sujet du TDAH. Ils n'étaient donc pas préparés à cet entretien.

Les entretiens ont été organisés de manière à limiter certains biais. Les questions étaient ouvertes, formulées le plus clairement, et non embarrassantes. L'enseignant a choisi la date et l'heure de l'entretien, les entretiens n'ont pas été écourtés par manque de temps.

Enfin, le biais de préconception a été réduit par une triangulation des données, réalisée à part et de façon indépendante, par le directeur de thèse, une ancienne thésarde et la sœur de la thésarde, ceci augmentant la validité interne de notre étude.

### 4.2. Limites de l'étude

Comme toute étude, ce travail de thèse peut présenter des limites.

Il s'agissait du premier travail de recherche qualitative réalisé par la thésarde qui n'avait initialement aucune expérience dans la réalisation d'entretiens semi-dirigés. Malgré la rigueur appliquée tout au long du travail, ceci a pu altérer la qualité des données recueillies et leur analyse.

Ensuite nous devons noter que les enseignants n'ont pas été choisis de façon aléatoire, des mails ont été envoyés à plusieurs écoles de l'agglomération du Beauvaisis, seules les personnes ayant répondu favorablement ont pu être interrogées, il s'agit donc d'un biais de sélection.

L'échantillon est peu hétérogène en termes de sexe et d'âge. Par exemple, nous ne sommes pas parvenues à interviewer des enseignants âgés de moins de 39 ans. Ainsi, bien que la saturation des données nous semble avoir été atteinte, nous ne pouvons pas prétendre avoir un échantillon représentatif de la population étudiée.

### 4.3. Discussion des résultats

#### 4.3.1. Une définition restreinte pour une pathologie fréquente

La définition d'un TDAH semblait assez commune pour les enseignants que nous avons interrogés lors de notre étude, à savoir globalement une hyperactivité souvent évoquée en premier lieu par les enseignants associés à un trouble de l'attention.

Ainsi un seul enseignant a évoqué le TDAH sans hyperactivité. Certains enseignants ont évoqué le manque de connaissance sur les signes d'alertes devant faire suspecter un TDAH chez un enfant.

Comme décrit dans la littérature, la connaissance des symptômes décrits par les enseignants était acquise par l'expérience [20].

Plusieurs signaux d'alertes décrits dans le DSM-V n'ont été évoqués par aucun enseignant relevant pourtant de situations fréquentes en classe : perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités, commet des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, fait à contre-cœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu ...

#### 4.3.2. Les enseignants lanceurs d'alertes

Les enseignants sont des professionnels en contact direct et prolongé avec les enfants et semblent donc être au premier plan pour le dépistage du TDAH.

Il semblerait par ailleurs que la majorité des parents discutent de leur préoccupation sur le comportement de leur enfant en premier lieu avec l'enseignant [21].

La symptomatologie du TDAH semble être équivoque pour les sujets interrogés : ils remarquent parfois des comportements suspects qu'ils évoquent sans pour autant faire mention de TDAH. Leurs observations du comportement de l'enfant dans le milieu scolaire sont essentielles pour l'aide au diagnostic médical notamment pour remplir les critères diagnostiques du DSM-5. D'ailleurs la PCO a mis à jour le questionnaire de dépistage des troubles neurodéveloppementaux pour les enfants de 7 à 12 ans avec une partie à remplir par les enseignants afin d'obtenir de meilleurs critères d'adressage aux spécialistes.

Une thèse réalisée en 2021 [22] concernant la coopération entre les différents professionnels de santé dans la prise en charge des enfants TDAH interroge les médecins neuropédiatres et pédopsychiatres : ces derniers sont favorables à la sensibilisation des professionnels de l'éducation nationale afin de favoriser le dépistage du trouble.

#### 4.3.3. Un probable sous-diagnostic

La plupart des enseignants interrogés, bien qu'ayant tous plus de 10 ans de carrière, décrivent avoir eu seulement un enfant diagnostiqué TDAH. Ce chiffre est probablement en partie dû à un biais de mémoire mais également lié à un possible sous-diagnostic important du TDAH.

L'environnement familial est un facteur de sous diagnostic. En effet comme le décrivent et le déplorent les enseignants, ces derniers ne peuvent pas obliger les parents à consulter le corps médical lorsqu'ils suspectent ce trouble. Ainsi quand la famille n'est pas adhérente aux soins, ne consulte pas le médecin généraliste et les spécialistes, le diagnostic n'est pas posé, aucune prise en charge n'est organisée.

#### 4.3.4. Des professionnels isolés

Les enseignants interrogés se sentaient isolés dans la prise en charge de ses enfants, avec un corps médical en pénurie.

Il y a notamment un manque de médecins scolaires.

Il y a 6 médecins scolaires dans l'Oise pour un effectif d'élèves scolarisés en 2023-2024 de 160 010 élèves dont 84 098 élèves dans le premier degré [23].

Le rôle du médecin scolaire et du personnel de la santé scolaire est primordial.

Or, un rapport récent, réalisé en mai 2020 par la Cour des Comptes, montre qu'entre les années scolaires 2013 et 2018 le taux de réalisation de la visite de la 6e année de l'enfant par les médecins scolaires a chuté de 26 %, taux déjà historiquement bas, à 18 %. Moins d'un enfant sur cinq en bénéficie alors qu'elle est en principe universelle.

Ce manque de professionnels de santé allonge les délais d'accès aux soins qui sont excessivement longs dans l'agglomération du Beauvaisis :

Il y a 5 orthophonistes à Beauvais qui ont plus de 1000 enfants sur liste d'attente pour un premier bilan orthophonique. Ils estiment entre 2 à 4 ans d'attente pour réaliser le premier bilan orthophonique.

Lorsque le CMPP de Beauvais est sollicité, un premier rendez-vous avec la psychologue est fixé. Actuellement, il y a un délai d'un an pour obtenir ce rendez-vous, puis à nouveau des délais importants selon les spécialistes sollicités.

À titre d'exemple, le CAMSP de Beauvais n'avait plus de puéricultrice jusqu'à ce début d'année, les enfants de 3 à 6 ans étaient donc orientés vers la PCO. Depuis Janvier 2024, certaines demandes de rendez-vous pour les moins de 3 ans au CAMSP n'ont toujours aucune date fixée.

#### 4.3.5. La communication entre professionnels désirée mais difficile

De même que dans le domaine du TDAH, une thèse réalisée en 2023 souligne le rôle central des enseignants dans le domaine de la détection précoce des troubles du langage oral. Cette thèse met en lumière l'hétérogénéité des pratiques résultant d'un manque de formation, de l'insuffisance en ressources médicales dans le milieu scolaire et des difficultés d'accès aux professionnels de santé extérieurs [24].

Pourtant, les enseignants sont très demandeurs de partages notamment avec le corps médical.

L'avenir de la détection précoce des troubles du développement de l'enfant dépendra notamment de la collaboration interdisciplinaire.

Plusieurs freins nuisent à la communication entre médecins généralistes et corps enseignant : le manque de temps du médecin généraliste, la méconnaissance du nom du médecin généraliste, le secret médical et professionnel : l'accord parental est généralement nécessaire, ce qui freine particulièrement lorsque l'environnement familial ne collabore pas à la prise en charge.

La participation des médecins généralistes aux réunions d'équipes éducatives, solution évoquée dans une thèse de 2021 [22] permettrait une communication inter-professionnelle, et ainsi être en lien plus facilement avec l'équipe enseignante. Cependant, ceci est très chronophage pour le médecin.

La création d'un support informatique permettant de porter à la connaissance des médecins généralistes des informations délivrées par les enseignants permettraient une discussion directe

entre deux professionnels sans passer par la retranscription orale des parents amenant parfois à des biais :

- Le médecin généraliste pourrait questionner l'enseignant sur le comportement de l'enfant.
- L'enseignant pourrait maintenir informé le médecin généraliste d'un comportement jugé suspect en classe ou d'une orientation vers une plateforme spécialisée (CMPP, orthophonie ...).
- Le médecin généraliste informé de cette orientation pourrait alors suivre le parcours de soins de l'enfant afin d'aider la famille si besoin. Ceci paraît important compte tenu du discours des enseignants et de leur besoin de soutien lorsque la famille est peu compliant aux soins.
- Les parents pourraient retranscrire les difficultés /questionnements / avancées de l'enfant.

Une thèse réalisée en 2014 soumettait déjà l'idée de la création d'un outil informatique représentant un moyen de communication entre les différents intervenants dans le cadre des maladies chroniques de l'enfant [25].

Cela sous-entend la participation de tous les intervenants.

Cependant, cet outil informatique devra veiller à respecter le secret médical.

Lorsque la maladie dont souffre l'enfant ou l'adolescent le nécessite, le médecin est autorisé à porter à la connaissance de la communauté d'accueil scolaire de l'enfant dans le cadre notamment d'un projet d'accueil individualisé, des informations couvertes par le secret médical. Ces informations sont contenues dans un pli cacheté et sont transmises seulement à la demande expresse des familles.

La décision de révéler des informations couvertes par le secret médical à certains membres de la communauté d'accueil, qui assisteraient les personnels de santé plus particulièrement, ou auraient un rôle prééminent dans la mission d'accueil et d'intégration de l'enfant, appartient à la décision de la famille [26].

Par ailleurs, depuis le 1<sup>er</sup> mars 2022, comme l'ensemble des fonctionnaires titulaires, stagiaires, contractuels et vacataires de la fonction publique, tous les personnels de l'Éducation nationale sont dorénavant tenus au secret professionnel. Ils sont soumis à l'article L121-6 du code général

de la fonction publique et ainsi tenus au secret professionnel dans le respect des articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

#### 4.3.6. Une formation des enseignants paraissant nécessaire

Comme le témoignent nos enseignants interrogés, dans une enquête réalisée en 2017 [27], les résultats obtenus ont mis en avant que la majorité des enseignants (60%) n'avait suivi aucune formation sur le TDAH et que le manque de formation constituait un obstacle majeur pour répondre aux besoins des élèves avec un TDAH. Plus de 50% des enseignants n'avaient pas reçu de soutien pour mettre en œuvre des stratégies éducatives adaptées. Ces résultats témoignent d'un manque de compréhension concernant l'impact que peut avoir la santé émotionnelle et mentale sur les résultats scolaires.

Les enseignants avec de meilleures connaissances sur le TDAH avaient des attitudes plus positives et des comportements plus cohérents vis-à-vis des enfants avec TDAH [20].

Cela met en lumière le rôle décisif que semble jouer les enseignants dans la prise en charge des TDAH.

Certains enseignants ont pu nous témoigner de la difficulté de prise en charge de ses enfants. Différentes études [28] ont déjà pu mettre en évidence le lien entre le TDAH chez l'élève et le burn-out des enseignants. Ces élèves peuvent engendrer un stress chez l'enseignant, pouvant nuire à la proximité dans la relation élève-enseignant.

#### 4.3.7. Une volonté de formation des enseignants

Bien qu'il semblerait nécessaire que les enseignants soient formés sur le TDAH lors de leur formation initiale, ce qui sera par la suite probablement le cas, le manque actuel de formation sur le TDAH fait ressentir des difficultés aux enseignants dans certaines situations avec beaucoup de questionnements et de doutes ce qui les rend très demandeurs de formations.

En tant que professionnels de la santé, il semble de notre devoir de savoir informer les enseignants lors de la prise en charge d'un enfant TDAH en commun. Ainsi, un site créé par l'association HyperSupers TDAH France, reconnue par le Ministère de la Santé d'utilité publique, regroupant des spécialistes du TDAH [29] semble être une source d'informations fiables avec notamment les informations très plébiscitées par les enseignants : une partie théorique avec une feuille d'information puis une partie pratique avec des protocoles et des

outils de gestion en fonction des situations rencontrées : gestion de l'attention, gestion de l'hyperactivité, des difficultés liées à l'impulsivité, gestion du temps, des difficultés exécutives, gestion des troubles dys associés au TDAH, des difficultés de comportements, gestion de l'effort et de la motivation, préservation et renforcement de l'estime de soi.

#### 4.3.8. Echelles d'évaluation diagnostiques

Il paraît nécessaire de s'appuyer sur des outils et des échelles d'évaluation de diagnostic du TDAH validés pouvant être mises à disposition des enseignants et des médecins généralistes.

Ces échelles ne permettent pas à elles seules de poser le diagnostic mais elles peuvent aider le praticien à argumenter son hypothèse diagnostique [30] et sont utiles pour suivre l'évolution de l'enfant au cours du temps.

Parmi les outils existants, les recommandations de l'HAS proposent l'échelle SNAP-IV 26 Rating Scale (Annexe 2) compte tenu de sa facilité d'accès et d'utilisation ou les échelles de Conners (Annexe 3) dans leurs versions abrégées.

L'échelle SNAP-IV 26 comporte des critères du DSM 4 relatifs aux trois principaux symptômes—inattention, hyperactivité et impulsivité). Elle comprend également les critères du trouble oppositionnel avec provocation qui constitue une comorbidité fréquente du TDAH.

Les symptômes sont cotés selon leur intensité de 0 à 3.

- Symptômes d'inattention (Questions 1–9) : Résultat positif si score > 13 sur 27
- Symptômes d'hyperactivité et impulsivité (Questions 10–18) : Résultat positif si score > 13 sur 27
- Symptômes de TOP (Questions 19–26) : Résultat positif si score > 8 sur 24

Les échelles de Conners [31] sont des grilles à remplir par la famille et l'école pour évaluer les troubles du comportement et de l'attention chez les enfants de 6 à 18 ans dans les différents environnements de l'enfant à partir de 2 ans

D'autres échelles peuvent aussi être utilisées, telles que l'ADHD-RS (Annexe 4) [32] qui permet de coter les symptômes listés dans le DSM et qui est à compléter par le médecin chez les enfants âgés de 4 à 20 ans. Dans la plupart des études cliniques, un score d'au moins 28 est requis pour

convenir de la présence de signes de TDAH, cependant, il n'existe pas d'étude réalisée au sein de la population française permettant de valider ce score seuil de 28.

Ces échelles peuvent aussi permettre de suivre l'enfant et d'identifier d'éventuels progrès. [22].

D'autre part, ces échelles sont un moyen de gain de temps en consultation de médecine générale, consultations qui peuvent être très chronophages. Les questionnaires peuvent être donnés à remplir tranquillement en dehors de la consultation aux parents et aux enseignants, puis récupérés lors de la consultation suivante. Le gain de temps en consultation est primordial chez les enfants TDAH qui ont parfois du mal à rester en place.

Cependant, une revue systématique et une méta-analyse récente [33] ont étudié les outils de dépistages du TDAH : aucun ne présentait des niveaux acceptables de sensibilité et de spécificité (définis comme étant tous deux supérieurs à 80%).

#### 4.3.9. Prise en charge non pharmacologique par le médecin généraliste

Si l'enseignant a orienté à juste titre l'enfant vers le médecin généraliste, ce dernier évoque un TDAH. Il va alors l'orienter vers le neuropédiatre afin d'obtenir son expertise et un potentiel début de thérapeutique.

L'attente peut être longue pour la famille jusqu'à l'obtention de rendez-vous avec les spécialistes.

Le médecin peut alors mettre à profit ce laps de temps pour orienter l'enfant vers les professionnels de santé susceptibles d'évaluer l'enfant et de l'aider dans les différents domaines d'expression du TDAH (orthophoniste, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute) et peut initier une prise en charge non médicamenteuse.

Des recommandations en matière de nutrition de l'enfant nous semblent importantes dans l'approche non médicamenteuse. En effet une étude montre l'association entre l'alimentation et les symptômes d'hyperactivité-inattention entre 3 et 8 ans [34]. Cette étude est en accord avec les données de la science. Certains aliments sont à éviter comme certains colorants alimentaires et additifs alimentaires.

A contrario, des études ont mis en évidence une association entre TDAH et des faibles taux sanguins et plasmatiques d'acides gras poly-insaturés omega-3 [35], des acides gras essentiels (totalement apportés par l'alimentation). Cependant ces résultats sont à interpréter avec prudence car d'autres méta-analyses montrent un effet faible et non significatif de la supplémentation en acides gras poly-insaturés sur les symptômes du TDAH [36]. Il faut donc souligner le rôle préventif d'un bon statut en acides gras poly-insaturés en oméga 3 dans le bon fonctionnement cérébral en préférant des huiles de colza, de soja, de lin, et en incitant la consommation de poissons à forte teneur en acides gras poly-insaturés (les poissons gras comme le saumon, le maquereau, le hareng, la sardine et l'anchois).

Une association entre faible concentration de ferritine sérique et TDAH a été démontré chez des enfants [37][38]. Des études montrent un lien entre des déficits en zinc et le trouble déficit de l'attention L'apport de zinc sous forme de compléments alimentaires à des enfants TDAH permet d'améliorer la situation de certains enfants [39].

D'autre part, la modulation des apports en glucides et des protéines au cours de la journée va conditionner les concentrations sanguines en précurseurs des catécholamines ou de la sérotonine [40]. Il faut alors s'éloigner du petit-déjeuner type occidental qui sera remplacé par exemple par un petit-déjeuner avec un ratio protéines/glucides élevé en proposant volontiers des œufs à la coque, du fromage blanc riche en protéines, du lait de soja, une tranche de jambon...

Le médecin généraliste peut aussi prôner l'exercice physique qui est bénéfique pour les fonctions exécutives et le contrôle attentionnel chez les enfants atteints de TDAH [41]. Il permet une amélioration significative de l'anxiété et de la dépression, des comportements agressifs, de la pensée et des problèmes sociaux chez les enfants souffrant de TDAH [42].

Les troubles du sommeil sont fréquemment rapportés chez les enfants et les adultes présentant un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) avec une prévalence de l'ordre de 25 % à 55 % [43].

Plusieurs consignes d'hygiène de vie peuvent être proposées : on instaure une routine de sommeil stable. Cela signifie que l'enfant se couche et se lève à des heures régulières en gardant la routine le week-end dans une ambiance propice au sommeil (il est préférable qu'il dorme dans un endroit tranquille, loin des bruits ambiants, dans lequel il fait sombre et frais). L'enfant

doit pratiquer une activité physique régulière. Éviter les excitants le soir (alimentaire, jeux, écrans).

Les enfants ayant un TDAH rencontrent souvent des difficultés plus ou moins grandes sur le plan des habiletés sociales, ce qui peut se traduire par des troubles de la communication avec autrui, des réponses inadaptées. Ils ont aussi fréquemment tendance à adopter des comportements qui peuvent déplaire à leurs camarades [44]. Aider l'enfant à développer davantage d'habiletés sociales [45] par divers programmes d'interventions adaptés aux besoins de l'enfant réduira son isolement, lui donnera confiance en lui, réduira son stress, lui permettra d'apprendre à gérer ses émotions afin de préparer sa vie d'adulte.

Toutes ces mesures hygiéno-diététiques peuvent être soumises par le médecin généraliste à l'enfant, à ses parents et relayées à l'équipe éducative durant la période d'attente de la consultation spécialisée. Un suivi régulier semble pertinent pour évaluer la mise en application de ces mesures adjuvantes et essentielles dans la prise en charge d'un enfant souffrant de TDAH.

## 5. CONCLUSION

L'école est un lieu de vie important pour l'enfant et le retentissement du TDAH y est souvent observé en première ligne par les enseignants du premier degré (de la première année de maternelle au CM2). Très présents dans la vie des enfants, les enseignants représentent, à notre sens, des acteurs pouvant aider le médecin généraliste dans le repérage précoce de ce trouble. C'est pourquoi notre étude a voulu interroger un échantillon de la profession enseignante, une approche inédite dans le cadre d'une thèse de médecine générale.

Les résultats de notre étude révèlent le ressenti des enseignants interrogés, dont la plupart se disent être « démunis » face à cette pathologie pourtant fréquente. Ils ne se jugent pas assez formés pour le dépistage et la prise en charge de ces enfants et sont en demande de formation. Notre travail de thèse met par ailleurs en lumière un souhait de la part du corps enseignant d'échanger, voire de collaborer avec les professionnels de santé scolaire ainsi qu'avec les médecins généralistes afin d'optimiser le repérage et la prise en charge d'enfants diagnostiqués ou suspectés d'être atteints de TDAH. Ces intentions de coopération avec le monde médical viennent se heurter à une insuffisance d'effectifs de médecins et d'infirmiers scolaires d'une part ; et à de nombreux freins à la communication avec le médecin de famille d'autre part.

Si le secret médical et le manque de temps médical disponible pour les omnipraticiens semblent des obstacles majeurs, il nous paraît pertinent de soumettre une réflexion sur un temps d'échange entre enseignants et médecins autour du dépistage et de la prise en charge du TDAH. Il conviendrait au préalable de recueillir l'opinion du corps médical sur une telle collaboration, à l'aide d'un futur travail de recherche auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes.



## 6. BIBLIOGRAPHIE

1. Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (HAS - décembre 2014).
2. Arnsten AFT. ADHD and the Prefrontal Cortex. *J Pediatr.* mai 2009;154(5):I-S43.
3. Robbins TW. Shifting and stopping: fronto-striatal substrates, neurochemical modulation and clinical implications. *Philos Trans R Soc B Biol Sci.* 29 mai 2007;362(1481):917-32.
4. Cortese S. The neurobiology and genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): what every clinician should know. *Eur J Paediatr Neurol EJPN Off J Eur Paediatr Neurol Soc.* sept 2012;16(5):422-33.
5. Thapar A, Cooper M, Jefferies R, Stergiakouli E. What causes attention deficit hyperactivity disorder? *Arch Dis Child.* mars 2012;97(3):260-5.
6. Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, Rahmani A, Shiri MH, Hashemian AH, et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr.* 20 avr 2023;49(1):48.
7. Bitsko RH. Mental Health Surveillance Among Children — United States, 2013–2019. *MMWR Suppl.* 2022];71. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/su/su7102a1.htm>
8. Gétin C, directrice. HyperSupers - TDAH France. 2022. TND — Troubles du NeuroDéveloppement. Disponible sur: <https://www.tdah-france.fr/TND-Troubles-du-NeuroDeveloppement.html>
9. Bélanger SA, Andrews D, Gray C, Korczak D. Le TDAH chez les enfants et les adolescents, partie 1 : l'étiologie, le diagnostic et la comorbidité. *Paediatr Child Health.* 24 oct 2018;23(7):454-61.

10. Feldman ME, Charach A, Bélanger SA. Le TDAH chez les enfants et les adolescents, partie 2 : le traitement. *Paediatr Child Health*. nov 2018;23(7):473-84.
11. Bader M. La remédiation cognitive : une nouvelle approche du tdah. *J Psychol*. 2014;320(7):41-4.
12. Quelle est la définition de CAMSP ? | Mon Parcours Handicap. Disponible sur: <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/glossaire/campsp>
13. Quelle est la définition de CMPP ? | Mon Parcours Handicap [Internet].. Disponible sur: <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/glossaire/cmpp>
14. Bayrou-Lefèvre D. Retard diagnostique du trouble déficitaire de l'attention / hyperactivité en France: réalité et enjeux [Thèse d'exercice]. [1971-2013, France]: Université Bordeaux-II; 2011.
15. Kervella C, Zimmermann C, Abitteboul Y. Dépistage du TDAH chez l'enfant par le médecin généraliste: revue systématique de la littérature . Toulouse. Faculté des sciences médicales Rangueil Thèse de Médecine Générale. 2017
16. Lmouaci Nadah R. Repérage précoce d'un potentiel TDAH chez l'enfant: étude du lien entre médecins généralistes et professionnels en milieu scolaire [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-2021, France]: Université de Lille; 2020. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2020/2020LILUM505.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM505.pdf)
17. Marie Nirdé, Diane Purper-Ouakil Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent . Publié le 13 Juin 2022. 36(1068);271-7  
Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/trouble-du-deficit-de-lattention-avec-ou-sans-hyperactivite-chez-lenfant-et-ladolescent>
18. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. *Med Hyg*. 22 sept 2004;2497:1818-24.
19. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19. *Revue Exercer* 2008; 84:142-5

20. Vereb R, DiPerna J. Teachers' Knowledge of ADHD, Treatments for ADHD, and Treatment Acceptability: An Initial Investigation. *Sch Psychol Rev.* 1 sept 2004;33:421-8.
21. Sayal K, Goodman R, Ford T. Barriers to the identification of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Child Psychol Psychiatry.* juill 2006;47(7):744-50.
22. Sagnes C. Trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : état des lieux des ressources dédiées à la prise en charge des enfants atteints sur le territoire français. *Coopération entre les différents professionnels de santé.* 28 sept 2021;55.
23. Académie d'Amiens. L'académie en chiffres. 2023. Disponible sur: <https://www.ac-amiens.fr/publication/l-academie-en-chiffres-121476>
24. Marre F. Le repérage des troubles du langage oral en milieu scolaire: analyse des pratiques [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2024.
25. Corchia L. Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire. Thèse de Médecine Générale. Université Paris Diderot Paris 7. 2014.
26. Bulletin officiel de l'éducation Nationale de l'enseignement Supérieur N° 34 du 18 septembre 2003 - MENE0300417C [Internet]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/2003/34/MENE0300417C.htm>
27. Guerra F, Tiwari A, Das A, Cavazos Vela J, Sharma M. Examining Teachers' Understanding of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Res Spec Educ Needs.* 2017;17(4):247-56.
28. Understanding Factors that Moderate the Relationship Between Student ADHD Behaviors and Teacher Stress | School Mental Health [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12310-023-09586-x>
29. Association HyperSupers TDAH France Le TDAH et l'école. Le TDAH et l'école - Trouble Déficit de l'Attention / Hyperactivité. 2024 Disponible sur: <https://www.tdahecole.fr/>

30. Guilford Press [Internet]. The Child Clinician's Report-Writing Handbook: Second Edition. 2019. Disponible sur: <https://www.guilford.com/books/The-Child-Clinicians-Report-Writing-Handbook/Ellen-Braaten/9781462540693>
31. Kao GS, Thomas HM. Test Review: C. Keith Conners Conners 3rd Edition Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems, 2008. *J Psychoeduc Assess.* déc 2010;28(6):598-602.
32. Caci HM, Morin AJ, Tran A. Teacher Ratings of the ADHD-RS IV in a Community Sample: Results From the ChiP-ARD Study. *J Atten Disord.* mai 2016;20(5):434-44.
33. Mulraney M, Coghill D, Bishop C, Mehmed Y, Sciberras E, Sawyer M, et al. A systematic review of the persistence of childhood mental health problems into adulthood. *Neurosci Biobehav Rev.* oct 2021;129:182-205.
34. Iv N. Alimentation de l'enfant à l'âge de 2 ans et trajectoires développementales de symptômes d'hyperactivité-inattention et de problèmes de conduite. Thèse de Médecine Spécialité Santé Publique et Médecine Sociale. 28 janv 2022;73.
35. Chang JPC, Su KP, Mondelli V, Pariante CM. Omega-3 Polyunsaturated Fatty Acids in Youths with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Trials and Biological Studies. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol.* févr 2018;43(3):534-45.
36. Gillies D, Sinn JK, Lad SS, Leach MJ, Ross MJ. Polyunsaturated fatty acids (PUFA) for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 11 juill 2012;2012(7):CD007986.
37. Juneja M, Jain R, Singh V, Mallika V. Iron deficiency in Indian children with attention deficit hyperactivity disorder. *Indian Pediatr.* nov 2010;47(11):955-8.
38. Wang Y, Huang L, Zhang L, Qu Y, Mu D. Iron Status in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS One.* 2017;12(1):e0169145.
39. Scassellati C, Bonvicini C, Faraone SV, Gennarelli M. Biomarkers and attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analyses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* oct 2012;51(10):1003-1019.e20.

40. Wurtman RJ, Wurtman JJ, Regan MM, McDermott JM, Tsay RH, Breu JJ. Effects of normal meals rich in carbohydrates or proteins on plasma tryptophan and tyrosine ratios. *Am J Clin Nutr.* janv 2003;77(1):128-32.
41. Christiansen L, Beck MM, Bilenberg N, Wienecke J, Astrup A, Lundbye-Jensen J. Effects of Exercise on Cognitive Performance in Children and Adolescents with ADHD: Potential Mechanisms and Evidence-based Recommendations. *J Clin Med.* 12 juin 2019;8(6):841.
42. Zang Y. Impact of physical exercise on children with attention deficit hyperactivity disorders: Evidence through a meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* nov 2019;98(46):e17980.
43. Bioulac S, Micoulaud-Franchi JA, Claret A. Chapitre 8. TDAH, somnolence et troubles du sommeil. In: *Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité de l'enfant à l'adulte* [Internet]. Paris: Dunod; 2016. p. 170-80. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/trouble-deficit-de-l-attention--9782100749409-p-170.htm>
44. Verret C, Massé L, Picher MJ. Habiletés et difficultés sociales des enfants ayant un TDAH : état des connaissances et perspectives d'intervention. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 nov 2016;64(7):445-54.
45. Masson E. EM-Consulte. Implantation et évaluation d'un programme d'entraînement aux habiletés sociales chez les enfants ayant un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité. 2018. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1240868/implantation-et-evaluation-d-un-programme-d-entrai>



## 7. ANNEXES

### 7.1. Annexe 1 : Guide d'entretien

#### I. Caractéristiques de l'échantillon

1. Age
2. Sexe
3. Lieu d'exercice
4. Mode d'exercice (rural, urbain)
5. Niveau scolaire enseigné

#### II. Etats de lieux des connaissances

6. Avez-vous connaissance de la pathologie du trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité ? Quels sont pour vous les symptômes évoquant un TDAH ?

#### III. La relation enseignant-médecin généraliste dans le diagnostic

7. Pensez-vous que l'un de vos élèves actuels pourrait présenter un trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité ?
8. Avez-vous déjà suspecté ce trouble chez l'un de vos élèves ?
9. Si oui en avez-vous déjà évoqué aux parents ou l'avez-vous orienté à un professionnel de santé ?
10. Savez-vous vers quels professionnels les orienter ?
11. Avez-vous déjà été sollicité par un médecin généraliste pour étayer le diagnostic de l'un de vos élèves ?

#### IV. Perspectives

12. Avez-vous déjà eu une formation sur les TDAH ?
13. Vous a-t-on déjà formé sur la méthode d'enseignement adéquate pour un enfant atteint de TDAH ?
14. Pensez-vous qu'une formation à propos des différents troubles de l'attention vous serait bénéfique ? Si oui sous quelle forme ?

## 7.2. Annexe 2 : Echelle d'évaluation SNAP IV 26 pour le diagnostic du TDAH

### SNAP-IV 26 - ÉCHELLE D'ÉVALUATION POUR LE PARENT/PROFESSEUR

James M. Swanson, Ph.D., University of California, Irvine, CA 92715 (version française – non validée)

Nom: \_\_\_\_\_

Sexe: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Niveau scolaire: \_\_\_\_\_ Taille de la classe: \_\_\_\_\_

Complété par: \_\_\_\_\_ Parent \_\_\_\_\_ Professeur \_\_\_\_\_

Pour chaque item, choisissez la colonne qui décrit mieux l'enfant:	Pas du tout	Un peu	Souvent	Très souvent
1. Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans ses travaux scolaires				
2. A souvent de la difficulté à soutenir son attention dans les tâches ou dans les jeux				
3. Semble souvent ne pas écouter lorsqu'on lui parle personnellement				
4. Souvent ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à terminer ses travaux scolaires				
5. A souvent de la difficulté à organiser ses tâches ou ses activités				
6. Souvent, évite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu				
7. Perd souvent les objets nécessaires à ses tâches ou activités (p. ex., devoirs de classe, stylos ou livres)				
8. Se laisse souvent distraire par des stimulus externes				
9. A des oublis fréquents dans les activités de la vie quotidienne				
10. Agite souvent les mains ou les pieds				
11. Se lève souvent en classe alors qu'il devrait rester assis				
12. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié				
13. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisirs				
14. Est souvent en mouvement ou agit souvent comme s'il était monté sur des ressorts				
15. Parle souvent trop				
16. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée				
17. A souvent de la difficulté à attendre son tour				
18. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p.ex: intervient dans les conversations ou dans les jeux)				
19. Se met souvent en colère				
20. Contesté souvent ce que disent les adultes				
21. S'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes				
22. Contrarie souvent les autres délibérément				
23. Fait souvent porter aux autres la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite				
24. Est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres				
25. Est souvent fâché et plein de ressentiment				
26. Se montre souvent méchant ou vindicatif (veut se venger)				

### 7.3. Annexe 3 : Echelle de Connors

## Echelle de Connors

### POUR LES PARENTS

(48 items)

NOM et PRENOM

Questionnaire rempli par :

Date de Naissance

Lien de parenté avec l'enfant :

Date du jour

Période d'observation pour remplir le questionnaire :

Vous trouverez ci dessous des indications décrivant des comportements d'enfants ou les problèmes qu'ils ont parfois. Lisez chaque indication attentivement et indiquez si votre enfant a souffert de ce problème pendant la période indiquée ci-dessus : PAS DU TOUT, UN PETIT PEU, BEAUCOUP, ENORMEMENT

	PAS DU TOUT	UN PETIT PEU	BEAUCOUP	ENORMEMENT
1. Tripote ou ronge certaines choses (ongles, doigts, cheveux, vêtements)				
2. Insolent avec les grandes personnes				
3. A du mal à se faire des amis et à les garder				
4. Excitable, impulsif				
5. Veut tout commander				
6. Suce ou mâchonne (pouce, vêtement, couvertures)				
7. Pleure facilement ou souvent				
8. Se sent attaqué, est sur la défensive				
9. Rêvasse				
10. A des difficultés d'apprentissage				
11. Se tortille, ne tient pas en place				
12. A peur (de nouvelles situations, endroits et personnes nouvelles, d'aller à l'école)				
13. Agité, a toujours besoin de faire quelque chose				

14. Destructeur				
15. Ment ou raconte des histoires qui ne sont pas vraies				
16. Timide				
17. S'attire plus d'ennui( se fait plus attraper que les autres enfants de son âge)				
18. Ne parle pas comme les autres enfants de son âge (parle comme un bébé, bégaye, est difficile à comprendre)				
19. Nie ses erreurs ou accuse les autres				
20. Querelleur				
21. Fait la moue et boude				
22. Prend des choses qui ne lui appartiennent pas				
23. Est désobéissant ou obéit à contrecœur				
24. S'inquiète plus que les autres (de la maladie, de la mort, la solitude)				
25. Ne termine pas ce qu'il(elle) a commencé				
26. Se sent facilement froissé				
27. Brutalise ou intimide ses camarades				
28. Ne peut pas s'arrêter lors d'une activité répétitive				
29. Cruel				
30. Comportement bébé ou immature (demande qu'on l'aide pour quelque chose qu'il peut faire seul, est collant) a constamment besoin d'être rassuré				
31. Problème de fixation de l'attention ou distractibilité				
32. Maux de tête				
33. Changements d'humeur rapides et marqués				
34. N'obéit pas ou n'aime pas obéir aux règles ou interdits				
35. Se bagarre constamment				
36. Ne s'entend pas avec ses frères et soeurs				
37. Se décourage facilement lorsqu'un effort est nécessaire				
38. Dérange les autres enfants				

39.Enfant foncièrement malheureux				
40.Problèmes d'alimentation (mauvais appétit, se lève après chaque bouchée)				
41.Maux d'estomac				
42.Problèmes de sommeil (ne peut s'endormir, se réveille trop tôt, se réveille pendant la nuit)				
43.Autres plaintes physiques et douleurs				
44.Vomissements, nausées				
45.Se sent lésé à la maison				
46.Se vante, fanfaronne				
47.Se laisse écraser, manipuler par les autres				
48.Problème d'évacuation intestinale (selles molles, va à la selle irrégulièrement, constipation)				

## POUR LES ENSEIGNANTS

(28 items)

NOM et PRENOM

Questionnaire rempli par :

Date de Naissance  
l'établissement :

Nom et adresse de

Date du jour

Période d'observation pour remplir le questionnaire :

Vous trouverez ci dessous une liste décrivant des comportements. Placez une croix dans la colonne qui décrit le mieux cet enfant. **REPONDEZ A TOUTES LES QUESTIONS**

---

	PAS DU TOUT	UN PETIT PEU	BEAUCOUP	ENORMEMENT
1. Agité, se tortille sur sa chaise				
2. Fait des bruits incongrus quand il ne faut pas				
3. On doit répondre immédiatement à sa demande				
4. Fait le malin				
5. Crises de colère et conduites imprévisibles				
6. Trop sensible à la critique				
7. Distract ou attention fluctuante				
8. Perturbe les autres enfants				
9. Rêveur				
10. Fait la moue et boude				
11. Humeur changeant rapidement et de façon marquée				
12. Bagarreur				
13. Attitude soumise face à l'autorité				
14. Agité, toujours en train d'aller à droite et à gauche				
15. S'excite facilement, impulsif				
16. demande un attention excessive de l'enseignant				
17. Semble mal accepté par le groupe				
18. se laisse mener par les autres enfants				
19. est mauvais joueur				

20. semble manquer de capacité à entraîner ou mener les autres				
21. Difficultés à terminer ce qu'il commence				
22. Puérile et immature				
23. Nie ses erreurs ou accuse les autres				
24. A des difficultés à s'entendre avec les autres enfants				
25. Peu coopérant avec ses camarades				
26. S'énerve facilement quand il doit faire un effort				
27. Peu coopérant avec l'enseignant				
28. Difficultés d'apprentissage				

## 7.4. Annexe 4 : Echelle ADHD-RS IV

### Cotation de l'ADHD-RS IV Dr Hervé CACI, Nice, France

Cotation des items de l'ADHD-RS selon la fréquence du comportement			
0 = NON Rarement ou Jamais	1 = LÉGER Quelques fois	2 = MODÉRÉ Souvent	3 = INTENSE Très souvent
Rarement observé ou rapporté	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Certains jours</li> <li>- Certains moments</li> <li>- Demande une légère surveillance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La plupart des jours</li> <li>- La plupart du temps</li> <li>- Les « bons » jours sont occasionnels</li> <li>- Nécessite plus qu'une surveillance moyenne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tous les jours</li> <li>- Presque tout le temps</li> <li>- Nécessite une surveillance « continue »</li> </ul>

Cotation des items de l'ADHD-RS selon la fréquence du comportement			
0 = NON Rarement ou Jamais	1 = LÉGER Quelques fois	2 = MODÉRÉ Souvent	3 = INTENSE Très souvent
Aucune gêne fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gêne légère à modérée</li> <li>- Pire dans certaines situations</li> <li>- L'adulte en charge de l'enfant peut gérer cette charge</li> <li>- Effet minimal sur la qualité de vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gêne modérée dans presque toutes les situations</li> <li>- Retentissement significatif sur l'adulte en charge de l'enfant</li> <li>- Retentissement sur la qualité de vie de la famille</li> <li>- L'intervention directe d'un membre de la famille donne quelques résultats</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gêne importante dans toutes les situations</li> <li>- Retentissement significatif sur tous les membres de la famille</li> <li>- Diminution importante de la qualité de vie de la famille</li> <li>- L'intervention de la famille n'a aucun effet</li> </ul>

Cotation des items de l'ADHD-RS selon le niveau de développement			
0 = NON Rarement ou Jamais	1 = LÉGER Quelques fois	2 = MODÉRÉ Souvent	3 = INTENSE Très souvent
Pas de différence avec les enfants du même âge	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un peu différent des autres enfants</li> <li>- Des questions sont posées mais pas d'évitement actif des autres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nettement différent des autres enfants</li> <li>- Évitement de la part des pairs ou d'adultes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Très différent des autres enfants</li> <li>- Les enfants et/ou les adultes (proches) préfèrent éviter</li> </ul>

### Cotation de l'ADHD-RS IV Dr Hervé CACI, Nice, France

#### Comment interpréter les items d'inattention (items pairs) de l'ADHD-RS ?

<p><b>1. Etourderies</b></p> <p>S'intéresser au travail qui est en-deçà du niveau de compétence de l'enfant. Un enfant qui ne vérifie pas ses réponses. Le travail est peu soigné ou fait de manière précipitée (par exemple, ne tourne pas la page d'énoncés, laisse tomber des exercices, met ses jouets dans la bonne pièce sans vraiment les ranger, etc.)</p>
<p><b>3. Difficultés de concentration</b></p> <p>Durée d'attention limitée lorsqu'on lui demande d'écouter. Le niveau est bon au début mais l'ennui le gagne. S'évade en pensée, rêve. La pensée dérive sans distracteur externe. Difficulté à se concentrer ou à maintenir sa concentration.</p>
<p><b>5. N'écoute pas</b></p> <p>L'enfant ne répond pas (verbalement ou autrement) ou ne montre aucune réaction lorsqu'on s'adresse à lui directement. Il peut n'y avoir aucun contact visuel ou acquiescement du chef. Les adultes demandent s'il a entendu ce qu'ils viennent de lui dire. IL NE S'AGIT PAS D'UNE OPPOSITION.</p>
<p><b>7. Ne suit pas les instructions</b></p> <p>Ne peut terminer les choses qu'avec une soutien rapproché sinon il abandonne en route. Laisse inachevé de nombreux projets. Du mal à revenir sur une tâche après une interruption. Du mal à aller au bout des choses mais à la demande des autres.</p>
<p><b>9. Difficultés d'organisation</b></p> <p>Ne peut pas faire les choses dans le temps imparti parce qu'il les fait dans le désordre (par ex. se préparer pour le coucher). Systématiquement en retard. Ne peut organiser les priorités. Malpropre ou désorganisé. Ne peut pas organiser des projets complexes.</p>
<p><b>11. Évite l'effort mental</b></p> <p>L'enfant est réticent voire refuse de commencer des tâches ou des activités difficiles ou longues. Il procrastine. Il faut beaucoup insister pour qu'il commence ; il se plaindra, argumentera ou pleurnichera. Évite activement les tâches ménagères ou les activités en flânant ou en quittant la pièce.</p>
<p><b>13. Égare des choses</b></p> <p>L'enfant ne sait où se trouvent les choses. Il cherche en permanence des choses ou demande où sont les crayons, ses jouets, ses gants, ses habits, son travail scolaire (devoirs à faire ou à rendre), etc.</p>
<p><b>15. Distractible</b></p> <p>Un stimulus externe (presque n'importe quel son ou bruit) fait dévier l'enfant de l'activité en cours. Il est distrait par des choses peu importantes qui surviennent autour de lui. Du mal à filtrer les stimuli externes.</p>
<p><b>17. Oublieux</b></p> <p>L'enfant n'est pas prêt parce qu'il n'a pas emporté, mentionné ou dit quelque chose ; par exemple, il oublie de faire des devoirs ou des tâches quotidiennes (nourrir les animaux familiers ou faire des tâches ménagères), il retourne sur ses pas pour récupérer des objets oubliés, etc.</p>

Comment interpréter les items d'hyperactivités-impulsivité (items impairs) de l'ADHD-RS ?	
2. <b>S'agite continuellement</b>	L'enfant remue sur son siège. Il ne peut pas rester assis correctement, touche des objets à sa portée, ou fait des choses avec ses mains (tortille une mèche de cheveux, etc.), ou tapote avec les doigts ou bouge les jambes.
4. <b>Se lève sans autorisation</b>	A table, à l'école, à l'église, à son bureau pendant les devoirs ou au cinéma, l'enfant ne peut rester longtemps assis. Il se lève sans autorisation ou exprime le besoin de se lever.
6. <b>Court et saute</b>	Chez les enfants plus âgés, on parle de nervosité. Les plus jeunes grimpent sur les meubles (sautent par dessus le dossier pour savoir dans un canapé, par exemple) ou dans les arbres, sautillent sur les murets, marchent trop vite ou courent tout le temps.
8. <b>Difficultés pour rester calme</b>	L'enfant fait des bruits en jouant ou est toujours bruyant. Ne peut regarder une émission silencieusement ; bruyant même dans les moments de détente.
10. <b>« Sur la brèche »</b>	L'enfant fait les choses rapidement, il préfère des tâches « actives ». Il est toujours pressé. Il sollicite l'adulte, il est à la recherche quasi-permanente d'activités et exprime son ennui s'il ne trouve pas d'activité suffisamment prenante.
12. <b>Parle trop</b>	Parle trop. Les autres ne peuvent pas en place un mot.
14. <b>Répond trop vite</b>	L'enfant parle avant que les parents et/ou l'enseignant ait fini de parler. Il veut être le premier à répondre. Il dit des choses sans réfléchir. Dans une situation d'échanges verbaux, l'enfant répond toujours trop vite.
16. <b>Impatient</b>	Impatient. L'enfant commence à agir avant que les instructions aient été toutes données. Il ne peut pas supporter d'attendre dans une file d'attente (même dans les parcs d'attraction). Facilement frustré lorsqu'on lui demande d'attendre.
18. <b>Interrompt, dérange, gêne</b>	En dehors de tout échange verbal. Par exemple, lorsque l'adulte discute avec quelqu'un ou parle au téléphone l'enfant le tire par le bras, l'interrompt ou le dérange. L'enfant dépasse les limites ou viole l'espace des autres. Il peut faire irruption dans un jeu ou une situation sociale sans être invité.

**Échelle ADHD-RS** (ADHD Rating Scale – IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation by George J. DuPaul, Thomas J. Power, Arthur D. Anastopoulos, and Robert Reid, 1998)

ADHD-RS. Cotation par : Nom :

Date :

À quel point l'enfant est-il perturbé ?	Jamais/ rarement	Quelquefois	Souvent	Très Souvent
1. Ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans le travail scolaire	0	1	2	3
2. Remue les mains et les pieds ou se tortille sur la chaise	0	1	2	3
3. Éprouve souvent des difficultés à maintenir son attention/tâches ou activités ludiques	0	1	2	3
4. Se lève en classe ou dans d'autres situations où il/elle est supposé(e) rester assis(e)	0	1	2	3
5. Semble ne pas écouter quand on lui parle directement	0	1	2	3
6. Court ou grimpe excessivement dans les situations où cela est inapproprié	0	1	2	3
7. Ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à finir son travail	0	1	2	3
8. A du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou dans les activités de loisir	0	1	2	3
9. A du mal organiser ses travaux ou ses activités	0	1	2	3
10. Est « sur la brèche » ou agit comme s'il/elle était « monté(e) sur ressorts »	0	1	2	3
11. Évite les tâches qui nécessitent un travail soutenu	0	1	2	3
12. Parle excessivement	0	1	2	3
13. Perd les objets nécessaires à son travail ou à ses activités	0	1	2	3
14. Laisse échapper la réponse à une question qui n'est pas encore posée	0	1	2	3
15. Est facilement distrait(e)	0	1	2	3
16. A du mal à attendre son tour	0	1	2	3
17. A des oublis dans la vie quotidienne	0	1	2	3
18. Interrompt les autres ou impose sa présence	0	1	2	3

**Repérage précoce d'un potentiel TDAH chez l'enfant : étude de la contribution possible des enseignants au dépistage et à la prise en charge des TDAH en soutien aux médecins généralistes. Le point de vue des enseignants.**

**RESUME**

**Introduction :** Le TDAH est un trouble du développement fréquent de l'enfant. Très présents dans la vie des enfants, les enseignants paraissent être des aides pertinentes pour le médecin généraliste dans le repérage précoce de ce trouble. L'objectif principal de notre étude était d'étudier la contribution possible des enseignants au dépistage et à la prise en charge des TDAH en soutien aux médecins généralistes.

**Matériels et Méthodes :** Nous avons réalisé une étude qualitative via des entretiens semi-dirigés auprès de 14 enseignants des écoles maternelles et primaires de l'agglomération du Beauvaisis.

**Résultats :** L'analyse qualitative de cette étude a permis d'identifier une formation insuffisante des enseignants qui se sentent démunis dans le dépistage des enfants TDAH, ainsi qu'un manque de communication avec les médecins généralistes.

**Discussion :** Former les enseignants et élaborer une communication entre l'enseignant et le médecin généraliste permettrait une meilleure prise en charge des enfants TDAH.

**Conclusion :** Le TDAH est un trouble du développement fréquent de l'enfant nécessitant une prise en charge conjointe entre le médecin généraliste et l'enseignant. Cependant la formation des enseignants semble très faible et la communication entre ces professionnels pratiquement inexistante limitant considérablement la contribution des enseignants dans la prise en charge des enfants TDAH.

**Mots clefs :** TDAH, enseignants, médecine générale, école, médecine scolaire, communication pluriprofessionnelle.

**Early detection of potential ADHD in children: a study of the possible contribution of teachers to the detection and management of ADHD in support of general practitioners. The teachers' point of view.**

**ABSTRACT**

**Purpose:** ADHD is a common developmental disorder in children. Teachers are very much involved in children's lives, and appear to be a relevant aid to general practitioners in the early identification of this disorder. The main aim of our study was to investigate the possible contribution of teachers to the detection and management of ADHD in support of general practitioners.

**Method:** We conducted a qualitative study via semi-structured interviews with 14 nursery and primary school teachers in the Beauvaisis conurbation.

**Results:** The qualitative analysis of this study identified inadequate training for teachers, who feel powerless to identify ADHD children, and a lack of communication with general practitioners.

**Discussion:** Training teachers and developing communication between teachers and general practitioners would enable better management of ADHD children.

**Conclusion:** ADHD is a frequent developmental disorder in children requiring joint management by general practitioners and teachers. However, teacher training appears to be very poor and communication between these professionals practically non-existent, considerably limiting the contribution of teachers in the management of ADHD children.

**Key words:** ADHD, teachers, general practice, school, school medicine, multi-professional communication.