



Université Abderrahmane Mira de Béjaïa

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

Pour l'obtention du diplôme de master en psychologie

Option : Psychologie clinique

Thème

L'hyperactivité chez les enfants scolarisés

Etude de dix cas âgés de (6 à 11 ans)

Réalisé par :

BOUCHOUCHA Salima

ZENADI Souhila

Encadré par:

BELEBESSAI Rachid

Année universitaire 2014-2015

Remerciements

Tout d'abord on remercie dieu tout puissant de nous avoir procuré courage et force durant les années d'études à l'université et à finir ce modeste travail.

On tient à exprimer toute nos reconnaissances à notre Directeur de mémoire on le remercie de nous avoir encadré, orienté, aidé et conseillé. On adresse nos sincères remerciements à tous les professeurs, intervenants et toutes les personnes qui par leurs paroles, leurs écrits, leurs conseils et leurs critiques ont guidé notre réflexions et ont accepté à nous rencontrer et répondre à nos questions durant notre recherches. On remercie nos familles, on remercie le directeur de l'école primaire où ces déroulé notre stage de pratique ainsi que tous les enseignants et enseignantes.

Enfin, on remercie tous nos Ami(e)s Pour leurs sincères amitiés et confiance, et à qui on doit notre reconnaissance et notre attachement. À tous ces intervenants, on présente nos remerciements, notre respect et notre gratitude.

Salima et souhila

Je dédis ce travail :

A la mémoire de ma mère pour m'avoir donnée la vie et la joie de vivre. Ta bonne éducation, tes conseils et tes bénédictions n'ont jamais fait défaut, que Dieu le tout puissant t'accorde son paradis éternel (Amen).

A la mémoire de ma grand mère pour avoir participé a mon éducation que je concéder comme une deuxième mère, que dieu t'accorde son paradis éternel

(Amen).

A mon père qui ma soutenu que dieu te protège, te garde et te procure force.

A mes frère, ma sœur unique et a ma belle sœur qui mon encourager pendant les faibles moments.

A mes deux neveux que j'aime tant malak et mahdi que dieu les protèges

salima

DEDICACES

*À l'occasion de ce jour-là je voudrais dédier ce modeste travail de fin de cycle à
tous ceux qui me sont chers :*

*À mes cher parents pour leur sacrifice, amour et leurs encouragements, que le
dieu les protèges*

*À mes chers grands parents : Wardiya, Said, Khadija, Mohand, que Dieu
les bénissent dans son vaste paradis.*

À mon cher frère : Youssef

*À mes chères sœurs : Samia, Kahina, Gania et son mari avec leurs prochaine
fillette nchallah, Louhra, Dihia et Thinhinane*

À ma chère nièce : Isina

À mon neveu : youba

À mon oncle : Meouloud

À mes tantes : Karima, Louina, Sakina et Hasina, Baya, Takhith

À toute mes cousins et cousines

À mes Amies chacun à son nom

À tout mes proches

SOUHILA

Sommaire

Sommaire

Introduction

Le cadre méthodologique :

Objectifs et choix du thème.....	4
Problématique et hypothèses.....	6
Définition des concepts clés.....	11

La partie théorique

Chapitre I : L'hyperactivité

Préambule.....	14
1-Définition du trouble de l'hyperactivité.....	14
2-Historique du trouble.....	15
3- Symptômes du trouble.....	18
4-Les formes cliniques.....	20
5-Les facteurs de risques.....	20
6-Diagnostic différentiels.....	21
7-Comment prévenir l'hyperactivité.....	22
8-Le devenir d'un hyperactive.....	23
9-Description des classifications actuelles.....	24
9-1-Classification selon CFTMEA.....	24
9-2-Classification selon CIM10.....	25

9-3-Classification selon DSM IV.....	25
10-L'évaluation du trouble de l'hyperactivité.....	27

Chapitre II : développement de l'enfant et le TDAH à l'école.

Préambule.....	35
I-Le développement de l'enfant.....	35
1-Le développement psychoaffectif de l'enfant.....	35
2-Le développement cognitif de l'enfant.....	42
3-Le développement psychomoteur de l'enfant.....	46
4-Le développement social de l'enfant.....	50
II-Le TDAH à l'école.....	54
1-Caractéristique du trouble à l'école.....	54
2-Les symptômes liés à l'âge.....	57
3-Les interventions comportementales à l'école.....	58
4-les Comorbidités associée au trouble de l'hyperactivité à l'école.....	64
5-Conséquences.....	60
Conclusion.....	61

Partie pratique

Chapitre III : méthodologie de la recherche

Préambule.....	69
----------------	----

1-Pré-enquête.....	69
2-Méthodes utilisé.....	70
3-La population d'étude.....	74
3-1-Les critères de la population de recherche.....	72
4-La présentation du lieu.....	74
5-Les outils de la recherche.....	74
5-1-L'observation.....	76
5-1-1-Grille de l'observation.....	76
5-2-L'échelle de conners.....	77
6-Le déroulement de la recherche.....	77
Conclusion.....	77

Chapitre IV : présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

1-La présentation de cas.....	79
2-La grille de l'observation.....	80
3-Analyse de la grille.....	81
4-Présentation des résultats de l'échelle de conners.....	82
5-Analyse de l'échelle.....	83
6-Analyse général.....	121
7-Discussion des hypothèses.....	123

Conclusion générale.

Bibliographie.

Annexes.

La liste des tableaux

Numéro du tableau	Titre	page
1	La répartition de la population d'étude selon le sexe	68
2	L'organisation de la population d'étude	69
3	La répartition de la population d'étude selon les moyennes de premier et de deuxième trimestre	70

Introduction

Introduction

Introduction

Les troubles de l'enfant sont multiples, on peut citer à titre d'exemple, le trouble envahissant du développement (psychose infantile), le trouble dissociatif (schizophrénie), la dépression, l'anxiété et le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (TDAH), appelé aussi par certains auteurs (TDA/H) trouble de l'hyperactivité avec ou sans déficit de l'attention. Il s'agit d'un syndrome neurologique et comportemental, entraînant des difficultés de l'attention et de l'apprentissage. Le trouble se manifeste par une triade de symptômes, une agitation motrice permanente et incontrôlable, une impulsivité comportementale et cognitive, et une attention plus ou moins sévère des ressources attentionnelles.

L'enfant depuis sa conception passe par plusieurs étapes du développement, le développement psychoaffectif, le développement social et intellectuel en relation avec le premier objet, puis la petite société qui veut dire la famille et par la suite avec la grande société, l'école est le milieu social, durant ce temps du développement l'enfant grandit et se développe (coté moteur et cognitif) tout ça se réalise en interaction avec les objets et le milieu qui l'entourent.

En psychologie revenir à la conception de l'homme et du patient c'est comprendre le présent et avoir des idées sur le trouble et son origine, c'est pour cela qu'il est très utile d'avoir des connaissances sur le développement de la personne et bien faire des liaisons entre le psychique, le développement moteur et le cognitif pour ainsi dire la personnalité de l'individu normale ou pathologique.

Introduction

Cet enfant, après une période de sa vie il doit s'intégrer dans une école ou il va passer la plus part de son temps à acquérir le savoir, à apprendre et se développer intellectuellement.

Tout les enfants ont le droit d'être scolarisés et dans tout les pays du monde l'enseignement est obligatoire est gratuit, pour que tout les enfants ont accès à l'éducation scolaire et avoir droit d'apprendre.

L'enfant hyperactif est très marqué par son attitude et son comportement souvent mal jugé et mal supporté par l'entourage, tout le monde se réclame de lui. Ses parents le trouvent insupportable et difficile de vivre avec lui et de le gérer.

L'enseignant aussi considère et qualifie cet enfant de perturbateur, indocile et différent de ses camarades. Il est à noter que cette catégorie d'enfant est souvent jugé de débile avant la découverte du trouble.

À l'école le phénomène se manifeste plus car l'enfant doit suivre des règles, sur la stabilité sur le respect et les instructions à suivre demandé par l'école, donc ces lois devient un déficit pour l'enfant hyperactive, dont il ne peut pas appliquer et il est très difficile pour un enfant de six ans d'être calme et attentif et de tenir toute la journée assis sur une chaise, il est bourré d'énergie, il a besoin de dégager le surplus d'une excitation débordante, dans ce cas le trouble est évident.

Nous avons choisi ce thème afin de mieux comprendre le phénomène dans le milieu scolaire, vu que c'est un sujet qui demande davantage de recherches pour répondre aux demandes des parents qui ne comprennent pas l'attitude de leurs enfants et qui sont déçus de leurs résultats scolaires, aussi répondre à l'enseignant qui trouve ces éléments comme perturbateurs par rapport à leurs camarades aussi subversifs.

Introduction

Donc l'objectif est de rapporter des réponses à tout les points d'interrogations posés sur le phénomène de l'hyperactivité infantile est en particulière en rapport avec son rendement scolaire et son influence ses capacité d'apprendre qui demande surtout d'être attentif, paisible et serein.

La méthode utilisé est la méthode clinique, étude de cas, pour d'écrire l'enfant dans ses situation, l'observation pour observer le phénomène dans le milieu scolaire en interaction avec l'enseignant et avec ses paires aussi dans la cours et à la cantine, une observation générale des enfants décrit comme hyperactifs par leurs enseignants, et l'échelle de CONNERS qui permet d'évaluer le trouble chez les cas observés et mettre en lien avec les résultats ou bien le niveaux scolaire de chacun de nos cas.

Pour effectuée cette recherche on a partagé le travail en deux parties, la première est théorique devisée en deux chapitres, dont le premier est consacré sur l'hyperactivité (définition, historique, caractéristique, causes du trouble, symptôme et traitement), le deuxième chapitre est consacré au développement de l'enfant, et l'enfant hyperactif à l'école. La deuxième partie contient la démarche de la recherche et la population d'étude, dans le troisième chapitre et le quatrième est consacré à la présentation, analyse des résultats et discussion des résultats.

Problématique

L'hyperactivité de l'enfant constitue aujourd'hui un syndrome dont l'existence n'est plus remise en question, un des paradoxes de ce trouble est sans doute lié à l'impression de découvrir une pathologie décrite il y a portant plus d'un siècle.

Les travaux qui se sont multipliés ces dix dernières années, ont changé notre regard sur ce trouble et ont conduit à des stratégies différentes de reconnaissance et de traitement, symptôme fréquent de consultation ou de plainte de la part des enseignants ou des parents. Cette pathologie interpelle tous les professionnels de l'enfance, qui se trouvent souvent diminués face à ces enfants. (Delion.P, 2010, p, 5).

Le but de cet recherche est de découvrir et d'approfondir ces connaissances tant dans le domaine clinique et dans celui de la recherche de facteurs étiologique que dans les perspectives thérapeutiques, de mieux comprendre le trouble pour pouvoir mieux le traité, reprendre a l'entourage de cette enfant qu'il n'est pas un cas ordinaire.

Le dictionnaire de psychologie définit l'hyperactivité comme suit: La quantité d'actions dans lesquelles s'engage un sujet peut constituer un symptôme qui reste le plus souvent difficile à reconnaître lorsqu'il est évalué seul, du fait de l'ambiguïté de ses limites avec un comportement normal. En effet, la quantité d'activité peut être éminemment variable d'un individu à l'autre. Analysée comme conduite isolée, on peut supposer son caractère morbide lorsqu'elle témoigne d'une incapacité pour le sujet à ne pas s'engager dans une action. (Doron.R et Parot.F, 2013, p, 351)

Problématique et hypothèse

Elle constitue alors une anomalie, le plus souvent en rupture par rapport à la propre norme du sujet, en tant que perte de la liberté d'agir par contrainte agie. Ce signe est caractéristique de tous les états d'excitation, principalement des états maniaques. Quand elle s'inscrit dans un contexte psychopathologique plus large qui lui octroie son statut d'anomalie (fuit en avant) sa reconnaissance est facilitée. (Doron.R et Parot.F, 2013, p, 351).

L'hyperactivité est désormais définie comme activité motrice débordante, inappropriée et désordonnée, en tant que syndrome dominant, elle est associée à des perturbations comportementales à des perturbations de la sphère cognitive, indépendamment de la présence de déficit de l'attention.

Il existe deux types de syndrome: hyperactivité globale associée sous forme de symptômes moteurs et les troubles cognitifs, de troubles attentionnels, de troubles des apprentissages, difficultés scolaires et l'hyperactivité situationnelle est dépendante du contexte (maison, l'école, etc.). (Bréjard.V et Bonnet.A, 2007, p, 27,28).

On peut dire que l'hyperactivité comme syndrome peut être présent chez l'enfant, l'adolescent et même l'adulte, même si le symptôme diminue avec l'âge le trouble reste.

Le trouble avec ses trois composants, motrice, impulsive, et attentionnelle a différents appellations, THADA (trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention), TDA/H (trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité).

Problématique et hypothèse

L'évolution du concept est passée par quatre périodes : 1900-1960 : une lésion cérébrale (Brain Damage) est responsable de trouble du comportement, et notamment du comportement hyperactif ; 1960- 1969 : le déclin du dysfonctionnement cérébral mineur et l'âge d'or du syndrome de l'enfant hyperactif ; 1970-1979 : l'émergence des déficits de l'attention (Douglas, 1972) ; 1980-1989 : la création du syndrome « Trouble déficitaire de l'attention » (Attention Déficit Disorder), puis du « trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité » (Attention Déficit Hyperactivity Disorder). Donc la genèse du concept est liée aux études faites sur la lésion cérébrale sur les enfants. (Delion.P, 2010, p, 20).

Nous disposons actuellement de trois grands systèmes de classifications, selon la caséification Française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent(CFTMEA), la classification internationale des Maladies(CIM10) et le DSM-IV. Ce dernier est concédé comme une référence utilisé par le clinicien qui permet de diagnostiquer le trouble, par ses quatre formes, ses trois domaines, et le nombre des symptômes dominants. (Ibide, p, 20).

L'enfance est une période de la vie qui s'étend de la naissance à l'adolescence, sous l'impulsion de la psychologie moderne, l'enfant n'est plus considéré comme un petit adulte auquel il manque les connaissances et le jugement, mais comme un individu ayant sa mentalité propre et dont le développement psychologique est régit par des lois particulières l'enfance est une étape nécessaire a la transformation du nouveau-né en adulte. (Nobert.S, 2003, p, 97).

Depuis sa conception intra-utérine jusqu'à l'âge adulte, l'enfant se développe simultanément et souvent en interdépendance dans différents

Problématique et hypothèse

domaines moteur, affectif, intellectuel et social, au cours de son développement il se peut qu'il pourrait vivre des moments, qui peuvent être mal interprété par son fonctionnement psychique, a tel point qu'il se manifeste par un trouble comportementale, qui aura de l'influence sur ses situations social, en particulier le trouble de l'hyperactivité qu'on a définit au départ.

Habituellement, le trouble est diagnostiqué pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence, le trouble est beaucoup plus fréquent chez les garçons que chez les filles, la prévalence de déficit de l'attention/hyperactivité est estimée à 3-7% chez les enfants d'âge scolaire. (Gelfi.D et Rouillon.F, 2008, p, 220).

A l'âge scolaire le trouble de l'attention est le plus persistant, et le syndrome principal est l'hyperactivité avec déficit de l'attention.

Après une période de la vie, l'enfant doit quitter le contexte familial et s'intégrer a son tour dans une société plus large. L'école est considéré comme un deuxième lieu d'interaction et d'acquisition des connaissances, où l'enfant a partir de cinq ans ou moins (dans certains pays du monde), passe la plus part de son temps dans une école pour poursuivre son développement cognitif, et enrichir d'avantage ses connaissances.

Et pour que cela soit bien fait, il faudrait que cet enfant dispose de plusieurs conditions et facteurs, l'intelligence seule n'est pas suffisante, s'il manifeste l'attention, l'agitation et l'stabilité motrice, ainsi que l'impulsivité, il est bien connu que l'enfant hyperactif est un enfant doté

Problématique et hypothèse

d'intelligence, mais son trouble pourrait nuire sur son rendement scolaire, m' malgré ses capacités.

Pour cerner la problématique, l'école reste toujours le lieu idéal pour l'analyse, lors de la pré-enquête que nous avons effectuée au sein d'une école primaire publique, au niveau d'AOKAS wilaya de BEJAIA. Nous avons réalisé des observations directes portées sur le comportement des enfants en milieu scolaire, et d'après les entretiens avec les enseignants et les personnels proche des élèves, ils nous ont orientés vers un nombre suffisant d'enfants pour réaliser notre travail.

Alors, nous avons formulé la question suivante :

Est ce que l'hyperactivité infantile des élèves scolarisés conduit au rendement scolaire insatisfaisant?

1-hypothèse générale :

Le rendement ou bien le résultat scolaire des enfants dépendras de leurs trouble de l'hyperactivité, il peut être un handicap scolaire.

Définitions des mots clés :

Enfant : Garçon ou fille dans l'âge de l'enfance. Elle enseigne à de jeunes enfants. (Carine Girac- Marinier, 2014, p, 434).

Scolaire : Notion traduisant la périodicité de la vie scolaire en fonction d'un découpage du temps journalier, hebdomadaire et annuel.

(Bloch Henriette et al, 2003, p,827).

Hyperactivité: Syndrome qui se caractérise principalement par l'enchaînement continu d'activités, sans intervalle ni temps de repos entre elle et qui, à l'observation, confine à l'agitation. (Ibid, p, 348).

Les définitions opérationnelles:

Enfant : C'est le petit de l'être humain, ce dit à celui qui est encore sous la responsabilité d'un ou des adulte(s), se caractérise par une conscience et une maturité incomplète et en cours de développement progressif.

Scolaire : C'est un caractère d'une période de vie pendant laquelle un enfant poursuit une formation pédagogique et se développe sur le plan cognitif et intellectuel.

Hyperactivité: C'est un trouble comportemental qui se reconnaît par l'agitation et l'énergie débordante et qui touche l'enfant, l'adolescent et même l'adulte, peut avoir des conséquences sur la vie quotidienne de la personne en souffrance.



1-Le choix du thème:

Le choix du thème de notre recherche est tout simplement de répondre aux besoins des familles qui réclament de l'aide, des explications aussi des moyens qui peuvent leur permettre de bien vivre avec un enfant qui est inconstamment en activité très excessive.

Combien de parents se présentent dans un cabinet d'un spécialiste des troubles psychologique et comportementale de l'enfant, dans l'idée que celui-là possède des moyens. Des parents des fois en détresse en disent c'est bon ont peu plus.

Aussi les enseignants qui souffrent de leurs incapacités à bien maîtriser les éléments hyperactifs dans leur classe, pour motif qu'ils perturbent les autres, est leur comportement influence sur les autres, et que leur efforts avec l'enfant hyperactif ne sert à rien.

Notre curiosité de faire connaissance avec ce type de trouble infantile à un âge avancé, en particulier l'école primaire, l'impacte de cette pathologie sur sa scolarité, notre objectif reste scientifique, rapporté un maximum d'idée et d'explication sur le phénomène.

2-L'objectif de la recherche:

Notre recherche est focalisée sur l'hyperactivité infantile avec l'impulsivité et trouble déficitaire de l'attention dans le milieu scolaire niveau primaire d'une catégorie d'âge entre (06-11) ans, dans le but d'obtenir un diplôme de fin d'étude en master option psychologie clinique, nos objectifs sont:

Objectifs et choix du thème

A-Vérifié les liens qui existent entre la scolarité d'un enfant hyperactif et son trouble.

B-Donné des explications aux parents enfants hyperactif qui souffrent du cas de leur enfants, et qui s'inquiété de devenir de leur scolarité.

C-Expliqué aux enseignant comment agir, et que leur élève est un cas spéciale, et que la particularité de cette enfant nécessite de l'aide multidimensionnelle.

Partie

théorique

Chapitre I

L'hyperactivité

Préambule

Le problème de contrôler un enfant hyperactif a préoccupé nombreux chercheurs et aussi spécialiste des maladies infantiles, il reste toujours un phénomène très recherché.

Après un certains âge cette enfant et dans tout les payés du monde doit s'intégrer dans un lieu social qu'est l'école, et le trouble va devenir de plus en plus gênant ; caractérisé par l'activité motrice augmentée et impulsive, accompagnée d'agressivités, et des troubles de l'attention qui vent affecté le rendement scolaire de l'enfant souffrent.

Dans ce chapitre on va aborder la définition de l'hyperactivité, un aperçu historique sur le trouble, symptômes et diagnostics, et traitements.

1-Définition de l'hyperactivité :

Ce terme composé du grec « hyper » très, trop exagéré et « activité » mouvement. L'hyperactivité est un comportement à base d'excitation psychomotrice, ou peuvent se manifester l'agressivité, la turbulence et l'anxiété et plus généralement tous les phénomènes à expression émotionnelle et motrice d'un état d'inadaptation grave dépendant à la fois d'une structure psychopathologique particulière et des conditions environnementales défavorable. (Bat.C et al, 2010, p, 654).

L'hyperactivité est un trouble d'étiologie multifactorielle cliniquement hétérogène, associé à un cout psychologique et social appréciable pour la plupart des jeunes qui en souffrent, du fait des échecs

scolaires et des espoirs professionnels déçus, des courts tout aussi importants sont associés au stress familial. (Chevalier.N et al, 2006, p, 4).

2-Historique du trouble :

Dès le XIXème, les travaux sur l'hyperactivité sont abordés par des chercheurs, qui estiment à cette époque que les principaux signes de ce phénomène clinique sont : l'instabilité et les perturbations de l'attention.

En 1845, le psychiatre Allemand : Heinrich Hoffman, d'écrit ce phénomène dans son livre écrit initialement pour son fils Phil de 3ans, pour lui inculquer les bonnes manières, et le syndrome d'instabilité psychomotrice de l'enfant est décrit pour la première fois en 1854, par le même auteur. (Bréjard.V et Bonnet.A, 2007, p, 5).

En 1897 le docteur Baurneville, met en effet l'instabilité en relation avec la suggestibilité et l'agressivité. Il a remarqué l'association des « débiles instable » à l'instabilité psychomotrice qui est resté pendant quelque année un syndrome relevant des troubles de comportements.

En 1898, Kraepelin, décrit les psychopathes instable, parmi eu un pourcentage asse important des enfants âgée de dix a quinze ans.

Dés 1902 Still, observait un ralentissement cognitif chez des enfants ayant un TDAH qui découlerait de la modification des cellules du cerveau provenant d'un dommage structurel ou d'un retard de croissance. À son avis, les dommages cérébraux minimes provoqueraient des perturbations émotionnelles pouvant entraîner la délinquance.

En 1911, Dupré indique l'instabilité sous le terme de « débilité motrice », puis l'appellation devienne « instabilité psychomotrice constitutionnelle » qui intègre : l'incapacité d'attention, incoordonnés, variabilité de l'humeur et les troubles du comportement. (Bréjard.V et bonnet.A, 2007, p, 6).

En Europe et USA, dans les années 1918-1919, déclare qu'une épidémie d'encéphalite a des conséquences difficiles sur le plan symptomatique dans le registre du comportement et celui des apprentissages « trouble du comportement post-encéphalique ».

À partir de 1940, les psychiatres ont utilisé les termes « dysfonction cérébrale minime » signifiant qu'une déficience neurologique est à la base des difficultés d'apprentissage, du TDAH et des perturbations émotionnelles; « syndrome de l'enfant au cerveau lésé » (brain-injured Child syndrome); « réaction hyperkinétique de l'enfance » ; « syndrome de l'enfant hyperactif » (hyperactive Child syndrome).

L'école française décrit un type de sujet « turbulent » par sa caractéristique central qui est l'impulsivité lié à la production des mouvements spontanés échappant au control du sujet.

Vers 1947, Strauss, décrit le syndrome par : distractibilité, l'hyperkinésie, la persévération, l'impulsivité chez les enfants.

Vers les années 1950, c'est l'apparition de l'expression « désordre hyperkinétique impulsif ». L'impulsivité recouvre les comorbidités comportementales et opposés à la réflexion, comme l'instabilité est associée à : l'impulsivité, la labilité du comportement et après temps à la

pensée. Ainsi à cette époque le syndrome psychique et moteur est remplacé par syndrome psychoaffectifs et comportemental. (Delion.P, 2010, p, 15).

Laufer et Denhoff (1957) décrètent le « syndrome de l'enfant hyperactif », puis en 1962 Laufer décrit le syndrome chez l'adulte.

En 1968, l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) entame des recherches relatives aux symptômes et au traitement du trouble nommé « réaction hyperkinésique de l'enfance» dans le DSM-II.

Vers les années 70, le terme « hyperactivité » est remplacé par « déficit d'attention » -de point de vue déterministe- pour laisser la place ensuite au « dysfonctionnement» et les comportements sont expliqués par des conceptions neurobiologiques et neuroanatomiques.

A juriaguerra, décrit un syndrome d'excitation psychomotrice avec difficultés à fixer l'attention et une instabilité associée à une fuite des idées et aborde le terme de « débordement comportemental ».

Abramson, détermine ce phénomène par, le défaut d'équilibre dans la gestion de la motricité, l'intelligence et l'affectivité.

En suit, après le passage perspective étiologique à une autre descriptive, le l'appellation de « dysfonctionnement cérébrale minime » est renouvelée par le terme des catégories diagnostiques des troubles du développement ou du comportement.

Dès 1980, on utilise l'expression « trouble de l'attention déficitaire». L'hyperactivité et l'impulsivité pouvaient accompagner ou

non l'inattention, l'Association Américaine de Psychiatrie utilisait le terme «déficit d'attention avec ou sans hyperactivité». Les diagnostics alors émis se rapportaient uniquement au déficit de l'attention avec hyperactivité lequel était associé aux comportements perturbateurs incluant les troubles de conduite, les troubles oppositionnels et les difficultés d'apprentissage. (Bréjard.V et Bonnet.A, 2002, p, 8).

L'appellation «trouble de l'attention avec hyperactivité» a été proposée en 1987 dans le DSM-III-R par l'APA (1987) pour contrer la confusion entre les deux types précédents. Le symptôme principal renvoie alors à l'hyperactivité et fait référence à un développement inadéquat sur les plans de l'attention, de l'impulsivité et de l'hyperactivité. La présence de six symptômes sur dix-neuf est nécessaire pour poser le diagnostic.

Barkley (1990) déclare que les troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité constituent une réalité complexe qui ne peut être facilement définie et dont l'appellation a subi diverses modifications depuis le début du siècle.

La CIM-10 (1993) : qui rend compte sur l'instabilité motrice ou la perturbation de l'attention. (Delion.P, 2010, p, 20).

La version suivante du DSM, le DSM-IV de l'APA (1994) présente de nouveaux changements¹. Ainsi, non seulement on revient au concept de la version de 1980 (troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité), mais une troisième catégorie fait son entrée. En plus des troubles de l'attention avec hyperactivité où prédomine l'inattention et ceux où prédomine l'hyperactivité, le DSM-IV propose les troubles de l'attention avec hyperactivité de type combiné: «troubles relatifs au déficit

de l'attention/hyperactivité)) (TDA/H). La barre oblique signifie qu'il peut y avoir exclusion ou non de l'hyperactivité.

Les changements impliqués dans cette nouvelle catégorie concernent la division des symptômes en deux groupes (inattention et hyperactivité/impulsivité), l'augmentation du nombre de symptômes visant à réduire la probabilité de sur identification, puis, finalement, une division de ces troubles en deux catégories impliquant deux listes différentes de symptômes.

En 2000, DSM-IV-R : permet d'inclure la possibilité d'une évolution dans la symptomatologie dominante. (Bréjard.V et Bonnet.A, 2007, p, 102).

3-Les symptômes de l'hyperactivité :

Le syndrome déficitaire d'attention avec hyperactivité se singularise par sa triade symptomatique : inattention, hyperactivité, et impulsivité.

A-Inattention : ce symptôme apparaît plus clairement dans le contexte sociale, professionnel et scolaire, incapable de prêter attention aux détails, leurs travail et souvent brouillon et accomplie, inattentif aux jeux et au travail, et ce dernier est souvent inachevé et mal organisé, il saute d'une activité à une autre, ils ne prêtent pas attention à ce que on leur dit, tendance à avoir l'esprit ailleurs, tendance à s'ennuyer des tâches qui demandent une concentration, et des directives. Dans les relations sociales ce symptôme, se manifeste par des changements fréquents de sujet de conversation, et incapacité à écouter tout le discours de l'autre.

B-Hyperactivité: ce manifeste par une incapacité à se tenir en place, du mal à rester assis, se lèvent fréquemment, se tortillent ou se balancent sur leur siège, remuent les jambes, tape des mains, ils touchent a tout, font du bruit, ils parlent souvent a la place des autres et a haut vois en crient. (Ménéchal.J et al, 2001 p, 28).

C-Impulsivité : ce manifeste par l'impatience, une difficulté à attendre et de reprendre avant même que la question soit totalement posé, une difficulté a attendre son tour, tendance a interrompre les autres et d'imposé sa présence, a gêné les autres a prendre et arraché leurs objets, se mettre au danger.

L'enfant hyperactive est un enfant qui est souvent en difficulté scolaire, exclu du groupe, mal toléré dans sa famille, avec une mauvaise image de soi. (Ibid, p, 28).

Le trouble apparaissent dans des milieux comme, l'école, la maison, le travail et dans les rencontre social, et pour diagnostiqué le trouble les manifestations doivent entrainer un gêne dans aux moins deux types d'environnement différent, les symptômes s'aggraves dans des situations qui demande la concentration et l'intelligence.

Ces manifestations peuvent être absentes en situation clinique lorsque le sujet reçoit des récompenses du clinicien, dans un environnement nouveau caractérisé par des activités particulières comme le jeu, le clinicien doit recueillir des données par d'autre source.

4-Les formes cliniques :

Selon le DSM IV le TDA/H se devise en trois sous-types cliniques selon la nature des symptômes prédominants au cours des six dernier mois.

A-Déficit de l'attention/hyperactivité (DA/H), type mixte : existe chez les enfants et les adolescents, ce type doit présenter 6 symptômes d'inattention et six symptômes d'hyperactivité/impulsive ou plus.

B-Déficit de l'attention/hyperactivité, type inattention prédominant : six symptômes d'inattention ou plus, et les symptômes hyperactivité/impulsives est moins.

C-Déficit de l'attention/hyperactivité, type hyperactivité impulsivité prédominante : six symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou plus, moins de symptômes d'inattentions.

D-Déficit de l'attention/hyperactivité, non spécifié : manifeste des symptômes d'inattention ou d'hyperactivité/impulsive. (DSM-IV, 2003).

5-Les facteurs de risques :

Les recherches dans ce domaine permettent d'envisager diverses origines parmi on distingue :

A-Les facteurs biologiques : s'accordent sur les points de vue neurologiques et génétiques comme cause principale. Au niveau neurologique ; le TDA/H est dû à un dysfonctionnement des fonctions exécutives de lobe frontal du cerveau, ce qui implique l'incapacité à

inhiber des stimuli externes et internes. Et au niveau génétique ; l'accent est mis sur les facteurs héréditaires.

B-Les facteurs cognitifs : Berkley (1997) considère que le déficit dans plusieurs fonctions exécutives (telles que : la mémoire de travail, l'autorégulation affective et motivationnelle, l'intériorisation du langage, l'analyse et la synthèse comportementale) et dans le système d'inhibition comportemental qui se construit au cours du développement de l'enfant sont liées à hyperactivité.

C-Les facteurs familiaux et environnementaux : En effet, un enfant reçoit de ses parents une culture, une manière de vivre, des valeurs, par le biais d'interaction entre eux. Les études récentes à propos, indiquent que chez les parents des enfants hyperactifs un nombre important de comportements agressifs, d'alcoolisme et dépendance à un toxique (Cumming, et al, 1980). Les causes environnementales peuvent s'aggraver le trouble telles que : les stimulations visuelles et auditives excessives agissent en contenu le cerveau surtout chez les nouveau nés qui sont au début de développement. (Bréjard.V et Bonnet.A, 2007, p, 80).

6-Diagnostic différentiel:

Dans certains cas il est difficile de diagnostiquer le TDH/A des autres troubles qui ont le même tableau clinique associées.

A-Difficulté à distinguer l'hyperactivité de la turbulence observée chez les enfants de 3ans, liée au développement normale à disparaître vers l'âge de 5ans.

B-Distinguer l'hyperactivité de symptômes d'agitation ou d'inattention associées au trouble psychiatrique (retard mental, trouble autistique, trouble sévères des apprentissages).

C-L'instabilité et l'inattention causé par certains traitements.

D-L'agitation et l'inattention des troubles somatique comme l'épilepsie. (Menéchal.J et al, 2001, p, 30).

E-A distinguer aussi l'hyperactivité de l'instabilité secondaire a des conditions environnemental la non adaptation qui va survenir le stress.

F-Il est encor plus difficile de diagnostiqué l'hyponamie de l'enfant caractérisé par une labilité émotionnelle, une irritabilité une agressivité une agitation motrice et une distractibilité. (Ibid, p, 30).

7-Comment prévenir l'hyperactivité:

L'hyperactivité dans ses trois domaines (l'hyperactivité, impulsivité, déficit de l'attention) a un ensemble de facteurs en interaction.

Les programmes de prévention du trouble s'applique également dans la diminution globale des difficultés psycho-sociales est certainement efficaces pour diminuée les troubles psychologique des enfants. Hors la prévention universel aujourd'hui également de devancer les conséquences dramatique envisageables de ce trouble sur l'évolution de l'enfant.

En effet, les enfants hyperactifs sont clairement exposés au risque de connaitre des difficultés scolaires, d'abuser de substance nocive et de présenter des comportements antisociaux (Spencer, 2008).

La reconnaissance du trouble par les proches et les enseignants est fondamentale.

Il ne sert à rien de répéter mille fois à un enfant TDA/H de se tenir tranquille ou d'écouter. Il faut aménager son environnement pour

diminuer sa situation de handicap. Lui demander d'être attentif serait absurde.

L'apprentissage cognitifs, qui demande attention et l'impulsivité de l'enfant ont un retentissement immédiate sur l'apprentissage, en terme de prévention, il conviendrait d'aménager l'environnement scolaire pour que l'enfant est moins de distraction et que son travail ainsi que ses résultats soit mieux organisé, on doit apporter un soutien exécutif aux fonctions défaillantes.

Les taches à accomplir doivent êtres explicitement hiérarchiser, diviser les activités en séquence pour lui permettre de resté concentré, moduler les manières de présenté les informations pour capté son attention. En générale un enfant hyperactif n a pas des liens relationnelle avec le groupe a l'école, et pour développé ces liens affectif avec ses pair il fau crié des comportements collectif et positifs. (Thommen.E, 2010, p, 122).

8-Le devenir d'un hyperactif :

En général l'hyperactivité diminue avec l'âge, les études actuelles affirment l'idée et les symptômes du trouble disparaissent, d'ailleurs cela apparait clairement chez les adolescents, qui parvient a géré leur cas, mais malgré que ces symptômes disparaissent le trouble reste.

Les recherches actuelles (Stam, Vchithorst, Vorstman et Staal, 2009) considèrent le trouble comme hautement héréditaire et les personnes restent atteintes même si les symptômes ne sont plus présents. D'ailleurs, de nombreux parents découvrent eux-mêmes leurs propres troubles à l'âge adulte lorsque leur enfant reçoit le diagnostic. Ils

prennent alors douloureusement conscience d'avoir rencontré les mêmes difficultés, étant enfants.

L'évolution du trouble se manifeste dans l'adaptation de la personne socialement et professionnellement, tendance à la drogue, un penchant pour des comportements sexuelles à risque, une vie moins stable, et une mauvaise estime de soi, des troubles psychiatriques sont associés également.

Existe aussi d'autres troubles liés à l'hyperactivité avec trouble de l'attention qui sont très associés et qui sont présents avec l'âge, comme l'anxiété, trouble de l'humeur, abus de substance, les jeux, trouble oppositionnel et de conduite, boulimie.

Des personnes ignorent que leur inadaptation sociale est causée par ce trouble dès l'enfance, la connaissance du trouble de la part des adultes peut les aider à bien aménager leur vie, et ne pas les affronter avec les problématiques liées au trouble.

La thérapie cognitive est la thérapie la plus adéquate pour aider les personnes en souffrance, dans la difficulté à terminer leurs tâches, la désorganisation, et la procrastination. On peut utiliser cette méthode aussi avec les enfants à condition que leur capacité métacognitive le permette. (Thommen.E, 2010, p, 126).

9-Description des classifications actuelles:

On s'appuie aujourd'hui sur trois classifications des troubles mentaux chez l'enfant.

1-Classification Française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) : regroupe l'hyperkinésie et l'instabilité psychomotrices, caractérisé par :

A-Sur le versant psychique : des difficultés à fixer l'attention, un manque de constance dans les activités, et un certain degré d'impulsivité.

B-Sur le plan moteur : une hyperactivité ou une agitation motrice incessant.

C-Ces troubles en décalage net par rapport à l'âge et au niveau de développement mental de l'enfant, sont plus importants dans les situations nécessitant (en classe), et disparaissent dans d'autres situations (nouvelles).

D-Il inclut les troubles de l'attention sans hyperactivité motrice proprement dite.

E-Il exclut, l'activité excessive adaptée à l'âge, et psychomotrice liée à un déficit mental ou à des troubles de la personnalité. (Delion.P, 2010, p, 21, 22).

2-Classification internationale des maladies (CIM10), (énumération des quatre formes de troubles hyperkinétiques: Troubles hyperkinétiques ensemble de troubles caractérisés par des activités excessives et désorganisées, l'inattention marquée et un manque de persévérance dans les tâches.

Les quatre sous groupes :

A-Perturbation de l'activité et de l'attention.

B-Troubles hyperkinétiques et troubles de conduites.

C-Autres troubles hyperkinétiques.

D-Troubles hyperkinétiques sans précisions. (Ibid, p, 22).

3-DSM IV et énumération des Troubles Hyperactivité avec Déficit de l'Attention (THADA) :**A. Présence soit de 1, soit de 2 :**

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

Inattention :

- souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou faites d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités;
- a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux ;
- semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement ;
- souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener a terme ses devoirs scolaires, ses taches domestiques ou ses obligations professionnelles ;
- a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités ;
- souvent évite, a en aversion, ou fait a contrecœur les taches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs a la maison) ;
- perd souvent les objets nécessaires a son travail ou a ses activités (jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils) ;
- souvent, se laisse facilement distraire par des stimuli externes ;
- à des oublis fréquents dans la vie quotidienne.

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

Hyperactivité :

- remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège ;
- se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis ;
- souvent court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié ;
- a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisirs ;
- est souvent «sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était «monté sur ressorts » ;
- parle souvent trop.

Impulsivité :

- laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée ;
- a souvent du mal à attendre son tour ;
- interrompt souvent les autres ou impose sa présence.

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

C-Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux, ou plus de deux types d'environnement différents.

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

e-les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie ou d'un autre troubles psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (trouble thymique, anxieux, dissociatif ou de la personnalité). (Delion.P, 2010, p, 21, 22, 23, 24).

10-L'évaluation psychologique du syndrome d'hyperactivité et déficit de l'attention :

En générale une évaluation psychologique comprend au moins une évaluation du fonctionnement intellectuel, de l'attention et des comportements quotidiens.

10-1-Outils d'investigations :

10-1-1-Echelles est tests

A-Echelles de comportements : La passation de ces échelles s'effectue soit par le clinicien soit par les parents ou l'enseignant, fréquemment on trouve :

A-1-Le CBCL:(child Behavior Check List) ou la liste de comportement pour enfant : d'Achenbach (Achenbach, 1991. Fombonne, 1989) : qui est une échelle généraliste, permet de classer les troubles en deux catégories « internalisés » et « externalisés », représenter sous forme d'inventaire à compléter par les parents ou l'enseignants. permet de prendre en compte les troubles associés composé de 118 items pour l'évaluation de l'ensemble des troubles du comportement ou 11 item entre eux concernant l'hyperactivité. Chaque item est coté de 0 à 2, et le score spécifique d'une sous-échelle (11 item de hyperactivité) peut être calculé pour un trouble « trouble-cible » puis être additionné aux autres items afin d'obtenir un score général de comportements « externalisés ».

A-2- Echelle de conners : Qui est construit par Keith Connors et traduit en français par Dugas (1987). Il se présente en deux versions: l'une s'adresse aux parents; comporte 48 items, cotés de 0 à 3. Le score total obtenu en le divisant par 10; Les items sont répartis en 5 sous-échelles, et

un index d'hyperactivité peut être calculé (Item : 4, 7, 11, 13, 14, 25, 31, 33, 37, 38). Le score à partir duquel on considère l'enfant comme hyperactif est de 1,5(15 en note brute).

L'autre version s'adresse aux enseignants et comporte 28 items avec là encore, la possibilité de calculer un indice d'hyperactivité avec 10 items (items:1,5,7,8,10,11,14,15,21,26), L'intérêt de cet instrument est de permettre une évaluation standardisée et croisée des comportements de l'enfant dans des milieux et des situations relationnelles différents. (Brejard.V et Bonnet.A, 2007, p, 101).

B-Echelle cognitifs :

B-1-Echelle d'intelligence de Wechsler pour enfant (WISC-IV) :

Cette version est issue de l'évolution des connaissances sur le fonctionnement cognitif et de dix années de recherche menées à partir du WISC-III. Le WISC-IV offre une importante mise à jour de ses fondements théoriques avec une amélioration de la mesure de l'intelligence fluide, de la mémoire de travail et de la vitesse de traitement. Le QI Total s'obtient à partir de quatre indices Ces indices permettent une analyse plus approfondie des processus mentaux :

A-Indice de Compréhension Verbale, ICV.

B-Indice de Raisonnement Perceptif, IRP.

C-Indice de Mémoire de Travail, IMT.

D-Indice de Vitesse de Traitement, IVT.

Des Notes additionnelles permettent de détailler davantage le profil de l'enfant (empan en mémoire des chiffres, prise en compte de la

réalisation sans la vitesse d'exécution pour Cubes, stratégies en fonction de la présentation spatiale pour Barrage).

B-2-Test d'attention sélective de Stroop : le test de Stroop en passation orale peut être utilisé de façon valide auprès d'enfants et d'adolescents (entre 7ans 6mois et 15ans 5mois) pour évaluer la capacité à maintenir l'attention sur une cible. L'utilisation conjointe du test de Stroop avec le test de Barrage et le test d'Appariement d'images (AI) permet de préciser l'hétérogénéité du trouble de l'attention/hyperactivité. Il s'agit également d'un outil indispensable dans l'évaluation neuropsychologique de l'enfant et de l'adolescent, aussi bien dans le cadre des troubles de l'apprentissage et des états anxieux que dans celui des traumatisés crâniens.

C-Evaluation psychoaffective : L'évaluation du fonctionnement psychoaffectif de l'enfant hyperactif est limitée par les instruments d'évaluation disponibles et les capacités instrumentales de l'enfant. Elle repose sur les techniques projectives, si l'enfant reste impliqué un temps suffisant dans la tâche demandée. Ces épreuves reposent principalement sur la mobilisation d'un mécanisme psychique appelé "projection" et qui amène un sujet à "imaginer" et donner un sens à un contenu ambigu (Rorschach), ou générique(TAT). (Bréjard.V et Bonnet.A, 2007, p, 121)

C-1-Rorschach : Est un test " structuraux", car il fournit des informations portant sur le fonctionnement et l'organisation psychopathologique du sujet Se représente sous formes des planches (dix) sur lesquelles on trouve des formes indéterminées dont la caractéristique est de comporter une symétrie axiale.

Certains planches sont en noir et blanc, d'autres ont en plus du rouge; les trois derrières sont en couleur pastel.

La cotation fait appel à deux systèmes: l'un se réfère à la théorie psychanalytique qui a été soutenue par l'école de Paris (C.Chiland, V.Shentoub, etc.), et l'autre se réfère à une approche cognitive (Exner et introduit en France par A.

Andranikoff). Dans l'évaluation de l'hyperactivité .On note les particularités suivantes:

A-Un nombre plus faible de réponses couleurs.

B-Un nombre de réponses plus important de mauvaise qualité formelle (F% élargi).

C-Un nombre de réponses de F% élevé.

D-Un nombre de réponses F- important.

E-Un plus grand nombre de réponses dont le déterminant et l'estompage.

F-Les réponses humaines ;(H) sont plus rares.

C-2-Le CAT (Children Aperception test):

Est constitué de dix planches en noir et blanc représentant des animaux dans différentes situations censées évoquer des problématiques spécifiques telles que : l'agressivité envers les punis, la relation aux parents, la solitude etc.

On distingue le contenu manifeste des planches, ce qui est objectivement dessiné et perceptible visuellement, et le contenu latent ou la problématique psychologique à laquelle il est fait référence (ex:angoisse de séparation). L'écart entre contenu manifeste et latent permet la projection et la construction de réponses spécifiques à chaque enfant, et donc indicatrice des éléments de sa problématique psychopathologique. La consigne donnée à l'enfant est de raconter l'histoire qui se passe sur la planche. Il construit une histoire en relation avec le contenu de cette dernière. L'interprétation s'effectue

qualitativement en fonction de degré de perception du contenu latent de la planche et de la manière dont il l'interprétera et en s'en dégagera. Les enfants hyperactifs ont des réponses spécifiques à ce test.

Une difficulté quasi systématique à utiliser un discours descriptif bref et une incapacité à construire un scénario imaginaire ; Ceci témoigne de leur difficultés à s'engager dans le registre imaginaire et à percevoir les dimensions symboliques.

Les thèmes évoqués sont pas spécifiques à l'hyperactivité et sont fréquemment déterminés par la comorbidité lorsqu'elle est présente: thèmes d'agression (si troubles des conduites), thématique d'abondons (si trouble d'anxiété de séparation).

11-la prise en charge :

Une fois le diagnostic est posé, la prise en charge doit être accordé aux symptômes et leurs sévérités dans l'objectif d'agir sur ces derniers (symptômes) ; et en conséquences d'améliorer le fonctionnement adaptatif de l'enfant ; en fonction des besoins de patient et l'acceptation de leur famille. Principalement on cite :

11-1-Prise en charge pharmacologique ou médicamenteuse : La médication engendre un large débat entre ceux qui sont pour et autre qui sont contre. Il s'agit principalement de psychostimulant à base de dopamine et de noradrénaline. L'intérêt réside dans l'amélioration, de l'autocontrôle, l'attention, la persévérance et la réflexion, chez l'enfant ; comme elle peut également diminuer l'agitation, l'impulsivité et l'hyperactivité. Les médicaments les plus utilisés sont :

A-Méthylphénidate (Ritaline-Concerta) qui impose une prescription initiale, unique et hospitalière ; par un spécialiste dans les domaines suivantes :

Pédiatrie, psychiatrie et neurologie sur la liste du produit stupéfiant et sur l'ordonnance sécurisée pour 28 jours, renouvelable par le médecin généraliste mais sans modification de l'ordonnance ; dont les principales critiques sont :

A-Risque de survenue de manifestations psychotiques.

B-Risque de retard de croissance.

C-Potentiel addictif et prédisposition à une utilisation toxicomaniaque du produit.

B-L'Atomoxétine (Strattera©), il en existe cependant d'autres.

C-Les antidépresseurs : qui semblent présentés des effets bénéfiques sur l'hyperactivité dans les cas des troubles dépressifs majeur associé à l'hyperactivité chez certains enfants ou sur un syndrome dépressif que les Comportements hyperactifs masquaient. (Bréjard.V et Bonnet.A, 2007, P, 101,102).

11-2-La prise en charge psychothérapeutique:

L'accompagnement psychologique se caractérise par des psychothérapies qui ont des buts différents selon les problèmes rencontrés par l'enfant et son entourage. Les psychothérapies permettent de restaurer l'estime de soi, d'apprendre à avoir des relations sociales, et à mieux comprendre son comportement. Dans la thérapie d'enfant hyperactif on cite principalement :

A-La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) : c'est la thérapie la plus courante est qui peut être utilisée avec d'autres thérapies, elle permet de modifier le(s) comportement(s), avec parfois la participation des parents et le personnel de l'école.

B-La thérapie systémique : Elle s'inspire des théories de la communication et développée par Bateson ; les troubles psychopathologiques sont considérés comme dysfonctionnement dans les interactions.

C-La thérapie d'inspiration psychanalytique (PIP) :

C-1-Individuelle : Elle met l'accent sur l'affectivité et le processus de développement, et à propos de symptôme « hyperactivité psychomotrice » elle fait appel aux interactions parents-enfant et la structure de la personnalité de ce dernier.

C-2-Familiale : Il s'agit de transformer des traumatismes en éléments symboliques par un dispositif psychanalytique.

C-3-Groupale : Il s'agit d'utiliser les propriétés psychiques de groupe qui devient un objet libidinal qui va permettre à l'enfant de passer d'une attitude narcissique autocentrée à une préoccupation pour le groupe avec possibilité de passage potentiel de l'excitation motrice autoérotique à l'investissement imaginaire de l'objet. Le cadre général implique :

Un groupe fermé de 5 à 7 enfants généralement avec 2 à 3 psychothérapeutes, se réalise au sein d'une structure d'accueil ou hôpital, La fréquence hebdomadaire ou bihebdomadaire.

D-Remédiassions neuropsychologiques :

Les remédiassions neuropsychologiques ont pour objectif d'augmenter les capacités de contrôle et d'attention de l'enfant en utilisant des exercices à difficultés croissantes. (Bréjard.V et Bonnet.A, 2007, p, 120).

Conclusion

On peut conclure que le trouble de l'hyperactivité ou bien le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité et impulsivité (TDAH ou TDA/H) est connu depuis longtemps, il s'agit d'un ensemble de comportement comme l'agitation et de déplacement sans cesse et a tous moment il s'agit aussi de trouble d'attention on peut l'observer chez l'enfant, l'adolescent et parfois chez l'adulte, il est heureusement un trouble qui va se diminué avec l'âge. L'hyperactivité est causé par plusieurs facteurs de sérieuses conséquences peuvent influencer sur son développement affectifs, relationnel et cognitif en particulier a la période scolaire.

Chapitre II

Développement

de l'enfant et le

TDAH à l'école

Préambule

Le trouble de l'hyperactivité apparaît dans la majorité des cas, au début de l'enfance et disparaît à l'adolescence, la période où l'enfant va se développer et se construire, que ce soit sur le plan cognitif ou intellectuelle, sociale ou relationnel et affectif ou émotionnel et les troubles de l'enfance vont dépendre de son développement.

I-Le développement de l'enfant :

L'étude de l'enfant comme être spécifique de la naissance à l'adolescence, portent notamment sur ses caractéristiques physiques et affectives, ainsi que sur ses facultés cognitives, linguistiques et perceptives.

La psychologie de l'enfant s'attache à comprendre l'évolution et modes d'expression des diverses composantes de la vie intellectuelle, affectives et sociale de l'enfant. Les théories les plus influentes sont la théorie psychanalytique, celle du développement cognitif, et la théorie psychosociale.

1-le développement psychoaffectif de l'enfant :

L'enchaînement avec les différents stades est évidemment très progressif et chacune des problématiques successives (orale, anale, phallique) laisse derrière elle des traces qui s'organisent en stades successives susceptibles, selon les cas, de cristalliser des points de fixation, vers ou convergeront les éventuelles régressions ultérieures. (Golse.B, 1989, p, 10)

Chapitre II : le développement de l'enfant et le TDAH à l'école.

Autrement dit, aucun stade n'est purement et simplement dépassé mais on assiste seulement à une succession de thématiques sous-tendues par une zone érogène déterminée, un choix d'objet et un niveau de relation objectale spécifique. (Golse.B., 1989, p, 10).

1-1-les stades prégénitaux :

Ce sont les stades qui précèdent l'organisation du complexe d'œdipe, c'est-à-dire les stades se situant avant la réunification des différentes pulsions partielles.

On distingue classiquement : le stade oral, le stade anal et le stade phallique.

A-Le stade oral : il recouvre approximativement la première année de la vie.

La zone érogène prévalant ou source pulsionnelle est donc la zone bucco-labiale, le carrefour aéro-digestif jusqu'à l'estomac, les organes de la phonation mais aussi tous les organes sensoriels (importance du regard et de la peau). (opcit, 2008, p, 13).

L'objet pulsionnel est représenté par le sein ou son substitut (le biberon). A cette époque, la fonction alimentaire sert de médiateur principal à la relation symbiotique mère-enfant et très rapidement le plaisir oral vient s'étayer sur l'alimentation. (Golse.B, 1989, p, 11).

Au-delà de l'apport alimentaire, l'enfant découvre rapidement que l'excitation bucco-lingual procure un plaisir en soi (suçotent des lèvres ou du pouce).

Chapitre II : le développement de l'enfant et le TDAH à l'école.

Le but pulsionnel, il est double : d'une part un plaisir auto-érotique par stimulation de la zone érogène oral (suction) et d'autre part un désir d'incorporations primitives qui fourniront le prototype des identifications et introjections ultérieures. A ce stade, avoir l'objet en soi équivaut à être objet. (Bioy.A et Fouques.D, 2002, p, 79).

Le sevrage représente le conflit relationnel spécifique de cette période, c'est la crise liée à l'ablactation. En réalité, plus que l'introduction d'alimentation non lactés. C'est l'introduction d'une alimentation à la cuillère qui peut être source de difficultés en ayant une discontinuité supplémentaire entre les cuillères au moment du repas, celle-ci doit être compensée par le holding de la part de la mère (toucher, regard, parole etc.) qui alimentent autant l'enfant. (Golse.B, 1989, p, 14).

La genèse de la relation objectale débute évident à ce stade, mais la notion d'objet est encore prématurée. Les interrelations précoces fournissent en effet la préforme des relations objectales futures de l'enfant. Il s'agit de la mère la personne dispensatrice des soins.

Les premières relations d'objet sont encore parcellaires, le nourrisson n'a pas encore conscience du dedans et du dehors, du soi et du non-soi, il vit dans une sorte d'autarcie (Moi idéal) les objets qui le satisfont peuvent être encore vécus comme des parties de lui-même.

Au niveau de la bouche, le nourrisson va exprimer des affects et des émotions, outre le plaisir, il va extérioriser son agressivité (par exemple le plaisir de mordre) va crier (décharge émotionnelle).

Chapitre II : le développement de l'enfant et le TDAH à l'école.

Enfin, le nourrisson a tendance à tout porter à la bouche durant sa première année de vie c'est à ce niveau qu'il va faire l'expérience du dedans et de dehors, du soi et du non soi. Ainsi, manger n'a pas pour seule fonction de nourrir.

B-Le stade anal :

Il recouvre approximativement la deuxième année de la vie. C'est une année consacrée à la maîtrise ou à l'emprise. Le plaisir anal (étayé sur l'excrétion des selles) existait déjà auparavant mais il va désormais se conflictualiser. (Bioy.A et Fouques.D, 2002, p, 79).

La zone érogène prévalent ou source pulsionnelle et la muqueuse ano-recto-sigmoïdienne, voire toute la muqueuse digestive. Ce n'est donc pas un investissement purement orifice puisqu'il va s'étendre jusqu'à l'ensemble, il s'agit soit de conserver les objets passés à l'intérieur de soi, soit de les expulser. (Golse.B, 2008, p, 19).

L'objet pulsionnel est cependant relativement complexe car il ne peut être réduit aux fessées. A cette époque, la mère (est plus généralement l'entourage), est également un objet partiel à maîtriser et à manipuler.

Le but pulsionnel est donc double : d'une part un plaisir auto-érotique par stimulation de la zone érogène anale grâce aux selles, d'autre part une recherche de pression relationnelle sur les objets et les personnes qui commencent à se différencier.

Chapitre II : le développement de l'enfant et le TDAH à l'école.

L'enfant considère en effet ses selles comme une partie de lui-même qu'il peut soit expulser, soit retenir (distinction entre le dedans et le dehors). (Golse.B, 1989, p, 20).

Le stade anal devient le stade de l'ambivalence maximale puisque d'une part le même objet fécal peut être conservé ou expulsé et d'autre part parce qu'en fonction du temps et du lien d'expulser ou de retentions, il peut prendre la valeur soit d'un bon objet, soit d'un mauvais objet.

Dans ce cas l'éducation sphinctérien ne doit être ni trop précoce ni trop rigide afin que l'enfant ait le temps d'éprouver un certains pouvoir sur l'autre sans s'identifier a un sur-moi parental trop tyrannique.

La relation d'objet de type anal : entre l'ambivalence déjà notée (conflit d'ambivalence primaire : amour/haine), il y a mise en place de l'axe sado-masochique et enracinement de la bisexualité psychique fondamentale. (Golse.B, 1989, p, 20).

La dimension masochique correspond à la recherche active de plaisir au travers d'expériences douloureuses. Le plaisir de la fessé lié au déplacement de l'investissement libidinal et l'anus à la peau des fesse. Le moment excessif de cette attitude éducative peut aboutir paradoxalement à une érotisation accrue de cette zone corporelle. (Bérgeret.J et al, 2008, p, 26).

C-Le stade phallique : il couvre approximativement la troisième année de la vie précédente la problématique œdipienne, il instaure une relative unification des pulsions partielles sous le primat des organes génitaux, il

Chapitre II : le développement de l'enfant et le TDAH à l'école.

se centre autour d'une thématique liée à l'absence ou à la présence de pénis, c'est en quelque sorte une période de l'affirmation de soi.

La zone érogène prévalant ou source pulsionnelle est ici l'urètre avec le double plaisir de la miction et de la rétention. Le contrôle du sphincter vésical donne lieu à une surestimation narcissique avec toute dialectique entre les sentiments de honte liés aux échecs et l'ambition, représentant spécifique de la lutte contre la hante. (Golse.B, 1989, p, 20).

C'est à ce stade que se manifeste la curiosité sexuelle infantile, l'enfant prend conscience de la différence anatomique des sexes, c'est-à-dire la présence ou de l'absence du pénis. Le garçon va nier la castration par la négation du sexe féminin. La fille va manifester son envie du pénis, soit en imaginant une poussée ultérieure du clitoris, soit par le biais d'attitude dites d'ambition phallique. (Bergeret.J et al, 2008, p, 27).

Cette époque que se structurent certains fantasmes liés a la scène primitive et que se manifestent un certains exhibitionnisme et un certain voyeurisme.

Au total, le stade phallique demeure un stade prégénital car le pénis est davantage conçu comme un organe porteur strictement génital, c'est ce stade qui demeure en grande partie narcissique et non pas objectal, les angoisse spécifiques de ce stade sont évidemment des angoisses de castration, les conflits mettent en jeu le narcissique de l'idéal du Moi. (Golse.B, 1989, p, 21).

Chapitre II : le développement de l'enfant et le TDAH à l'école.

1-2-le complexe d'œdipe :

Le complexe d'œdipe est le point nodal qui structure le groupe familial et la société humaine tout entière, il permet l'avènement d'un objet global entier et sexué, il joue un rôle crucial dans la constitution du sur-moi et de l'idéal du Moi, cette période se situe entre 4 et 7 ans. (Bergeret.J et al, 2008, p, 31)

A-l'angoisse de castration : appelé la castration œdipienne diffère de la castration phallique la perte n'est plus seulement une amputation de soi et de son pouvoir, mais une limitation de sa relation à l'autre. Face à cette angoisse, le garçon va se défendre par le surinvestissement du pénis, la fille va développer une envie de pénis. (Golse.B, 1989, p, 22).

Le complexe d'œdipe dans sa forme positive correspond à des sentiments de haine ou de rivalité pour le parent de même sexe. Sur le plan identificatoire, le complexe d'œdipe marque une étape décisive puisqu'il instaure la prévalence de l'être sur l'avoir.

Par l'intériorisation des interdits ce complexe permet la mise en place du surmoi et de l'idéal du moi définitifs. L'acceptation de la différence des sexes confère également à l'enfant une attitude au deuil et à l'activité symbolique de type adulte. (Colse.B, 1989, p, 21).

1-3-la période de latence :

Une période conflictuelle, se situent entre 7 et 12 ans elle se caractérise par une nouvelle organisation de sexualité.

Le point essentiel consiste en une relation obsessionnelle de la personnalité. Les tendances obsessionnelle reposent sur la mise en place

Chapitre II : le développement de l'enfant et le TDAH à l'école.

de formations réactionnelles (de gout, pudeur, etc.) qui vent lui permettre de se dégager des conflits sexuelles des périodes précédant. La déssexualisation grâce au refoulement qui permet les sublimations, en déplacent vers des objets plus socialisés (jeux et sport collectifs, musique, etc.) donnent lieu à une disponibilité particulière de l'enfant pour les apprentissages pédagogiques. (Bergeret.J et al, 2008, p, 41).

1-4-la puberté et l'adolescence :

L'adolescence est centrée par une crise narcissique et identificatoire avec des angoisses intenses quant à l'authenticité et à l'intégrité de soi, du corps et du sexe, se caractérise aussi par la constitution de l'identité faite de régressions. (Golse.B, 2008, p, 25).

La modification physique et somatique, des émergences pulsionnelles massives qui viennent déséquilibrer le rapport entre les instances intra-physiques. Cette période se caractérise aussi par la réactivation de la problématique œdipienne déplacement sur des substituts parentaux idéalisés exemple le professeur.

Réactivation des problématiques prégénitales et notamment oral (anxiété mentale, toxicomanie, etc.). Dans cette perspective les mécanismes de défense le plus archaïque clivage, déni, idéalisation, etc. on constate à cette époque tendance au passage à l'acte (qui permet de faire l'économie de la mentalisation des conflits). Une manipulation de mort et l'émergence fréquente d'idées dépressives. (Golse.B, 1989, p, 23).

Le problème de dépendance et d'autonomisation psychique sont à l'œuvre durant cette période ; la quête d'une autonomie.

2- Le développement cognitif de l'enfant :

Additionner, soustraire, résoudre des problèmes, tenir compte de plusieurs aspects sont des habilités propres au développement cognitif, durant cette période de développement de l'enfant réalise des progrès cognitifs considérables, tant pour effectuer des opérations mentales que pour appliquer des règles ou résoudre des situations problématique.

Cette évolution cognitive lui permet aussi de développer son raisonnement moral en comprenant progressivement les notions de bien et du mal et aussi d'élargir son répertoire de stratégies de résolution de problèmes interpersonnels. (Bouchard.C et al, p, 179).

2-1-Le développement de l'intelligence :

L'action de l'enfant sur le monde et l'environnement contribue à sa construction. Le bébé arrive avec des réflexes (suction, préhension etc.) qui lui permet de catégoriser le monde qui va devenir de plus en plus intentionnel.

Dans cette conception, J-Piaget considère que, le développement cognitif comme processus progressif qui est le résultat des interactions entre la maturation du système nerveux et le langage et grâce aux processus d'assimilation qui consiste à réagir à un nouveau stimulus à partir des connaissances existantes, et d'accommodation qui indique l'action du milieu extérieur sur l'organisme et aux modifications des schèmes que ceux-ci entraînent les capacités cognitives d'un enfant subissent une série de changement.

Chapitre II : le développement de l'enfant et le TDAH à l'école.

Les acquisitions s'organisent sous forme de stades qui ne correspondent pas aux âges chroniques, mais dont l'ordre d'apparition est invariable.

2-1-1-La période de l'intelligence sensori-motrice:

Cette étape est caractérisée par l'utilisation des sens et des capacités motrices pour explorer l'environnement et se développer cognitivement sous forme d'une succession continue de stades marquées par des conduites spécifiques, il s'étend de la naissance à deux ans et se divise en six stades successifs :

A-Stade de l'exercice des réflexes (de 0 à 1 mois), se manifeste par l'apparition du réflexe généralisé et l'assimilation généralisatrice qui va permettre au bébé de s'exercer sur des objets et dans différentes conditions.

B-Stade des premières adaptations acquises et la réaction circulaire primaire (de 1 à 4 mois) la réaction circulaire primaire est un exercice fonctionnel acquis, prolongeant l'exercice de réflexe et qui permet d'entretenir et fortifier un ensemble sensori-moteur à des résultats nouveaux qui ont un impact sur le corps de l'enfant. Dans cette étape l'enfant sera capable d'assimiler des objets aux schèmes, et à la fin de ce stade se manifeste des premières coordinations de schème entre eux (l'audition et la vision, la succion et la préhension, la vision et la préhension).

C-Stade des réactions circulaires secondaires (de 4 à 8 ou 9 mois) le passage de l'enfant d'une gestuelle de son corps au monde des objets, lui permet de découvrir par hasard de nouveaux résultats qui excitent de

Chapitre II : le développement de l'enfant et le TDAH à l'école.

nouvelles réactions circulaires secondaires.

D-Stade d'intentionnalité et la coordination des schèmes secondaires (9 à 11 ou 12 mois) C'est l'apparition des premiers actes intentionnels, et des actions orientées vers un but avec la conscience d'un désir d'agir. Les schèmes secondaires se coordonnent entre eux pour s'intégrer dans des unités de comportement et d'organisation autour d'un but posé ou déclenchement de l'action, et l'enfant acquiert la capacité d'anticiper des événements liés à son action par l'intermédiaire d'indices de signant.

E-Stade de la réaction circulaire tertiaire et de découverte de moyens nouveaux par l'expérimentation active (11 à 12 ou 18 mois). Ce caractère est caractérisé par des activités intenses avec exploration intentionnelle de l'ensemble des propriétés des objets. L'enfant varie et gradue ses mouvements pour obtenir de nouveaux résultats il cherche intentionnellement la nouveauté et découvre par tâtonnement et la mise en œuvre des schèmes d'action qu'il possède déjà, de nouveaux moyens d'actions.

F-Stade d'invention de moyens nouveaux par combinaison mentale (18 à 24 mois), c'est le début de l'exercice de l'intelligence sur un plan symbolique. L'enfant acquiert la capacité de représentation symbolique dans des domaines variés, et les schèmes d'actions vont progressivement s'intérioriser et leur combinaison mentale va permettre à l'enfant de trouver une solution rapidement.

2-1-2: La période des opérations concrètes (de 2 à 11 ou 12 ans):

Cette période est marquée par une grande mobilité de la pensée, un grand recul par rapport à l'action et une meilleure socialisation. Elle

Chapitre II : le développement de l'enfant et le TDAH à l'école.

constitue le passage d'un égoïsme intellectuel et social vers la coopération et les opérations logiques. Cette période se subdivise en trois stades, la pensée symbolique (2-4 ans) stades, la pensée préopératoire (2 à 6 ans) et la période opératoire (7 à 11 ou 12 ans). (Laval.V, 2004, p, 20).

L'enfant va devoir reconstruire tout ce qu'il a appris au niveau sensori-moteur, sur le plan de la représentation, il va devoir réapprendre au niveau de la pensée ce qu'il a appris au niveau de l'action. Opération est un ensemble d'actions coordonnées les uns aux autres. Le passage, des actions aux opérations constitue la capacité de l'enfant à se représenter mentalement c'est à partir de cette capacité que la pensée de l'enfant évolue et développe d'une pensée égoïste à une pensée opératoire.

Durant le passage de l'action à la représentation l'apparition de la fonction symbolique, selon Piaget, cette fonction est la capacité d'évoquer des objets ou des situations non perçus actuellement, en se servant de signes ou de symboles, l'enfant donc représente le réel par des signes, il s'agit des imitations différées, jeu symbolique, du dessin, de l'image mentale et du langage. Cette période est caractérisée aussi par l'apparition de la pensée logique, le passage de l'intuition à l'opération. Les premières opérations de l'enfant portant sur du matériel concret et ce sont les objets qui servent de base à leurs raisonnements. (Ibid, p, 21).

2-1-3-La période des opérations formelles: la pensée opératoire se construit progressivement au cours du stade des opérations formelles. Ce stade s'étend de 11 à 16 ans et se divise en deux stades : la genèse des opérations formelles (11/12 ans à 14 ans) et les structures opératoires formelles (14 à 16 ans).

Chapitre II : le développement de l'enfant et le TDAH à l'école.

Cette période est caractérisée par une nouvelle forme de raisonnement. Le sujet (l'adolescent) acquiert une nouvelle forme de raisonnement dont le point de départ est constitué de propositions. Les opérations de l'adolescent sont transposées du domaine du concret à celui des hypothèses, cette nouvelle forme de pensée est rendue possible par cette dernière décentration qui permet au sujet d'atteindre un niveau d'abstraction suffisant pour se détacher du concret. L'adolescent sera capable de considérer le réel observable uniquement comme une partie de l'ensemble des possibles, c'est ce type de raisonnement, qui consiste à vérifier des hypothèses. (Laval.V, 2004, p, 24).

3-Le développement psychomoteur :

Le développement psychomoteur qui se centre sur les acquisitions et les organisations, indique la relation qui existe entre les capacités motrices et le développement du psychisme. La motricité renvoie généralement au :

3-1-Le tonus :

Signifie un état permanent du muscle permettant à certaines parties du corps d'être immobiles pour servir de support aux autres parties en mouvement. L'évaluation de tonus chez le nourrisson permet d'apprécier l'âge de maturation et de détecter les anomalies éventuelles du système nerveux. Le tonus sera observable dès la 40^{ème} au 60^{ème} jour de grossesse (stade myogène) et s'évolue peu à peu afin de pouvoir accéder à la position assise puis debout etc. (Mareau.C et al, 2006, p, 66).

3-2-La Posture :

Chapitre II : le développement de l'enfant et le TDAH à l'école.

C'est la mise en forme du corps dans des attitudes permises par l'immobilisation de certains segments dans des positions déterminées. Dès les premières semaines de la vie la posture se confond avec le tonus ; et s'évolue selon deux lois qui sont :

A-La loi céphalo-caudale, qui indique que le contrôle moteur et postural se développe de haut vers le bas du corps (maintien de la tête, station assis sans appui, position debout avec appui, puis sans appui).

B-La loi proximo-distale, le contrôle moteur et postural se fait de la partie la plus proche de l'axe du corps vers les parties les plus distales, et de l'axe corporel vers la périphérie.

L'évaluation de la posture nous renseigne sur l'asymétrie entre les membres supérieures et inférieures d'une part, et d'une autre part sur la par d'extension ou de flexion (exemple la position dorsale), dès le début, l'enfant n'arrive pas à contrôler l'axe de son corps n'est à tenir sa tête (0 à 6 semaine) mais vers 3 mois la stabilité de la posture se manifeste par le geste saccadés répétitifs, puis l'enfant arrive à se retourner le dos –ventre, et à coordonner ses deux mains pour saisir des objets (6mois), et puis coordonne entre main-pied, après main-pied-bouche. Vers 9-10mois l'enfant passe de la position « à 4 pattes » à la « position assis »avec possibilité de rester stable. (Mareau.C et al, 2006, p, 66,67).

C-La position ventrale, à la naissance et jusqu'à l'âge de 8 semaines, l'enfant appui sur les avant-bras et poids sur les poignets, progressivement vers 3mois l'appui devient symétrique sur 2 coudes et la tête portée orientable et libre en rotation. Vers 4 à 5mois l'enfant arrive à

Chapitre II : le développement de l'enfant et le TDAH à l'école.

saisir un objet avec appuis sur un coude et l'aide de son genou sans perdre son équilibre. Et vers 6mois l'enfant prend appui sur ses deux mains, retournent ventre-dos (7mois). Vers 8à 9 mois, il rampe en phoque puis va rapidement se transformer en rampant à 4pattes et progressivement commence à se lever et à prendra la marche. (Mareau.C, et al, 2006, p, 66, 67).

3-3-Le mouvement :

C'est un acte involontaire qu'il s'agit d'une composition complexe d'immobilisation ou de déplacement et qui aboutit à une action effective ou à une prise d'attitude.

A-Les réflexes, ce sont des réactions motrices à des stimulations (sensorielles) qui se manifestent de manière stéréotypée Leur apparition s'observe dès la naissance sous le nom des réflexes archaïques, et leurs disparition sera au cours des trois premières années de la vie dans les normes (normalité neurologique).

La préhension, c'est un acte qui nécessite chez l'enfant une position des mains, un guidage visuel et une coordination physico-manuelle, elle déclenche un mouvement réglé et orienté en fonction d'un but à atteindre. La préhension qui implique l'orientation vers l'objet, le transport de la main, le réglage du mouvement en fonction de la distance, le freinage à l'approche de l'objet.

Chapitre II : le développement de l'enfant et le TDAH à l'école.

La locomotion implique les étapes suivantes :

A-La reptation, vers 5 mois l'enfant rampe au sol en s'appuyant sur ses membres supérieurs, il se tracte sans aucune poussée des membres inférieurs.

B-La propulsion, vers 8 ou 9 mois c'est la marche à quatre pattes. Il s'agit de l'action alternée des membres supérieurs, qui sont tendus, et des membres inférieures, qui sont fléchis. (Mareau.C et al, 2006, p, 67).

C-La marche bipède la marche est acquisition fondamentale qui se fait avec joie, et qui donne à l'enfant la possibilité des nouvelles découvertes de l'espace. Elle permet l'individualisation de la personne et la représentation de soi, vers 13ou15mois, l'enfant va utiliser le talon au lieu de la pointe des pieds qui se rapprochent, ce qui va permettre de gagner en équilibre.

Vers 18 mois, l'enfant acquiert une marche aisée et bien rythmée sur une surface plane. Il va pouvoir trotter, puis effectuer des petits sauts, pivoter sur un pied et changer de direction, possibilité de descendre(vers 3ans) et de monter les escaliers(entre 2et 6 ans).

La latéralité c'est un processus dynamique qui va permettre d'aboutir à un état qui est latéralité de l'individu, Indique une construction progressive et détermine la prédominance fonctionnelle d'un côté du corps sur l'autre. Elle peut s'observer par l'étude de tonus de fond, du tonus d'action, et par l'étude de contrôle moteur. Vers 12mois, une certaine préférence d'utilisation va se dégager chez l'enfant, mais la

Chapitre II : le développement de l'enfant et le TDAH à l'école.

latéralité peut être variable jusqu'à l'âge de cinq ans. Elle se divise en trois types :

A-La latéralité d'usage, elle est détectée par l'observation des actes moteurs courants de l'enfant (comportement vis-à-vis des objets et de son propre corps) : c'est la dominance manuelle.

B-La latéralité fonctionnelle, Les actes moteurs de l'enfant sont observés dans des épreuves stéréotypées non courantes, standardisées : c'est la domination manuelle, visuelle, auditive et des membres.

C-La latéralité neurologique, elle renvoie à l'étude du tonus et du contrôle moteur conduit avec les latéralités fonctionnelle à la latéralisation de l'individu. (Mareau.C et al, 2006, p, 67).

Le progrès moteur de l'enfant se manifeste par plusieurs façons : Chez l'enfant d'âge entre (3 à 6ans), il y a un automatisme progressive des mouvements (pour la marche : ajustement des mouvements, de vitesse, de rythmique) horreur de l'immobilisation imposée (besoin de mouvement, épreuve du plaisir à se dépenser physiquement à agir, commence à expérimenté la continuité) ; la mouvement deviennent coordonnée (imitation, manipulation, préhension) ;un coté de corps plus habile et utiliser de préférence à l'autre (période de latéralisation).

Chez l'enfant d'âge entre (6 à12ans), se manifeste par la coordination des mouvements augmentés (maitrise des mouvements de l'écriture, manipulation de certains outils et exécution de certain mouvement gymnastique la force s'accroît (le gout pour les jeux de compétence). La rapidité, la précision et l'endurance se développe jusqu'à 13à 15 ans la possibilité motrice permet aux enfants de se mettre en valeur et de se mesure à des rivaux. (Ibid, p, 70, 74).

4-Le développement social de l'enfant:

L'homme n'est pas simplement un être biologique, mais également un être social. Ce qui signifie clairement que, dès sa naissance, le bébé apparaît d'emblée comme un être social. C'est en qualité de besoin d'autrui que le social existe déjà dès la naissance.

4-1-Les stades du développement de l'enfant selon Wallon:

Wallon décrit la construction de la personnalité et de son développement par le passage d'une indifférenciation à une différenciation moi-autrui, en prenant en compte les différents modes de la relation de l'enfant avec le milieu selon Wallon, l'enfant peut évoluer dans trois type de milieu différents : le milieu humain, le milieu physique et le milieu symbolique. Le milieu humain est le premier milieu auquel l'enfant doit être capable de s'adapter et qu'il joue un rôle capital dans la psychogenèse de l'enfant. (Laval.V., 2004, p, 42).

A-Le stade de l'impulsivité motrice (centrifuge de 0-6 mois) : l'enfant est en symbiose avec sa maman, il agit principalement par réflexes (il régie aux stimulus de l'environnement).

B-Le stade émotionnel (centrifuge, 3 mois-1 an) : l'enfant se socialise car il est mecontent, ses besoins ne sont pas satisfaits, il va pleurer et crier.

C-Le stade sensori-moteur et projectif (1 an-3ans) : il se décompose en deux sous stades :

Le stade sensori-moteur (1à2ans), l'enfant va utilisé ses cinq sens et acquérir la marche et le langage. Il procède une exploration symbolique de l'espace.

Chapitre II : le développement de l'enfant et le TDAH à l'école.

Le deuxième sous stade de (2à3ans), l'enfant va développer des relations alternantes et réciproques. Il va être capable de prendre les deux positions d'une situation.

D-Le stade de personnalisme (centripète, de 3ans-6anse): il se décompose en trois périodes, c'est un moment clé de la création de personnalité, la période d'opposition, l'enfant fait preuve d'une crise il va dire non et la période narcissique ou l'enfant demande de l'attention, il veut se faire admirer marquer aussi par une période de l'imitation de l'autre.

(Thong.T, 1992, p, 182).

E-Le stade catégoriel (centrifuge de 6ans-11ans) : correspond à l'âge scolaire, l'enfant va développer des nouvelles capacités intellectuelles et sociale préadolescente. Il va développer les sentiments de coopération et de rivalité. (Ibid, p, 190).

F-Le stade de puberté et de l'adolescence (centripète à partir de 11ans) : c'est la dixième crise de personnalité, l'enfant va s'opposer pour essayer de s'affirmer. (Ibid, p, 190).

4-2-Les stades développement sociale de l'enfant selon Spitz :

Spitz montre que, loin d'exister des le départ, le Moi se construit peut a peut et que cette construction s'effectuant en interaction étroite avec celle de la relation objectale. C'est travaux ont été porte sur le hospitalisme et la dépression anaclitique de nourrisson, la relation objectale et l'évolution de l'enfant en des échanges entre la mère et son enfant. Parmi tous les types ou les systèmes de relations sociales connus, la relation mère-enfant

Chapitre II : le développement de l'enfant et le TDAH à l'école.

au cours de la première année occupe une place absolument unique. (Reymond-Rivier.B, 1997, p, 21).

Il distingue trois stades principaux dans cette évolution : le stade non objectal (0-2,3mois), le stade préobjectal de (3 à 8mois) et le stade objectal (atteint aux alentours de 8mois).

A-le stade non objectale : l'univers du nouveau-né est un monde sans objet et sans amour, tout l'énergie libidinale reste investie sur le sujet lui-même, dont la vie est d'abord purement physiologique est partagée entre deux activités principales la nutrition et le sommeil. (Ibid, p, 30).

le sourire au visage humain signifie un progrès décisif dans la vie de la socialisation et marque de même le début du stade préobjectal, deux relations sont annoncées alors le sourire à la voix humaine et l'apaisement à l'approche de l'adulte. (Ibid, p, 30).

B-le stade préobjectal : ce stade est caractérisé par le sourire comme réponse au visage souriant de l'adulte et la première conduite véritablement sociale. Le sourire à trois mois est donc un comportement qui commence à s'énoncer en termes de relation personnelle, il est significatif que le sourire, première manifestation explicite d'un affect positif, s'adresse d'abord aux personnes et plus tard aux choses et aux objets.

C-le stade objectale : cette étape, elle sera franchie vers le huitième mois, caractérisé par l'angoisse de huitième mois, à un moment donné, le nourrisson réagit par la peur à la vue d'une personne et en absence de sa mère (cri, pleur, se débat, visiblement angoissé). (Ibid, p, 32).

II-les enfants hyperactifs à l'école :

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

Il est défini par une agitation motrice excessive par l'âge développemental, ses parents découvrent un enfant toujours en mouvement et d'aller à droite et à gauche, ne peut rester assis durant le repas ou d'un jeu. En milieu scolaire, il ne peut rester à sa place en classe, par exemple il se lève au moindre prétexte, étire ses membres, fait grincer sa chaise, tripote un crayon, une règle, la fait tomber pour se lever la ramasser.

Lors de la récréation, il se précipite à sortir, bouscule tout sur son passage, se met en danger physiquement. (Vantalon.V, 2005, p,16).

1-caractéristiques du trouble :

Les caractéristiques les plus importantes du TDA/H sont, le déficit d'attention, l'impulsivité et l'hyperactivité ceux-ci en une intensité fluctuante.

A-L'inattention et la distraction :

L'inattention et la distraction des élèves aux prises avec un TDA/H se manifestent par une incapacité à se concentrer sur une tâche spécifique pendant une certaine période de temps, soit sur le plan scolaire, professionnel ou social. (Théo.D, 2004, p, 31).

L'enfant a des difficultés à trier et hiérarchiser les nombreuses et très diverses informations qui arrivent à son cerveau (bruit divers, animation, mouvement, etc.). il a plus de mal que les autres à donner la priorité aux informations utiles à la tâche ou l'activité en cours, cela se traduit par des difficultés à maintenir son attention sur la activité en cours, une grande distractibilité, des oublis très fréquents, aussi que du mal à terminer ce qui est commencé ou à suivre les instructions et consignes dans leurs intégralités. (DSM-IV, p, 100).

B-Les difficultés de l'apprentissage :

Les enfants hyperactifs présentent généralement des difficultés de l'apprentissage, bien qu'il ne représente pas des troubles cognitifs. Ils ne sont pas moins intelligents mais ils ont des difficultés devant des tâches qui demandent de l'attention et la concentration, ils éprouvent des difficultés à traiter correctement une information, ces enfants apprennent plus difficilement que les autres. (Wodon.I, 2009, p, 33).

C-l'impulsivité :

L'impulsivité caractérise l'enfant qui semble incapable de prendre un moment pour réfléchir avant d'agir, il laisse échapper la réponse à une question qui n'est pas encore totalement formulée, ou interrompait les autres quant ils parlent, sans chercher nécessairement à importuner son entourage. S'il est frustré, l'enfant impulsif peut frapper son compagnon de jeu sans penser aux conséquences de son geste. (DSM-IV, p, 100).

D-hyperactivité :

L'activité motrice est augmentée et désordonnée chez un enfant atteint de TDA/H par rapport aux enfants du même âge par exemple : agitation permanente, nervosité, incapacité à tenir en place ou signes et sentiments d'impatience.

L'hyperactivité s'agit d'un trouble d'étiologie multifactorielle cliniquement hétérogène, associé à un coût psychologique et social appréciable pour la plupart des jeunes qui souffrent, du fait des échecs scolaires et désespoirs professionnels déçus, des coûts tout aussi importants sont associés au stress familial. (Chevalier.N et al, 2006, p, 4).

Associé à l'impulsivité l'hyperactivité est caractérisé par une inquiétude (l'enfant n'arrive pas à rester assis sur une chaise sans bouger, un mouvement constant (il court lorsqu'il ne devrait pas faire, il est imprudent, il se lève souvent en classe), une incapacité à jouer tranquillement ; ces enfants parlent souvent et ont difficulté à respecter les règles, les temps et espaces des camarades. (Ferrari.P et Bonnot.O, 2013, p, 314).

E-l'obéissance :

Plusieurs parents et enseignants décrivent l'enfant hyperactif comme quelqu'un qui ne fait qu'à sa tête, leurs difficultés à suivre les règles se manifestent d'ailleurs tout autant lorsqu'ils sont avec leurs camarades, ils sont incapables de se plier aux règles, plutôt des mauvais joueurs. (Garcia.S, 2001, p, 7).

2-Les symptômes liés à l'âge :

Tous les enfants/adolescents peuvent présenter, dans certaines situations, un ou plusieurs comportements caractérisés par une inattention, une impulsivité/hyperactivité, ces comportements doivent être manifestés d'une façon exagérée par rapport au niveau du développement essayé précocement, de tels comportements doivent s'observer dans différentes situations (à la maison, à l'école, dans les activités ludiques) la symptomatologie et les comportements sont différents selon l'âge et leur intensité varie en fonction des sollicitations de l'environnement. (Pierre.F et Oliver.B, 20013, p, 317).

A-l'âge scolaire :

Chez les enfants d'âge scolaire, les symptômes d'inattention peuvent compromettre les activités en classe et le rendement scolaire, les symptômes impulsifs peuvent aussi pousser à transgresser les règles familiales, interpersonnelles et éducatives.

Les signaux typiques en âge scolaire sont les suivants : temps de concentration limité, variations fréquentes des activités, manque de mémoire, désorganisation, distraction fréquente à cause de

Chapitre II : le développement de l'enfant et le TDAH à l'école.

l'environnement, agitation hors contexte, interrompre les autres enfants, être intuitif, répondre impulsivement, en franchir les règles et incidents fréquent. (Pierre.F et Oliver.B, 2013, p, 317).

Les symptômes rencontrés à l'école sont pratiquement les mêmes cités par le DSM-IV la spécificité est rencontrée sur les troubles de l'attention et l'apprentissage qui influe particulièrement sur le rendement scolaire des enfants qui représente le syndrome de l'hyperactivité avec déficit de l'attention.

3- les interventions comportementales à l'école :

L'enfant ou l'adolescent passe la plus grande partie de son temps à l'école, ce qui permet de penser à l'intervention instaurée dans ce milieu, les chances de rapporter des améliorations aux aspects de comportement de cet enfant sont plus élevées et allées au-delà du comportement gestuelle c'est-à-dire le côté cognitif de celui-ci. Donc le milieu scolaire est le lieu idéal pour intervenir.

Les symptômes de TDAH vont interférer avec le comportement de l'enfant en classe et avec sa capacité d'apprentissage. Cette enfant a des résultats scolaires en deçà de ses compétences et une mauvaise adaptation sociale, il est désorganisé, son écriture pose souvent problème, négligée voire illisible, les travaux scolaires sont réalisés ou trop lents ou trop rapidement. Malgré ces constats, un enfant hyperactif peut apprendre à apprendre mais il faut l'aider à composer les déficits (trouble de la concentration et de l'attention).

3-1-les interventions scolaires :

Ces interventions au sein d'une école, doit rapporter des modifications sur l'apprentissage de l'enfant hyperactif, et manipulé les conditions d'acquisition des tâches scolaires a fin d'améliorer ses résultats.

A-le rôle de l'école : les formes les plus rencontré a l'école est celle qui comporte les trois signes de l'hyperactivité, l'impulsivité, l'inattention, et bien sur l'hyperactivité, en générale des garçons âgé de 6 à 12 ans qui présente l'instabilité motrice et des difficultés des apprentissages. (Caney.M et al, 2009, p, 8).

L'école dans ce cas doit être doté de plusieurs élément pour l'adaptation méheur de l'enfant en souffrance du syndrome principalement il prendre en considération : l'attitude général de l'établissement, d'enseignant et de son personnel face a cette catégorie d'enfant, ainsi que les caractéristiques de l'enseignant le plus approprié pour l'aider à réussir malgré ses difficultés. (Caney.M et al, 2009, p, 8).

l'école peut jouer plusieurs rôles auprès d'un enfant TDAH, tout d'abord elle doit être présent dans le repérage précoce des difficultés, en effet devant les demandes et les attentes de l'école, les problèmes comportement apparaissent rapidement, mais le rôle le plus conséquent réside dans l'adaptation de l'enfant à l'école et grâce a une série de règles, aidant l'enfant à s'intégré au mieux à son environnement scolaire.

Chapitre II : le développement de l'enfant et le TDAH à l'école.

B-Le rôle de l'enseignant: l'enseignant a un rôle le plus congédiable pour aidé l'enfant hyperactif, dans le fait qu'il passe en moyenne 30 heures par semaines a l'école.

La personnalité de l'enseignant jeux un rôle important dans l'adaptation et l'évaluation de l'enfant en souffrance du trouble, dans son environnement scolaire. Le professeur doit être ferme mais surtout être très contant et cohérent, il stimule souvent l'enfant à participer, a communiquer et a s'exprimer, veille à bien gérer son temps et à répartir au mieux ces activités. (Caney.M et al. 2009, p10).

4-Les comorbidités associé au trouble d'hyperactivité à l'école: ces troubles peuvent s'apercevoir a l'école comme ils peuvent être absente chez certains cas.

A-Le trouble des apprentissages, la plus part des enfants hyperactifs manifeste des difficultés de l'apprentissage, qui peuvent conduire à l'échec scolaire. (Tidmarsh.C, 2005, p, 3).

B-Dyslexies, la difficulté d'apprentissage de la lecture ou de l'écriture chez des enfants qui ne présentent pas de dysfonctionnement organique, alors que le trouble existe, intégré dans une école normale. (Ibid. 2005, p, 3)

C-Problème de parole et de langage, se trouble peut être associé au trouble de l'hyperactivité, par exemple la difficulté verbale et a construire des phrases.

D-Problème de sommeil, se trouble peut se manifesté a l'école, l'enfant hyperactif a généralement des difficultés à dormir la nuit et de s'éveillé le matin, cela influx négativement sur les capacités d'apprentissage cognitives a l'école, même a l'aide des efforts de son enlignent.

Chapitre II : le développement de l'enfant et le TDAH à l'école.

E-difficultés psychoaffectifs, les troubles psychoaffectifs peuvent être associé a l'hyperactivité comme mauvaise estime de soi, la dépression majeure, trouble oppositionnel (comportement négatives, ou provocateurs), et troubles d'anxiétés (irritabilité, problème de concentration, fatigue).

5-les conséquences: les conséquences relationnelles et affectives du trouble son importantes, du fait des fluctuations de la symptomologie. Les parents peuvent croire les conduites de leurs enfant délibérées et adopter alors une conduite éducative répressive, qui se révèle peut efficace développer des relations de rejet à son égard. Parfois, c'est toute la famille qui s'isole et se sent méjugée et rejetée par l'environnement.

Avec les pairs, l'enfant a des difficultés à faire comprendre ses intentions et ses sentiments et peut alors développer des comportements hétérogressifs. En milieu scolaire, il est fréquemment repéré comme le facteur de trouble, l'enfant perturbateur est rejeté. Du fait des réactions de rejet des parents ou bien des adultes de son entourage aussi du groupe des pairs et de l'échec scolaire, une mauvaise estime de soi et une faible tolérance à frustration peuvent se développer et conduire à des affectes de dépressifs. (Vantalon.V, 2005, p, 17).

Conclusion :

Pour conclure se chapitre on peut dire que hyperactivité est une diminution ou l'absence de contrôle chez l'individu qui en souffre et il est incapable de contrôler son attention, son impulsivité et son besoin de bouger, il ne s'agit pas d'un manque de volantes, mais d'un manque de contrôl

Partie pratique

Chapitre III

Méthodologie de la recherche

Préambule :

Toute recherche scientifique qu'elle que soit sa nature, doit suivre une méthodologie bien déterminée organiser sous forme d'un plan hiérarchique, bien structuré et fiable, afin d'arriver à l'objectif rechercher.

Dans ce troisième chapitre qu'est consacré pour l'identification des étapes de notre démarche, de méthode et des outils d'investigation, on est engagé de commencer par la démonstration brève de notre démarche de la recherche puis, la description de la méthode, de la population et de lieu de la recherche, et en fin, on s'est indiqué les outils d'investigations.

1-La pré-enquête:

C'est la phase de préparation et l'une des étapes les plus importantes dans toute recherche scientifique. La pré-enquête consiste à recueillir le plus possible d'informations et de connaissances sur notre thème de la recherche et de vérifier le terrain et la disponibilité des cas.

La près-enquête est une enquête portant sur un nombre des lectures documentaires pour tester les hypothèses et le questionnaire, avant d'entreprendre l'enquête elle-même.

Elle est une phase de défrichage, d'investigation préliminaire de reconnaissance, une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées, argumentées et justifiées. Mais aussi elle permet de fixer en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis aussi bien finaux que partiels que le chercheur aura réalisé pour vérifier ses hypothèses. (Aktouf. O, 1987, p, 102)

Dans notre recherche, on a utilisé cette étape de pré-enquête afin de bien revoir les hypothèses et de mieux cerner la problématique. Elle se fait par le biais de l'observation préliminaire des faits afin de recueillir le maximum d'informations qui permettent l'accès à l'enquête.

Après l'avoir d'autorisation d'accéder à cette école, on s'est présentés comme étant des étudiants de psychologie clinique en Master II à l'université d'Abderrahmane Mira de Bejaia afin d'arriver à réaliser notre travail de recherche sur le thème intitulé « l'hyperactivité chez les enfants scolarisés ».

La pré-enquête que nous avons menée a pour but de constituer l'effectif des élèves dans l'école primaire et de mieux connaître l'aspect organisationnel du terrain d'étude. Elle est constituée de nombreuses séances de rencontre avec les enseignants et aussi des tentatives de contacter les parents, dans l'objectif d'avoir des renseignements bénéfiques pour notre recherche.

Sur le terrain l'orientation des enseignants ainsi que de personnel de l'école nous a aidé à choisir un bon nombre d'élèves de tous les niveaux, régulièrement on a commencé par la première année primaire jusque à la cinquième année du même cycle, sans d'rapprocher aux catégories des classes préscolaires, vu que notre échantillon est limité de 6 à 11 ans, on a effectué des observations sur des élèves dans la classe pendant le cours, pendant la récréation et aussi au restau pendant le repas de midi ; Pour pouvoir enfin de sélectionner dix cas qui semblent d'être hyperactifs et avec ceux qu'on a débuté notre enquête.

2- Méthode utilisée :

Par définition, la méthode est l'ensemble de démarche que met en œuvre un chercheur pour découvrir et vérifier des connaissances, ou un praticien pour résoudre un problème concret à partir des connaissances existantes. (Bloch. H, et al, 1992, p, 467)

La méthode descriptive consiste à définir la nature et les limites des éléments qui composent l'objet, ainsi que les relations existantes entre eux. (Guider .M, 2005).

Selon (Rodolphe G. et Richard J.1999), la démarche descriptive s'attache à décrire le sujet dans sa singularité et sa totalité, ses conduites sont replacées dans leur contexte individuel (histoire de l'individu et situation actuelle) et prend en compte l'engagement de l'observateur.

Le but de choix de la méthode est purement psychologique, il permet d'investiguer les processus psychologiques de l'enfant dans son milieu quotidien en interaction avec leur environnement scolaire.

Dans notre recherche, on s'est référée au courant qualitatif dont l'étude de cas nous a permis de s'approcher du contexte des sujets d'étude.

La méthode descriptive qu'on a adoptée intervient en milieu de recherche et tente de donner une image précise sur notre problématique de plus, elle nous a permis de décrire les rapports existant entre le trouble d'hyperactivité chez les enfants et leurs résultats scolaires

3 - La population de la recherche :

A la lumière de la définition de problème, la formulation de notre problématique et l'objet de notre recherche, on doit précisément délimiter la population visée et choisir avec soin la tranche qui va répondre à notre thème de recherche.

Notre groupe d'étude est représentés par dix élèves sélectionnés avec l'intermédiaire de leurs enseignants. Les sujets sont majoritairement masculins, six garçons et quatre filles. Ce taux réaffirme les données démontrant que le taux de prévalence du TDAH est nettement supérieur chez les garçons que chez

les filles. Le DSM-IV(1994) estime qu'il y'aurait de quatre à neuf fois plus de garçons que de filles répondant aux critères diagnostiques du TDAH.

Les sujets de l'actuelle étude sont d'âge varie, entre six et onze ans et d'un niveau scolaire différent ; du la 1^{ère} jusqu'à la 5^{ème} année primaire.

3-1 : Les critères de notre échantillon :

Chacun de dix cas sélectionnés possédait généralement les qualités fondamentales pour être candidat dans la présente recherche. Ces qualités sont les suivantes :

- Les enfants fréquentent un milieu scolaire régulier.
- Les enfants sont scolarisés dans une école normale et publique.
- Les élèves manifestent des symptômes d'hyperactivité avec ou sans trouble d'attention, mais sans d'être diagnostiqué au préalable avec un TDAH.
- Les élèves participant à l'étude sont âgés entre six à onze ans, sont du premier cycle (primaire) inscrits en différentes niveaux scolaires, de la 1^{ère} année à la 5^{ème} année primaire.

Tableau N°1 : répartition de la population selon le sexe :

Sexe	Effectif	%
Masculin	07	70%
Féminin	03	30%
Total	10	100%

Le tableau ci-dessus représente le taux des garçons dans dix cas sélectionnées para port à celui des filles.

Tableau N°2 : L'organisation de a population d'étude.

Cas	Le pseudonyme	Age	Sexe	L'année scolaire
Cas 01	A.M	6 ans	Féminin	1 ^{ère} année
Cas 02	F.Z	7 ans	Masculin	1 ^{ère} année
Cas 03	S.A	7 ans	Masculin	2 ^{ème} année
Cas 04	S.M	7 ans	Masculin	2 ^{ème} année
Cas 05	R.N	7 ans	Féminin	2 ^{ème} année
Cas 06	M.H	8 ans	Masculin	3 ^{ème} année
Cas 07	A.S	9ans	Masculin	4 ^{ème} année
Cas 08	K.R	11ans	Féminin	4 ^{ème} année
Cas 09	C.D	10 ans	Masculin	5 ^{ème} année
Cas 10	RD	10 ans	Masculin	5 ^{ème} année

Le tableau N°2 représente les dix sujets sélectionnés, en identifiant le pseudonyme, l'âge, le sexe et l'année scolaire.

Tableau N°3 : la répartition de la population d'étude selon les moyennes depremier et de deuxième trimestre.

Le pseudonyme	Age	1^{er} /10	2^{ème}/10
A.M	06 ans	/	5,51
F.Z	07 ans	2	3
S.A	07ans	9 ,08	9,01
S.M	07ans	7,48	7,96

R.N	07ans	6,82	7,17
M.H	08ans	6,81	5,62
A.S	09ans	3,03	3 ,74
K.R	11ans	3,64	5,07
C.D	10ans	6,15	7,06
RD	10 ans	8,55	8,67

Le tableau ci-dessus comporte les pseudonymes des élèves et montre les moyens des élèves pendant les deux trimestres évalués sur dix. Le but est d'identifier chaque cas de notre échantillon et leurs moyens qui vont nous permettre de faire la liaison entre les résultats scolaires de ces élèves avec leurs comportements en générale et avec le trouble l'hyperactivité en particulier.

4- La présentation de lieu de recherche:

Notre recherche a été effectuée au sein d'une école primaire, historiquement c'est une école très ancienne dans la commune d'Aokas de la wilaya de Bejaia, mais le début de ses fonctions pédagogiques c'était vers l'année de 1993. Sa structure est composée de 12 salles de classes, deux grandes cours, deux catégories de sanitaires(WC) pour élèves et d'autres pour les enseignants, plus un logement de fonction et un restant. L'école est constituée de 15 enseignants, dont 9 de sexe féminin et 6 de sexe masculin, des fonctionnaires dans le service d'administration dans le cadre de pré-emploi les autres des gardes élèves.

5- Les outils de la recherche:

On appelle instrument de recherche, l'intermédiaire particulier dont il va se servir le chercheur pour recueillir les données qu'il doit soumettre à l'analyse. Ce support est un outil dont la fonction essentielle est de garantir une collecte d'observation et/ou de mesure prétendues scientifiquement acceptable et réunissant de qualité d'objectivité et de rigueur pour être soumise à des traitements analytiques. (Aktouf. O, 1987, P, 81).

Pour répondre à notre problématique et vérifier notre hypothèse, nous avons opté pour une grille d'observation associée à l'échelle de Corners à l'intention des enseignants.

5-1:L'observation de recherche:

L'observation a une place ancienne et respectée dans la science, dans l'étude de l'histoire naturelle et dans l'étude de comportement humain spécialement le comportement des enfants. (Chahraoui. Kh et al, 2003, p, 31).

L'observation est la méthode la plus simple, elle permet de déceler les faits remarquables. (Fraisie, 1963). Le chercheur constate un fait qui est généralement une réponse à une question posée et qui correspond à une hypothèse que ce dernier commence par postuler avant de passer à la réalisation de son expérience.

Par ailleurs, l'observation clinique privilège la dimension expérientielle de l'être humain, le champ de l'observation clinique concerne aussi la socialité, les interactions, les interrelations, mais il concerne surtout l'intériorité du sujet, subjectivité, pour ce qui est de la dimension sociale, c'est l'intersubjectivité que visera l'observation clinique. (Ciccone .A, 1998).

Sur le plan psychologique, on n'observe pas les objets seulement en fonction des caractéristiques de ces derniers, mais aussi selon nos attentes, aspirations et même nos motivations. Et comme l'observation est généralement basée sur la perception, or celle-ci est subjective et elle peut nous conduire vers ce que n'appelle l'erreur relative,dans notre recherche nous avons tenté d'étayer sur une grille d'observation.

5-1-1 :La grille d'observation :

La grille d'observation est un instrument qui guide et oriente l'observation, elle consiste à sélectionner des phénomènes à observer et à stocker les informations. La grille constitue un support d'enregistrement des données comme elle aide à interpréter ces derniers.

Dans notre recherche nous avons opté par une observation systématique qui correspond à la réalisation de notre projet de recherche. Nous avons tenté de préétablir une liste de comportements auxquels nous s'intéressons préférentiellement et aussi objectivement aux cours des séances d'observations.

Pour la construction de notre grille d'observation, on s'est appuyés sur les étapes suivantes :

A : L'identification de variable observé (dépendante).

B : Définition de cette variable avec précision.

C : Le choix et l'opérationnalisation des dimensions retenue de cette variable.

D : La décomposition de variable en indicateurs avec le choix de l'intensité comme paramètre de de ces derniers.

Et comme dans notre recherche, on s'est focalisé sur trois dimensions de lieu (classe, cour, cantine), on s'est choisi de décomposer notre grille d'observation au axes suivants :

Axe1 : le comportement d'un enfant hyperactif dans la classe.

Axe2 : Le comportement d'un enfant hyperactif dans la cour.

Axe3 : Le comportement d'un enfant hyperactif dans la cantine.

5-2 : L'échelle de conners :

En psychologie différentielle, les échelles sont en générale des épreuves constituées d'items ordonnés par difficulté croissante.

Elles permettent d'évaluer un niveau souvent exprimé en termes d'âges ou de stades. (Bloch. H et al, 1992, P, 254).

L'échelle de conners est construite par Keith Connors et traduit en français par Dugas (1987). Il se présente en deux versions: l'une s'adresse aux parents; comporte 48 items, cotés de 0 à 3. Le score total obtenu en le divisant par 10; Les items sont répartis en 5 sous-échelles, et un index d'hyperactivité peut être calculé (item :4,7,11,13,14,25,31,33,37,38). Le score à partir duquel on considère l'enfant comme hyperactif est de 1,5(15 en note brute). L'autre version s'adresse aux enseignants et comporte 28 item avec là encore, la possibilité de calculer un indice d'hyperactivité avec 10 items(items:1,5,7,8,10,11,14,15,21,26), L'intérêt de cet instrument est de permettre une évaluation standardisée et croisée des comportements de l'enfant dans des milieux et des situations relationnelles différents.(Vincent. B et al,2007).

6- Le déroulement de la recherche :

Notre stage pratique a duré 32 jours, du 02 Février 2015 jusqu'au 14 avril de la même année, à l'école primaire « Frères Sabour » de la commune d'Aokas de la wilaya de Bejaia.

La sélection des cas était faite avec l'intermédiaire des enseignants de ces derniers.

Nous avons effectué des observations directe sur les cas et après, on s'est accompli les données recueillis par le Questionnaire abrégé de Connors pour les enseignants à fin de confirmer les données de l'observation

6-1- : La conduite de l'observation de notre recherche :

Dans notre étude, on a effectué une observation directe avec une grille, dans le but de repérer les comportements, décrire les composantes des situations et d'étudier ces dernières de l'extérieur.

Au départ, on s'est déplacé vers les salles de classes de notre cas durant les séances d'étude et avec la présence de leurs enseignants. Donc, on s'est installé à la dernière table de la salle dans le but de cerner la situation de l'extérieur ; dont la dynamique des processus sont à découvrir.

Par ailleurs, durant la période de la récréation, on a adopté la même attitude mais avec un certain rapprochement aux sujets d'étude. Dans la cour, on s'installe dans un coin et observer de loin les conduites, les réactions et les aptitudes des élèves dans leurs contexte individuel et collectif.

A la cantine pendant le repas de midi et dans le but d'effectuer des observations sur les capacités de soumise à l'organisation.

La méthode d'observation permet de prêter attention au comportement de l'hyperactivité dans tous ses caractéristiques, l'impulsivité, l'inattention, en interaction, afin de rechercher le sens du symptôme. Elle est un outil qui peut rapporter des résultats plus fiable dans la recherche.

6-2 La conduite de passation de l'échelle de corners pour les enseignants :

L'administration de l'échelle était effectuée dans les salles de classe, après la phase d'observation et avec des éclaircissements qu'on a donnés aux enseignants participants sur la manière de répondre.

6-3 Les difficultés rencontrées :

Durant notre recherche, on s'est fréquentés à la difficulté d'utiliser le questionnaire destinée aux parents pour évaluer leurs comportements à la maison et les relier aux comportements à l'école, afin de les comparer avec les résultats scolaires obtenus, à cause de la non disponibilité des moyennes pour notre déplacement vers les maisons des sujet d'étude, d'une part et d'autre part, la non compréhension de certains parents, qui nient pratiquement le trouble de leurs enfants.

Conclusion :

Pour conclure, il est important de souligner que chaque travail scientifique exige une démarche, une méthode et aussi des outils de vérification bien déterminés afin d'arriver à l'objectif inspiré.

Chapitre IV

Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

1-Présentation du cas :

Cas N°1 :AM.

AM est une fille âgé de six ans, la deuxième d'une fratrie de trois enfants, une sœur et un frère plus âgée des deux un lycien, son père est psychologue travail dans une polyclinique, sa mère enseigne dans une crèche dans une école publique, la famille de AM est une famille cultivé son niveaux social est moyen, la scolarité de AM depuis la classe préscolaire étai normal pas des difficultés au niveau cognitif, son état de santé est normale elle ne souffre d'aucun trouble particulier.

2-La grille de l'observation :

Comportement	jamais	Un peu	moyen	souvent
Bouge en classe.				•
Balance les jambes et remues les mains.				•
Ce déplace de sa chaise.				•
Joue avec ses affaires.				•
Distraît.				•
Interrompt ses camarades.			•	
Perturbe l'enseignant.				•
Fait du bruit pendant le cours.				•
S'excite facilement à un événement.				•
Oublie ses affaires de classe.			•	
Ne termine pas ses taches		•		

Chapitre IV : Présentation et discussion des résultats

demander par l'enseignant.				
Marque de l'obstination à demander ou à faire quelque chose.	•			
Fait le malin, est tendance à mentir, et a nié ses actes.	•			
Souvent inattentif.		•		
A des réactions négatif en cours et ailleurs.	•			
Joue et cour pendant la récréation.				•
Présente de l'agressivité.	•			
Meneur de groupe et coopère avec ses camarades.			•	
Peut être un danger pour lui même.	•			
Se tien tranquille a la cantine.	•			
Ne fini pas son assiette.				•
Se précipite souvent a sortir de restau.				•
Courir a l'entré et a la sortie de la cantine.				•
Grossie et manque de délicatesse.	•			
Tout le monde réclame de ses attitudes.	•			

3-Analyse de la grille :

AM fait partie de la classe de première année, durant les sciences de l'observation, elle présente des caractéristiques d'une fille très agitée, vu la grille de l'observation, est tout le temps désintéressé par le cours, attirée par les jeux, perturbe aussi ses camarades en classe, pendant la période de la récréation, elle est tout le temps en mouvement elle ne présente pas un caractère agressivité plutôt un bon joueur et coopèrent. A la cantine même s'elle bouge beaucoup pour son âge elle est plutôt intégrée dans le groupe.

En classe la fille AM présente des difficultés d'apprentissages, et des troubles de l'attention, elle arrive à suivre pour un moment à la demande de l'enseignant mais a tendance à replantera dans ses habitudes (désintéressement, jeux, et parlé pendant le cours), cela explique que les résultats scolaires qu'elle a obtenu reviens aux efforts de son entourage. Pour le cas d'AM la grille de l'observation montre qu'elle est une fille hyperactive et présente des troubles de l'attention.

4-Présentation des résultats de l'échelle de l'hyperactivité de conners :

N° d'item	Items	Cotation
01	Agité, se tortille sur sa chaise	3
05	Crises de colère et conduites imprévisibles	0
07	Distract ou attention fluctuante	3
08	Perturbe les autres	1
10	Fait la moue et boude	0

Chapitre IV : Présentation et discussion des résultats

11	Humeur changeant rapidement et de façon marquée	2
14	Agité, toujours en train d'aller à droite et à gauche	3
15	S'excite facilement, impulsif	2
21	Difficultés à terminer ce qu'il commence	3
26	S'énerve facilement quand il doit faire un effort	0
Score		1,7

5-Analyse des résultats de l'échelle de conners :

L'échelle fut administrée à l'enseignante de AM La passation était faite facilement mais après des éclaircissements avant de répondre à chacun des items administrés.

La présence d'une hyperactivité chez AM avec un score de **1,7**, le score le plus élevé est donné aux items N°1-7-14 et 21 qui montrent une présence massive de l'agitation et d'inattention.

Selon l'analyse de la grille et les résultats obtenus de l'échelle de conners, on a déduit que la fille AM manifeste le trouble de l'hyperactivité et des déficits d'attention, ce qui influe sur son rendement scolaire.

1-Présentation du cas :

Cas N°2 : FZ

FZ est un garçon âgé de sept ans, il est l'inné de sa famille une fratrie de trois garçons le moins jeune est dans une crèche et le dernier est un nouveau-née, sa mère est une femme au foyer, son père travail dans le commerce à son propre compte, le cas de FZ, an se qui concerne sa scolarité a des difficultés depuis le début, il a refait l'année première d'une moyenne très faible, il a des difficultés scolaires, c'est un enfant qui souffre du sur poids.

2-Grille d'observation:

Comportement	jamais	Un peu	moyen	souvent
Bouge en classe.				•
Balance les jambes et remues les mains.				•
Ce déplace de sa chaise.				•
Joue avec ses affaires.				•
Distrain.				•
Interrompt ses camarades.				•
Perturbe l'enseignant.				•
Fait du bruit pendant le cours.			•	
S'excite facilement à un événement.				•
Oublie ses affaires de classe.			•	
Ne termine pas ses taches				•

Chapitre IV : Présentation et discussion des résultats

demander par l'enseignant.				
Marque de l'obstination à demander ou à faire quelque chose.	•			
Fait le malin, est tendance à mentir, et a nié ses actes.				•
Souvent inattentif.				•
A des réactions négatif en cours et ailleurs.				•
Joue et cour pendant la récréation.				•
Présente de l'agressivité.	•			
Meneur de groupe et coopère avec ses camarades.		•		
Peut être un danger pour lui même.	•			
Se tien tranquille a la cantine.		•		
Ne fini pas son assiette.	•			
Se précipite souvent a sortir de restau.	•			
Courir a l'entré et a la sortie de la cantine.				•
Grossie et manque de délicatesse.	•			
Tout le monde réclame de ses attitudes.			•	

3-analyse de la grille :

FZ, depuis notre entrée dans la classe contrairement aux autres notre présence ne le complexe pas, et durant les sciences de l'observation son comportement n'a pas changé, malgré son poids (un enfant obèse) cela n'a pas été un obstacle ou bien handicapé pour lui, tout le temps entraîné de bouger sur sa chaise d'allée droite et à gauche, de fouiller dans ses affaires et de jouer avec, et avec ses camarades, timide très sensible aussi aux critiques, tout le temps ailleurs.

Les affaires de FZ sont mal rangées, oublie ses affaires, sans oublier qu'il a refait l'année, et son attitude dans la classe n'a pas changé, il aime tant le jeu, et surtout prendre tout ce qui lui passe sous les yeux, malgré que son enseignant lui a fait changer la place et à plusieurs reprises, le résultat reste le même.

Son comportement est le même à la cour aussi au restaurant, bouger. L'échec scolaire sera probablement le résultat. Donc FZ selon l'observation est un enfant hyperactif et inattentif, ne présente pas d'agressivité, ni de danger ni pour lui ni pour les autres.

4-Présentation des résultats de l'échelle de l'hyperactivité de Conners :

N° d'item	Items	cotation
01	Agité, se tortille sur sa chaise	3
05	Crises de colère et conduites imprévisibles	0
07	Distrait ou attention fluctuante	3
08	Perturbe les autres	1

Chapitre IV : Présentation et discussion des résultats

10	Fait la moue et boude	0
11	Humeur changeant rapidement et de façon marquée	0
14	Agité, toujours en train d'aller à droite et à gauche	2
15	S'excite facilement, impulsif	2
21	Difficultés à terminer ce qu'il commence	3
26	S'énerve facilement quand il doit faire un effort	0
Score		1,4

5-Analyse des résultats de l'échelle de conners :

L'avoir de consentement libre de l'enseignante de cas FZ à propos de notre objectif et aussi de type de notre travail, nous a permis d'entamer la phase de passation de l'échelle qui était impliqué par notamment des explications concernant le sens des items en cas d'ambiguïté et ainsi la façon de répondre.

L'analyse des résultats de l'échelle de conners, infirme la présence d'hyperactivité avec un score total de 1,4 inférieur à l'énorme, mais indique la présence de d'inattention-passivité chez FZ et qui est confirmé d'après les résultats de l'échelle en général, et en particulier les items N°7, 18, 21, 22, 28 avec des indicateurs d'impulsivité qui étaient mentionnés par l'enseignante dans les items N°1, 14, 15 ,16.

Selon l'analyse de l'observation et des résultats obtenu par l'échelle de conners pour les enseignant on a constaté que FZ présente des trait de l'hyperactivité comme l'agitation mais il est encor plus un enfant inattentif chose qui a influx sur son rendement scolaire et trouble de l'apprentissage.

1-Présentation du cas :

Cas N°3 SA :

SA est un garçon âgé de sept ans, il est l'innée d'une fratrie de trois enfants dont la premier est au même niveau que lui mais pas dans la même classe que lui, la deuxième est dans la classe premier, sa mère est une femme au foyer son père est un fonctionnaire, SA ne représente aucun trouble de santé c'est un enfant plutôt dynamique.

2-grille de l'observation :

Comportement	jamais	Un peu	Moyen	souvent
Bouge en classe.				•
Balance les jambes et remues les mains.				•
Ce déplace de sa chaise.				•
Joue avec ses affaires.				•
Distraire.		•		
Interrompt ses camarades.		•		•
Perturbe l'enseignant.				
Fait du bruit pendant le cours.			•	
S'excite facilement à un événement.				•
Oublie ses affaires de classe.				•
Ne termine pas ses taches demander par l'enseignant.	•			
Marque de l'obstination à				•

Chapitre IV : Présentation et discussion des résultats

demander ou à faire quelque chose.				
Fait le malin, est tendance à mentir, et a nié ses actes.				•
Souvent inattentif.	•			
A des réactions négatif en cours et ailleurs.			•	
Joue et cour pendant la récréation.				•
Présente de l'agressivité.			•	
Meneur de groupe et coopère avec ses camarades.				•
Peut être un danger pour lui même.	•			
Se tien tranquille a la cantine.				•
Ne fini pas son assiette.			•	
Se précipite souvent a sortir de restau.				•
Courir a l'entré et a la sortie de la cantine.				•
Grossie et manque de délicatesse.				•
Tout le monde réclame de ses attitudes.				•

3-Analyse de la grille de l'observation

SA un élève de la deuxième année, vu ses résultats c'est un modèle très doué, le second en classe et selon son enseignante il peut faire mieux,

Chapitre IV : Présentation et discussion des résultats

il est très agité, il n'arrête pas de bouger de se tourné et de se contourné ver ses camarade, son cahier est bien ranger bonne et claire écriture très lisible pour son niveaux, attentif ne présente pas des difficultés d'apprentissage, présente des traits de l'hyperactivité, comme l'agitation, parle pendant le cours, joue, cour, fait le malin, boude, très obstiné a ce qu'il demande, n'attend pas son tour et attire l'attention de son enseignant.

Le garçon SA, a le même caractère pendant la récréation, il est à ajouter qu'il est agressive et bagarreur, et tous ses camarade réclame de son comportement, il est aussi grossier sur tous avec ses camarades. Et il est très mature pour son âge.

Donc pour lui on a observé que c'est un élève hyperactif, et impulsif il n'applique pas toujours tous se que on lui dit on classe, tendance a insisté, et a répété sa demande jusqu'à ce que on lui permet.

4-Présentation des résultats de l'échelle de l'hyperactivité de conners

N° d'item	Items	cotation
01	Agité, se tortille sur sa chaise	2
05	Crises de colère et conduites imprévisibles	2
07	Distrait ou attention fluctuante	0
08	Perturbe les autres	2
10	Fait la moue et boude	2
11	Humeur changeant rapidement et de façon marquée	2
14	Agité, toujours en train d'aller à droite et à gauche	2
15	S'excite facilement, impulsif	1

Chapitre IV : Présentation et discussion des résultats

21	Difficultés à terminer ce qu'il commence	2
26	S'énervé facilement quand il doit faire un effort	2
Score		1,7

5-Analyse des résultats de l'échelle de conners :

L'échelle fut administré à l'enseignante de S.A. elle était attentive en ce qui concerne les réponses et très coopérative avec nous durant toute notre démarche du travail.

La présence de l'hyperactivité chez S.A. avec un score totale de 1,7, des difficultés de comportement selon les items N° 4, 5, 10, 11,12, la présence des signes d'inattention-passivité indiqué dans les énoncés N°18 qui renvoie à la passivité N°21,26 qui renvoient à des difficultés de fixation.

D'après l'analyse de la grille de l'observation et des résultats de l'échelle, SA présente le trouble de l'hyperactivité et l'impulsivité.

1-Présentation du cas:

Cas N°3 : SM

SM c'est un enfant de 07 ans et demi du sexe masculin, élève de 2^{ème} année primaire .Il est le deuxième d'une fratrie de 03 enfants ; une sœur bachelière et l'autre plus petite que S.M.

Ses parents sont en cours de divorce ; le père est un policier la mère travaille comme administrative dans une usine.

S.M. mène une scolarité normale, il est décrit par son enseignante comme élève capable participant mais trop agité.

2-Grille de l'observation:SM 4

Comportement	jamais	Un peu	Moyen	souvent
Bouge en classe.				•
Balance les jambes et remues les mains.				•
Ce déplace de sa chaise.			•	
Joue avec ses affaires.				•
Distrait.			•	
Interrompt ses camarades.				•
Perturbe l'enseignant.				•
Fait du bruit pendant le cours.				•
S'excite facilement à un événement.				•
Oublie ses affaires de classe.			•	

Chapitre IV : Présentation et discussion des résultats

Ne termine pas ses taches demander par l'enseignant.		•		
Marque de l'obstination à demander ou à faire quelque chose.		•		
Fait le malin, est tendance à mentir, et a nié ses actes.				•
Souvent inattentif.			•	
A des réactions négatif en cours et ailleurs.				•
Joue et cour pendant la récréation.				•
Présente de l'agressivité.				•
Meneur de groupe et coopère avec ses camarades.				•
Peut être un danger pour lui même.				•
Se tien tranquille a la cantine.	•			
Ne fini pas son assiette.			•	
Se précipite souvent a sortir de restau.				•
Courir a l'entré et a la sortie de la cantine.				•
Grossie et manque de délicatesse.				•
Tout le monde réclame de ses attitudes.				•

3-l'analyse de la grille :

Un enfant très actif, durant les sciences de cours il s'amuse (il fabrique des jouées en papier), déchire son cahier, SM ne termine jamais ce qu'il a commencé à temps, semble être très négligent.

Très perturbateur, par exemple le temps de penser à un travail demandé par sa maîtresse, SM préfère fermer son cahier et jouer avec ses camarades de l'autre rang, semble ne pas respecter les règles, et consigne dans la classe, on peut dire qu'il est attentif au cours, il a un côté mature et étamure à la fois.

SM est un enfant agressif, parce qu'il a de l'influence sur ses camarades de classe et aussi sur ses camarades d'autre classe même avec les plus âgées. Il est à noter que la classe de SM est la classe la plus perturbatrice de tous l'établissement.

Son caractère dans la cour et à la cantine reste la même, on a remarqué sur ce gamin un caractère d'autorité, il peut devenir une personnalité dominante.

Donc SM vu les données de la grille d'observation, est un enfant hyperactif car il bouge trop il n'écoute pas l'enseignante, impulsif et une légère forme d'intensivité, et sur tout de l'agressivité et le résultat de SM revient avant tous aux efflores de la maîtresse qui maîtrise tous les membres de la classe.

**4-Présentation des résultats de l'échelle de l'hyperactivité de
conners :**

N° d'item	Items	cotation
01	Agité, se tortille sur sa chaise	2
05	Crises de colère et conduites imprévisibles	2
07	Distract ou attention fluctuante	2
08	Perturbe les autres	2
10	Fait la moue et boude	0
11	Humeur changeant rapidement et de façon marquée	1
14	Agité, toujours en train d'aller à droite et à gauche	2
15	S'excite facilement, impulsif	2
21	Difficultés à terminer ce qu'il commence	2
26	S'énerve facilement quand il doit faire un effort	0
Score		1,5

5-Analyse des résultats de l'échelle de conners :

L'échelle fut administré à l'enseignante de SM elle était très souple avec nous durant toute notre recherche et encours précieuse durant la réalisation de l'échelle.

La présence de l'hyperactivité chez SM avec un score total de 1,5, présence des difficultés de comportement à propos des énoncés N°4,5, la présence d'impulsivité indiquée dans les items N°1, 2, 8, 14,15, présence des signes d'inattention-passivité indiquée dans les items N°7, 20 ,21.

Selon l'observation et les résultats de l'échelle de conners administré a l'enseignant de SM, on a constaté la présence des traits du trouble de

Chapitre IV : Présentation et discussion des résultats

l'hyperactivité chez notre cas en particulier la présence de l'impulsivité et l'inattention.

1-Présentation du cas :

Cas N°4 : RN

R.N. s'agit d'une fille de 07 ans et demie, élève en 2^{ème} année primaire, sa jumelle est inscrite avec elle dans la même classe et son frère qui est le plus petit, âgé de 4 ans.

Son père travail et Sa mère; semble d'être incompréhensive à propos des résultats insatisfaisantes de ses deux filles, est une femme au foyer.

2-Grille de l'observation:

Comportement	jamais	Un peu	moyen	souvent
Bouge en classe.				•
Balance les jambes et remues les mains.				•
Ce déplace de sa chaise.				•
Joue avec ses affaires.				•
Distrait.				•
Interrompt ses camarades.				•
Perturbe l'enseignant.				•
Fait du bruit pendant le cours.				•
S'excite facilement à un événement.				•
Oublie ses affaires de classe.				•
Ne termine pas ses taches demander par l'enseignant.	•			
Marque de l'obstination à		•		

Chapitre IV : Présentation et discussion des résultats

demander ou à faire quelque chose.				
Fait le malin, est tendance à mentir, et a nié ses actes.			•	
Souvent inattentif.			•	
A des réactions négatif en cours et ailleurs.	•			
Joue et cour pendant la récréation.		•		
Présente de l'agressivité.	•			
Meneur de groupe et coopère avec ses camarades.		•		
Peut être un danger pour lui même.	•			
Se tien tranquille a la cantine.		•		
Ne fini pas son assiette.				•
Se précipite souvent a sortir de restau.				•
Courir a l'entré et a la sortie de la cantine.				•
Grossie et manque de délicatesse.		•		
Tout le monde réclame de ses attitudes.			•	

3-L'analyse de la grille :

RN est une sœur jumelle, avec sa sœur dans la même classe, selon leur enseignante RN est hyperactive et son caractère augmente de plus en plus à l'inverse de sa sœur qui devient plus mature avec l'âge.

RN une très jolie fille qui a un cursus scolaire inférieur à sa sœur, obtenu par le suivi de ses parents et les efforts faites par sa maîtresse. En ce qui concerne les résultats de l'observation c'est la fille la plus hyperactive de notre échantillon, elle appartient à la deuxième classe de la 2^{ème} année, elle est très agitée, elle parle durant le cours, intéressée à ce qui se passe à l'extérieur, inattentif.

Ce cas contrairement aux autres elle est très timide, elle peut manifester des pleurs à la moindre critique, très sensible, elle contrôle son comportement pour ne pas commettre de fautes, RN est très maline. On a remarqué des troubles de langage et de l'écriture, tellement elle se précipite à finir elle oublie des lettres qui constituent le mot. Son cahier est désordonné et même déchiré, difficulté d'apprentissage, elle boude et pleure lorsque elle se trouve incapable de résoudre un problème.

Donc RN est hyperactive, inattentive et impulsive, des troubles de l'apprentissage, elle ne présente aucun signe de l'agressivité, elle n'a pas confiance en elle, chose observée pendant notre sciences de l'observation, car on a observé cette classe plus que trois fois.

4-Présentation des résultats de l'échelle de l'hyperactivité de conners :

N° d'item	Items	cotation
01	Agité, se tortille sur sa chaise	3
05	Crises de colère et conduites imprévisibles	2
07	Distrait ou attention fluctuante	1
08	Perturbe les autres	2
10	Fait la moue et boude	0
11	Humeur changeant rapidement et de façon marquée	2
14	Agité, toujours en train d'aller à droite et à gauche	3
15	S'excite facilement, impulsif	3
21	Difficultés à terminer ce qu'il commence	2
26	S'énerve facilement quand il doit faire un effort	2
Score		2

5-analyse des résultats de l'échelle de conners :

L'échelle fut administrée à l'enseignante de cas RN elle était consciente à propos de l'objectif de notre recherche, coopérative avec nous et attentive lors de la notification.

l'échelle de conners nous a montré la présence du l'hyperactivité chez RN qui est confirmé par un score total de **2**, l'impulsivité et la présence d'inattention selon les scores donnés aux items N°20, 21, 22, 26,28.

Selon les résultats obtenus par la grille de l'observation et de l'échelle, on peut résumer que le cas et un sujet hyperactive inattentive chose qui a de l'impacte sur sa scolarité.

1-Présentation du cas :

Cas N°6 : MH

MH, est un garçon de troisième année, âgé de 8 ans c'est fils unique après une grossesse longuement attendu par sa famille après quatre ans de mariage, sa mère est une femme au foyer souffre d'un trouble de santé fut hospitalisé durant la première année scolaire de MH, son père travaille comme fonctionnaire, en ce qui concerne son état de santé, il souffre de l'énurésie.

2-Grille de l'observation:

Comportement	jamais	Un peu	moyen	souvent
Bouge en classe.				•
Balancé les jambes et remue les mains.				•
Ce déplace de sa chaise.			•	
Joue avec ses affaires.				•
Distract.				•
Interrompt ses camarades.				•
Perturbe l'enseignant.				•
Fait du bruit pendant le cours.				•
S'excite facilement à un événement.				•
Oublie ses affaires de classe.				
Ne termine pas ses tâches demandées par l'enseignant.				•

Chapitre IV : Présentation et discussion des résultats

Marque de l'obstination à demander ou à faire quelque chose.	•			
Fait le malin, est tendance à mentir, et a nié ses actes.				•
Souvent inattentif.				•
A des réactions négatif en cours et ailleurs.				•
Joue et cour pendant la récréation.				•
Présente de l'agressivité.				
Meneur de groupe et coopère avec ses camarades.			•	
Peut être un danger pour lui même.				•
Se tien tranquille a la cantine.			•	
Ne fini pas son assiette.			•	
Se précipite souvent a sortir de restau.				•
Courir a l'entré et a la sortie de la cantine.				•
Grossie et manque de délicatesse.				•
Tout le monde réclame de ses attitudes.				•

3-Analyse de la grille :

Chapitre IV : Présentation et discussion des résultats

Ce cas est hyperactif, tout le temps ailleurs, demande l'attention de son enseignant, il présente des difficultés de l'écriture et de lectures, désordonné, semble négliger par sa mère, coté propreté. Il ne fini jamais se que il a commencé, oublie ses affaires ou bien il fait semblant pour énervé son enseignant, très malin.

MH bouge trop durent le cours, pendant que ses camarades li ou bien coupiez du tableau la leçon lui il jouée, parlée et même il se bagarre avec son camarade, très sensible a la critique.

Dés notre entré dans la sale et même ailleurs MH, n'arrête pas de nous regardée, un enfant conscient sur tous ce qui ce passe au tour de lui, timide aussi. Il à des caractères d'un enfant agressive, il est bagarreur, un caractère changeant de l'humeur.

Il fait semblant pour attiré l'attention de son enseignante, il n'applique jamais se qu'elle lui dit, il ne range jamais son écriture, il écrit très mal et illisiblement, li très mal, oublie, et égare très souvent ses affaires. Il fait des fugues de la classe et il ne rentre pas à temps.

Donc pour ce cas il est hyperactive, inattentif et impulsif un enfant qui ne fait pas son âge.

4-Présentation des résultats de l'échelle de conners :

N° d'item	Items	cotation
01	Agité, se tortille sur sa chaise	2
05	Crises de colère et conduites imprévisibles	0
07	Distrait ou attention fluctuante	2
08	Perturbe les autres	2
10	Fait la moue et boude	2
11	Humeur changeant rapidement et de façon	1

Chapitre IV : Présentation et discussion des résultats

	marquée	
14	Agité, toujours en train d'aller à droite et à gauche	2
15	S'excite facilement, impulsif	2
21	Difficultés à terminer ce qu'il commence	2
26	S'énerve facilement quand il doit faire un effort	1
Score		1,6

5-Analyse des résultats de l'échelle de conners :

L'échelle fut administré à l'enseignante de M.H. elle était attentive, coopérative avec nous durant toute notre démarche de travail et notamment durant les séances d'observations et d'administration de l'échelle.

L'analyse de l'échelle de conners indique le score total de l'échelle (1,6) renvoie à la présence de l'hyperactivité chez MH, manifestation des signes d'impulsivité indiquée selon les tems N°1, 8, 14, 15, 16, la présence massive d'inattention-passivité signalés dans les items N°7, 18, 20, 21, 22, 28.

On a constaté pour ce cas par les deux outils la présence du trouble de l'hyperactivité, l'impulsivité et le trouble de l'attention.

1-présentation du cas :

Cas N°7 : AN

Il s'agit de AI garçon âgé de 09 ans, élève de 4^{ème} année primaire, il est le dernier d'une fratrie de trois enfants, le plus grand entre eux est un policier, sa mère est une femme au foyer son père est un fonctionnaire. Un enfant de forte taille, ne présente aucun trouble de santé. Il est décrit par son enseignante comme enfant brouillant, Il chante et tape sur la table, fait rire ses camarades en pleine cour.

2-Grille de l'observation:

Comportement	jamais	Un peu	Moyen	souvent
Bouge en classe.				•
Balance les jambes et remues les mains.				•
Ce déplace de sa chaise.	•			
Joue avec ses affaires.				•
Distrain.				•
Interrompt ses camarades.				•
Perturbe l'enseignant.				•
Fait du bruit pendant le cours.				•
S'excite facilement à un événement.				•
Oublie ses affaires de classe.				•
Ne termine pas ses taches demander par l'enseignant.				•

Chapitre IV : Présentation et discussion des résultats

Marque de l'obstination à demander ou à faire quelque chose.	•			
Fait le malin, est tendance à mentir, et a nié ses actes.				•
Souvent inattentif.				•
A des réactions négatif en cours et ailleurs.				•
Joue et cour pendant la récréation.				•
Présente de l'agressivité.				•
Meneur de groupe et coopère avec ses camarades.				•
Peut être un danger pour lui même.				•
Se tien tranquille a la cantine.				•
Ne fini pas son assiette.	•			
Se précipite souvent a sortir de restau.		•		
Courir a l'entré et a la sortie de la cantine.				•
Grossie et manque de délicatesse.				•
Tout le monde réclame de ses attitudes.				•

3-Analyse de la grille

Le cas de AI est un cas un peut déferent des autres membres de notre échenillent un enfant de la quatrième année, souvent en mouvement même dans la classe, il n'arrête pas de tourné verre ses amies et de parlé pendant que le professeur explique la leçon, il ne prête pas attention au cours ne fait pas ses exercices, dés son entré dans la classe on observe chez lui des tarasse de transpiration et de rougeur chose qui explique que pendant la récréation AI été en mouvement.

Pendant le cours il tape sur la table et chante, le cours ne l'intéresse pas, il perturbe se camarade, et déconcentré son enseignant.

On a remarqué que AI a un regard très inquiétant ses enseignant, on peur de lui, il est agressive aussi, il a le corps fore pour son âge.

Donc pour ce cas qui représente des très de l'hyperactivité a de façon très remarquable des troubles de l'attention et un comportement impulsif et très agressif, il n'écoute jamais a se que on lui dit, il ne respecte pas les règles de l'école, très perturbateur, néglige se cours, tous ça explique bien que ce cas va subir un échec scolaire.

4-L'Analyse des données de l'observation :

N° d'item	Items	cotation
01	Agité, se tortille sur sa chaise	2
05	Crises de colère et conduites imprévisibles	0
07	Distrait ou attention fluctuante	2
08	Perturbe les autres	2
10	Fait la moue et boude	1

Chapitre IV : Présentation et discussion des résultats

11	Humeur changeant rapidement et de façon marquée	0
14	Agité, toujours en train d'aller à droite et à gauche	1
15	S'excite facilement, impulsif	2
21	Difficultés à terminer ce qu'il commence	1
26	S'énerve facilement quand il doit faire un effort	0
Score		1,1

5-Analyse des résultats de l'échelle de conners :

L'échelle fut administrée à l'enseignante de AI après des explications en ce qui concerne l'objectif et la manière de répondre, et aussi des éclaircissements en cas d'ambiguïtés ou de nécessité.

La présence d'hyperactivité chez AI avec un score de 1,1 inférieure à la norme, mais indique la manifestation des signes d'impulsivité marqués par, perturbations et excitation facile, avec la présence des signes d'inattention mentionnés dans les items N°7, 9, 22, 28.

Après l'analyse de l'observation et les résultats de l'échelle de conners on a constaté que ce cas souffre du trouble de l'attention beaucoup plus ce qui a influencé sur sa scolarité.

1-présentation du cas :

Cas N°8 : KR

AK, fille âgée de 11ans, élève de 4^{ème} année, dans la même classe que AI, elle est une fille unique, ses parent ont divorcé, elle vie avec son père chez son oncle, il souffre des troubles de l'addiction, sa mère est une femme au foyer. AK a des résultats scolaires très faibles, elle a refait l'année précédente, en ce qui concerne sa santé, elle est une fille maigre ne présente aucun trouble organique plutôt très actif.

2-grille de l'observation:

comportement	jamais	Un peu	Moyen	souvent
Bouge en classe.				•
Balancelles jambes et remues les mains.				•
Ce déplace de sa chaise.				•
Joue avec ses affaires.				•
Distract.				•
Interrompt ses camarades.				•
Perturbe l'enseignant.			•	
Fait du bruit pendant le cours.			•	
S'excite facilement à un événement.				•
Oublie ses affaires de classe.				•
Ne termine pas ses tâches demandées par l'enseignant.				•

Chapitre IV : Présentation et discussion des résultats

Marque de l'obstination à demander ou à faire quelque chose.			•	
Fait le malin, est tendance à mentir, et a nié ses actes.				•
Souvent inattentif.				•
A des réactions négatif en cours et ailleurs.				•
Joue et cour pendant la récréation.				•
Présente de l'agressivité.				•
Meneur de groupe et coopère avec ses camarades.				•
Peut être un danger pour lui même.				•
Se tien tranquille a la cantine.	•			
Ne fini pas son assiette.				•
Se précipite souvent a sortir de restau.				•
Courir a l'entré et a la sortie de la cantine.				•
Grossie et manque de délicatesse.				•
Tout le monde réclame de ses attitudes.				•

3-analyse de la grille :

Dès notre entrée dans la classe de KM son comportement nous a fortement attiré, une fille n'arrête pas de bouger et de se mettre en mouvement, elle se délace de sa chaise, assis seul, l'enseignant nous a expliqué qu'elle perturbé les autres, et elle n'arrêté pas de parlé.

Ce cas est très unique aussi par sa situation, vu son cursus scolaire elle ne pourra pas aller plus loin dans ces études, l'échec scolaire sera le résultat.

KM est une fille qui présente un comportement l'hyperactif et des troubles de attention, et impulsive, on a observé qu'elle bouge très souvent en classe, elle parle pendant que l'enseignant explique le cours, elle ne participe jamais, elle a onze ans mais elle aime le jeu et joué même avec des enfants plus jeune qu'elle, n'néglige très souvent ses cours, oublie ses affaires, apparait très désintéressé par les études, elle a des capacités de l'apprentissages.

Cette fille se bagarre beaucoup même avec les garçons, elle provoque les autres dans la classe et au cours, grossière, elle rigole à tous moments, on a observé qu'elle peut se mettre au danger, le moindre bruit ou situation peut l'exciter, si on lui demande de rester stable et de suivre elle va se mettre à rire, elle suit pour un petit moment puis elle replonge dans ses habitudes, elle n'écoute pas.

On peut conclure pour ce cas, qu'elle est une fille hyperactive, inattentive et impulsive avec des traits de l'agressivité, des troubles de l'écriture et de lectures incapacité à suivre au tableau pour un petit moment.

4-présentation des résultats de l'échelle de conners :

N° d'item	Items	Cotation
01	Agité, se tortille sur sa chaise	3
05	Crises de colère et conduites imprévisibles	1
07	Distract ou attention fluctuante	2
08	Perturbe les autres	3
10	Fait la moue et boude	1
11	Humeur changeant rapidement et de façon marquée	2
14	Agité, toujours en train d'aller à droite et à gauche	3
15	S'excite facilement, impulsif	3
21	Difficultés à terminer ce qu'il commence	1
26	S'énerve facilement quand il doit faire un effort	0
Score		1,9

5-analyse des résultats de l'échelle de conners :

Avant l'administration de l'échelle à l'enseignante de KR on a fait expliquer le but et la démarche de notre travail on générale et aussi de échelle en particulier.

L'échelle indique la présence de l'hyperactivité chez KR avec un score totale de 1,9, manifestation d'impulsivité, la présence des signes qui renvoient à des difficultés de comportement, une sorte d'agressivité et de changement rapide de l'humeur de façon marquée.

A partir des résultats obtenu par l'observation et l'échelle de conners, KR fut un sujet hyperactive, impulsive et souffre de trouble de l'attention, chose qui explique ses résultats scolaire qui va engendrer l'échec scolaire.

1-présentation du cas :

Cas N°8: CHD

CHD est un élève de la classe cinquième, âgée de 10 ans, il est l'inné d'une fratrie de deux, une sœur encore nourrissante, sa mère travail comme fonctionnaire administratif, le père aussi. CHD pratique du sport, il ne présente pas des trouble organique, il avait au par avant des difficultés scolaire mais il a réussie a les dépassé.

2-grille de l'observation:

Comportement	jamais	Un peu	moyen	Souvent
Bouge en classe.				•
Balance les jambes et remues les mains.				•
Ce déplace de sa chaise.				•
Joue avec ses affaires.				•
Distraire.		•		
Interrompt ses camarades.		•		
Perturbe l'enseignant.			•	
Fait du bruit pendant le cours.		•		
S'excite facilement à un événement.				•
Oublie ses affaires de classe.				•
Ne termine pas ses taches demander par l'enseignant.		•		
Marque de l'obstination à				•

Chapitre IV : Présentation et discussion des résultats

demander ou à faire quelque chose.				
Fait le malin, est tendance à mentir, et a nié ses actes.				•
Souvent inattentif.				
A des réactions négatif en cours et ailleurs.			•	
Joue et cour pendant la récréation.				•
Présente de l'agressivité.	•			
Meneur de groupe et coopère avec ses camarades.				•
Peut être un danger pour lui même.	•			
Se tien tranquille a la cantine.		•		
Ne fini pas son assiette.		•		
Se précipite souvent a sortir de restau.			•	
Courir a l'entré et a la sortie de la cantine.			•	
Grossie et manque de délicatesse.	•			
Tout le monde réclame de ses attitudes.	•			

3-analyse de la grille :

Pour ce cas de la cinquième année, on a observé quelques traits de l'hyperactivité comme la grille le montre, bouge en classe remue les jambes et les mains, perturbateur, n'attend pas son tour, contre dit son enseignant suggère des réponses, répand a la place des autre, et a la place de son enseignant.

CHD, a tendance à faire la tête et boude, très sensible au critique a des difficultés du langage (bégaiements), il termine vite son travail pour joué avec ses affaire (fabrique des joués) des signes d'immatunité son présentes chez lui.

Il nié ses fautes est culpabilise les autre on disant que son résultat revient a la compétence des enseignant, on a observée son cahier de bulletin de note cette année CHD présente des améliorations.

Trouble de l'attention, demande des forts de son enseignant à le poursuivre, attire son attention, on ce qui concerne les maths c'est un très bon élève par rapport aux autres matières. On a observé devant nous un enfant qui aime se faire entendre, il propose même des idées il n'aime pas qu'on l'ignore.

Donc pour ce cas, on a rassemblé des données de l'observation, qu'il s'agit bien d'un enfant impulsive vu son comportement négatif en classe et même dans la cour avec son enseignant et avec ses camarades aussi, des troubles de l'attention par foi qui le rend distrait de se concentré plus aux cours, qui demande de le faire expliquer plus qu'une foi.

Il a présente trouble du comportement de l'hyperactivité en ce qui concerne l'agitation, de ce délassé pendant le cours, de joué et même de

Chapitre IV : Présentation et discussion des résultats

parlé, l'absence d'autre signe comme faire du bruit, de perturber les autres, présentation d'une agitation excessive et bien d'autre signe, cela explique bien que CHD devient adulte.

4-présentation des résultats de l'échelle de conners :

N° d'item	Items	cotation
01	Agité, se tortille sur sa chaise	1
05	Crises de colère et conduites imprévisibles	1
07	Distract ou attention fluctuante	1
08	Perturbe les autres	0
10	Fait la moue et boude	1
11	Humeur changeant rapidement et de façon marquée	1
14	Agité, toujours en train d'aller à droite et à gauche	1
15	S'excite facilement, impulsif	2
21	Difficultés à terminer ce qu'il commence	1
26	S'énerve facilement quand il doit faire un effort	2
Score		1,1

5-analyse des résultats l'échelle de conners :

L'échelle fut administrée à l'enseignant de CHD Après bien-sûr des explications sur notre objectif en général et sur l'échelle en particulier .Il était attentif devant la cotation et même très coopérons avec nous.

Le résultat de l'échelle révèle la présence des traits du trouble de l'hyperactivité d'un score de 1,1 il au même temps indique la présence

Chapitre IV : Présentation et discussion des résultats

des signes qui renvoient à des difficultés de comportement. La présence aussi des signes d'impulsivité et des signes d'inattention.

D'après l'analyse de la grille et les résultats de l'échelle on constaté que l'enfant présente certains traits du trouble mais il n'est pas considéré comme hyperactive, mais de sérieuses difficulté de l'attention et aussi de l'impulsivité chose qui a peut être influencé sur ses résultats.

1-présentation du cas :

Cas N°10 : RD

RD âgée de dix ans il appartient a la même classe que CHD, il est d'origine de Tizi-Ouzou il abrite lui et sa famille dans la région a cause du travail de son père, il est gendarme, sa mère est une femme au foyer.

2-grille de l'observation:

Comportement	jamais	Un peu	moyen	souvent
Bouge en classe.				•
Balance les jambes et remues les mains.				•
Ce déplace de sa chaise.			•	
Joue avec ses affaires.			•	
Distrain.		•		
Interrompt ses camarades.			•	
Perturbe l'enseignant.				•
Fait du bruit pendant le cours.			•	
S'excite facilement à un événement.				•
Oublie ses affaires de classe.		•		
Ne termine pas ses taches demander par l'enseignant.	•			
Marque de l'obstination à demander ou à faire quelque chose.				•

Chapitre IV : Présentation et discussion des résultats

Fait le malin, est tendance à mentir, et a nié ses actes.				
Souvent inattentif.	•			
A des réactions négatif en cours et ailleurs.		•		
Joue et cour pendant la récréation.				
Présente de l'agressivité.		•		
Meneur de groupe et coopère avec ses camarades.				
Peut être un danger pour lui même.	•			
Se tien tranquille a la cantine.			•	
Ne fini pas son assiette.			•	
Se précipite souvent a sortir de restau.		•		
Courir a l'entré et a la sortie de la cantine.		•		
Grossie et manque de délicatesse.			•	
Tout le monde réclame de ses attitudes.			•	

3-analyse de la grille :

RD est de la même classe que CHD, un élève de la première table pendant le cours il reste concentré, est attentif, mais il bouge trop il n'arrête pas de tourné en arrière, de prendre les affaires de ses camarades.

Chapitre IV : Présentation et discussion des résultats

Il remue mes mains, et ses jambes, tous le temps en mouvement, perturbe ses amie, attiré aussi par ce qui ce passe a l'extérieur, est excité par le bruit, il aime être en groupe, participé avec ses camarade et joué.

Il est toujours a l'entête du groupe, parle souvent a la place des autre, et même de son professeur, même si la repense est fausse, il n'est pas timide, aime ce faire entendre et attire l'attention de l'enseignant. Insiste a subvenir a ses demandes même si on lui dit non, revient est demande une autre fois jusque a ce que on accepte.

Il n'aime pas passer après les autre, il réagie médiatement en disant pour quoi pas moi. Même s'ils ont une certaine liberté en classe RD a un comportement très remarquable.

A l'observation RD présente un comportement de l'hyperactivité, et pas de trouble de l'attention ni d'agressivité, mais de l'impulsivité vu son comportement de se faire remarqué et d'attirée l'attention de son enseignant, et de le contredire dans ses explications, pour lui pas signe de timidité, il a tendance a culpabilisé les autre et de nié ses erreurs.

4-présentation des résultats de l'échelle de conners

N° d'item	Items	Cotation
01	Agité, se tortille sur sa chaise	1
05	Crises de colère et conduites imprévisibles	0
07	Distract ou attention fluctuante	1
08	Perturbe les autres	0
10	Fait la moue et boude	1
11	Humeur changeant rapidement et de façon marquée	1

Chapitre IV : Présentation et discussion des résultats

14	Agité, toujours en train d'aller à droite et à gauche	1
15	S'excite facilement, impulsif	2
21	Difficultés à terminer ce qu'il commence	1
26	S'énervé facilement quand il doit faire un effort	0
Score		0,8

5-analyse des résultats de l'échelle de conners :

L'échelle fut administrée a l'enseignant de RD. Il était coopératif et facilement accepté de contribuer à notre recherche. Les résultats de l'échelle ont indiqué que notre cas ne présente pas un trouble de l'hyperactivité juste quelques traits comme l'excitation et l'agitation.

C'est aussi un enfant qui ne souffre pas des troubles de l'attention mais on a constaté le comportement de l'impulsivité.

Selon l'analyse de la grille de l'observation et les résultats obtenus par l'échelle de conners on peut dire que même si ce cas présente des signes du trouble chose observé pendant notre observation, il ne présente pas des difficultés scolaires.

Analyse générale des résultats :

L'étude est portée sur dix cas âgés de (6 à 11 ans) porte sur les deux sexes, ils appartiennent à la même école, souffrent du trouble de l'hyperactivité et de ses symptômes : l'agitation ou bien le comportement de l'hyperactivité, inattention et l'impulsivité.

On a pu constater que le trouble de l'hyperactivité a de l'influence négative sur le rendement scolaire des enfants et chez certains cet échec scolaire en particulier chez les sujets qui ont le trouble de l'attention, il est défini que le trouble de l'hyperactivité est un ensemble de comportement et de mouvement accompagné de l'agitation, ce comportement insignifiant va influencer sur l'attention de l'enfant à l'école chose qui va influencer sur sa capacité de l'apprentissage et puis sur son niveau scolaire.

L'observation s'est déroulée dans l'école de chaque, on observe le comportement des enfants pendant les trois moments de chaque jour c'est-à-dire dans la salle et pendant le cours, pendant le moment de récréation et en interaction avec les camarades et pendant la période de midi dans le réseau. La grille indique que les dix cas de notre population c'est des enfants qui souffrent du trouble de l'hyperactivité dans la majorité d'entre eux présente des troubles de l'attention qui nuisent à leurs études.

Les résultats obtenus par l'échelle de Conners administrée aux enseignants indique l'influence de l'hyperactivité sur la scolarisation chez la majorité des cas (ex: AM, RN, MH, et KR), les autres la présence de l'hyperactivité n'entraîne pas vraiment un problème sur leurs résultats scolaires, mais leur comportement perturbe l'encadrement de la classe (ex SA). D'après notre échantillon on a remarqué que le score élève est donné au cas du sexe féminin (ex: RN : Score 2, KR : Score 1,9 et les deux ont des résultats scolaires insuffisants).

Chapitre IV : Présentation et discussion des résultats

D'après l'analyse des résultats obtenus, tous les cas qui sont diagnostiqués hyperactifs sont aussi indiqués par la présence des difficultés du comportement (ex: AM SA RA SM MH et KR), la chose qui explique leur mauvaises relations qui peuvent influencer aussi sur leur aspect affectifs et même cognitif.

La majorité de notre échantillon présente des signes d'inattention-passivité ils ont des résultats scolaires insuffisants la chose qui explique l'influence de l'hyperactivité sur le rendement scolaire des enfants, et aussi les relations sociales la moitié des cas sont des élèves de deuxième année la chose qui renforce d'une part la fiabilité de nos résultats et d'autre part l'hypothèse indique l'influence de l'âge sur le trouble.

Discussion des hypothèses

Notre travail est porté sur l'influence de l'hyperactivité infantile et la relation avec les résultats scolaire dans une école primaire, une recherche réalisé sur un échantillon de dix cas, septes garçon et trois filles.

A partir des résultats obtenus par l'observation et l'échelle de conners, on a constatée que le trouble de l'hyperactivité a de l'influence négative sur le rendement scolaire des enfants.

L'observation effectuée en classe de chaque cas de notre population d'étude, dans la coure (pendant la récréation) et pendant le repas de midi (la cantiné), le but était d'observer l'enfant hyperactif a tout moment et pendant tout ses activités de la journée à l'école et son interaction avec son environnement.

Donc l'observation a démontré que nos cas sont des enfants hyperactifs, inattentifs et même impulsifs est aussi de l'influence sur leurs scolarités et leurs rendements scolaires, comme le cas du garçon FZ qu'est un exemple de l'échec scolaire, et cela infirme les études faites sur l'échec scolaire en rapport avec l'hyperactivité.

Le contenu de l'échelle de conners est arrivé aux résultats ; que six cas de nos dix cas présente le trouble est supérieures a 1,5 pour d'autre inferieur mais proche de l'énorme, présente la plus part des traits du comportement de l'hyperactivité limité au dix items qui représente qui représente le comportement du trouble avec l'inattention et impulsivité motrice, pour le rapport avec le résultats scolaire même si le cas de SA ne présent en aucun cas un échec, mais évalué par l'échelle comme un membré hyperactif.

Chapitre IV : Présentation et discussion des résultats

Le trouble de l'hyperactivité se distingue par sa triade de symptômes, l'inattention, comportement de l'hyperactivité, et impulsivité la majorité de c'est caractéristique son présente et manifesté par nos cas, chose théoriquement déjà confirmée par le DSM4 et leCIM10, les formes cliniques du trouble ces points son bien confirmée par nos résultats.

On a constaté aussi que le trouble est présent chez les garçons que les filles. Les symptômes aussi diminuent avec l'âge, alors que le trouble reste et cela explique son influence sur la scolarité.

Après avoir recueillir quelques informations sur nos cas par les enfants eux même et par les enseignants, on a constaté que chaque cas vie des situations familiales assai particulières, se qui peut expliquer le trouble chez eux, parmi eux des innées de leurs famille, des situations à remettre en cause du phénomène, par contre on constaté que le trouble peut ne pas être un endocarpe sur la scolarité de certains catégorie d'enfants de cet échantillon. On peut ajouter aussi que le comportement de l'hyperactivité (comme l'agitation, instabilité, perturbation etc.) n'influe pas sur la scolarité s'il n'est pas accompagné par l'inattention et encor moine de l'impulsivité.

On fin on peut dire que notre hypothèse est confirmée, le TDAH ou le TDA/H a de l'influence négative sur la scolarité des enfants en trouble, résultats obtenu par la recherche faite sur cette catégorie d'enfants. Alors on peut rajouter que tout recherche sur la problématique pourrait être bénéfique aussi pour les enfants et son avenir scolaire et l'information de l'enseignant et des parents.

Conclusion général

Conclusion

Conclusion

Dans cette recherche intitulée le trouble de « l'hyperactivité chez les enfants scolarisée », qui a été réalisée dans une école primaire et publique de la daïra d'Aokas (une région de la Wilaya de Bejaia) sur un nombre de dix enfants d'âge différent de niveau scolaire différent et de sexe différent aussi.

On a constaté durant notre recherche que l'hyperactivité comme trouble n'est pas présent uniquement chez l'enfant, il touche les adolescents et même adulte c'est-à-dire tous les tranches d'âge, il est plus présent chez les garçons que chez les filles, on peut l'observer plus chez les garçons par leur comportement, ils sont plus actifs que les filles hyperactives qu'on aperçoit chez elle plus le trouble de l'attention. Ce trouble a de multiples facteurs, des facteurs biologiques, des facteurs sociale, environnemental et même alimentaire. Le risque est le rejet par l'entourage et surtout l'influence sur le rendement scolaire de l'enfant en souffrance.

L'école est l'endroit où l'hyperactivité est la plus craint et pourtant, c'est souvent à l'école que l'on prend moins en compte les difficultés des enfants hyperactifs, par méconnaissance du trouble.

Enfin, l'enfant hyperactif est souvent rejeté par les autres enfants mal vu par ses enseignant mal juger par l'entourage comme enfant mal éduquée, anormale par rapport à ses camarade de classe et pas sérieux en ver ses études. Le risque est grand qu'il se sent anormal, qu'il s'isole, qu'il ait une mauvaise image de lui-même qu'il se sent aussi mal compris par son enseignant. Tous ces facteurs contribuent grandement à favoriser l'échec scolaire et des résultats très insuffisant de cursus scolaire de cet enfant il est donc nécessaire de repérer l'hyperactivité au plutôt, le mineur

Conclusion

état dès la maternelle ou avant même la rentrée scolaire, pour mettre rapidement en place une prise en charge adaptée, informer les enseignants et aussi diminuer le risque de l'échec. Reconnaître le trouble, le traiter, prévenir ses complications, sont un défi quotidien et font appel à des techniques spécifiques rigoureuses et en constant remaniements.

1-La liste bibliographique:

1-Aktouf.O, 1987, « Méthodes des sciences sociales, approche quantitatif des organisations, une introduction a la démarche classique et une critique », Québec.

2-Bergeret.J, 2008, « Psychologie pathologie théorie et clinique », Paris.

3-Bouchard.C, 2011, «Les quatre périodes du développement d'après Piaget », Canada.

4-Bioy.A et Fouques.D, 2002, « Manuel de psychiatrie de soin 4eme édition, Paris.

5-Caney.M et al, 2008, « L'enfant hyperactif », France, Odile Jacob.

6-Chahraoui.Kh et Benony.H, 2003, « Méthodes, évaluation et de recherche en psychologie clinique », Paris Dunod.

7-Chevalier.N et al, 2006, « Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité », Paris, l'université de Québec.

8-Delion.P, 2010, « L'enfant hyperactif : son développement et la prédiction de la délinquance qu'en pense aujourd'hui », Paris.

9-DSM-IV, 2007, « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux », Paris Masson.

10-Ferrari.P et Bonnot.O, 2013, « Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent », Lavoisier, Paris.

11-Gelfi.D et Rouillon.F 2008, « manuel de psychiatrie, paris, Masson.

12-Godefroid.J, 2012, « Psychologie humaine science cognitive », Paris.

13-Golse.B, 1989, «Le développement affectif et intellectuel de l'enfant » masson, 2eme edition, paris, France.

14-Golse.B, 2008, « Le développement affectif et intellectuel de l'enfant », masson, 4eme édition, Paris

15-Laval.V, 2004, «La psychologie du développement modèles et méthodes », paris.

16-Ménéchal.J et al, 2001, « l'hyperactivité infantile débats et enjeux », Paris Dunod.

17-Mareau.C et al 2006, « Réussir son premier cycle en psychologie », Paris.

18-Reymond-Rivier.B, 1997, «Le développement social de l'enfant et de l'adolescent », mardaga.

19-Théo.D, 2004, « Comprendre et gérer l'enfant hyperactif », Paris, Boeck université.

20-Thommen.E, 2010, «Les émotions chez l'enfant le développement typique et atypique », Belin.

21-Thong.T, 1992, « Stade et concept de stade de développement de l'enfant dans la psychologie contemporaine », paris

22-Valerie.V, 2005, « Hyperactivité de l'enfant », paris.

23-Vincent.B et al, 2007, « l'hyperactivité chez l'enfant », paris.

24-Wodon.I, 2009, «Déficit de l'attention et hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent », Mardaga, Belgique.

2-Dictionnaires :

1-Bat.C et al, 2010, « Petit Larousse de la psychologie », Paris.

2-Doron.R et Parot.F, 2013, « Petit Larousse de la psychologie », Paris, Larousse.

3-Nombert.S, 2003, « Dictionnaire de la psychologie », Canada, Janine Faine.

3-Références internet :

1-[www.math.uni.agers.fr/.../l'enfant hyperactif.pdf](http://www.math.uni.agers.fr/.../l'enfant_hyperactif.pdf). Consulté

le 20-4-2015 à 14h.

2-[www.tdah.be/enseignants dépister et aider enfant TDAH.pdf](http://www.tdah.be/enseignants_depister_et_aider_enfant_TDAH.pdf). Consulté

le 20-4-2015 à 17h.

3-www.User/MSIinfo/Downloads/Documents/BrochureADAD-pdf.

Consulté le 14-5-2015 à 20h.

4-www.deficitattention.info/ConnersEnseignants.pdf. Consulté

le 19-4-2015 à 11h.

Remerciements

Tout d'abord on remercie dieu tout puissant de nous avoir procuré courage et force durant les années d'études à l'université et à finir ce modeste travail.

On tient à exprimer toute nos reconnaissance à notre Directeur de mémoire on le remercie de nous avoir encadré, orienté, aidé et conseillé. On adresse nos sincères remerciements à tous les professeurs, intervenants et toutes les personnes qui par leurs paroles, leurs écrits, leurs conseils et leurs critiques ont guidé notre réflexions et ont accepté à nous rencontrer et répondre à nos questions durant notre recherches. On remercie nos familles, on remercie le directeur de l'école primaire où ces déroulé notre stage de pratique ainsi que tous les enseignants et enseignantes.

Enfin, on remercie tous nos Ami(e)s Pour leurs sincères amitiés et confiance, et à qui on doit notre reconnaissance et notre attachement. À tous ces intervenants, on présente nos remerciements, notre respect et notre gratitude.

Salima et souhila

Je dédis ce travail :

A la mémoire de ma mère pour m'avoir donnée la vie et la joie de vivre. Ta bonne éducation, tes conseils et tes bénédictions n'ont jamais fait défaut, que Dieu le tout puissant t'accorde son paradis éternel (Amen).

A la mémoire de ma grand mère pour avoir participé a mon éducation que je concéder comme une deuxième mère, que dieu t'accorde son paradis éternel

(Amen).

A mon père qui ma soutenu que dieu te protège, te garde et te procure force.

A mes frère, ma sœur unique et a ma belle sœur qui mon encourager pendant les faibles moments.

A mes deux neveux que j'aime tant malak et mahdi que dieu les protèges

salima

ANNEXE N°I

La grille d'observation

Axe N°I : Informations personnelles

Nom :

Age :.....

Prénom :.....

Sexe :.....

Axe N° II : Renseignements sur la scolarité de l'enfant hyperactif

Niveau scolaire :.....

Cursus scolaire :.....

Remarques de l'enseignant :.....

Axe N° III : Les comportements d'un enfant hyperactif

Comportement	Jamais	Un peu	moyen	Souvent
Bouge en classe				
Balance les jambes et remues les mains				
Ce déplace de sa chaise				
Joue avec ses affaires				
Distrait				
Interrompt ses camarades				
Perturbe l'enseignant				
Fait du bruit pendant le cours				
S'excite facilement à un évènement				

Oublie ses affaires de classe				
Ne termine pas ses taches demandées par l'enseignant				
Marque de l'obstination à demander ou à faire quelque chose				
Fait le malin, et tendance à mentir et nié ses actes				
Souvent inattentif				
A des réactions négatif en cours et ailleurs				
Joue et cour pendant la récréation				
Présente de l'agressivité				
Meneur de groupe et coopère avec ses camarades				
Peut-être danger pour lui même				
Se tient tranquille à la cantine				
Ne finit pas son assiette				
Se précipite souvent à sortir de restau				
Courir à l'entrée et la sortie de la cantine				
Grossie et manque d délicatesse				
Tout le monde se réclame de ses attitudes				

ANNEX II

Questionnaire Abrégé de conners pour les enseignants (Version à 28 items)

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Questionnaire complété le :(Date à laquelle le questionnaire est rempli)

Placer une croix dans la colonne qui décrit le mieux cet enfant :

Observation	Pas du tout	Un petit peu	Beaucoup	Enormément
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				
6. Trop sensible à la critique				
7. Distrait ou attention fluctuante				

8. Perturbe les autres				
9. Rêveur				
10. Fait la moue et boude				
11. Humeur changeant rapidement et de façon marquée				
12. Bagarreur				
13. Attitude soumise face à l'autorité				
14. Agité, toujours en train d'aller à droite et à gauche				
15. S'excite facilement, impulsif				
16. Demande une attention excessive de l'enseignant				
17. Semble mal accepté par le groupe				
18. Se laisse mener par les autres enfants				
19. Est mauvais joueur				
20. Semble manquer de capacités à entraîner ou mener les autres				
21. Difficultés à terminer ce qu'il commence				
22. Puérile et immature				
23. Nie ses erreurs et accuse les autres				
24. A des difficultés à s'entendre avec les autres enfants				

25. Peu coopérant avec ses camarades				
26. S'énerve facilement quand il doit faire un effort				
27. Peu coopérant avec ses camarades de classe				
28. Difficultés d'apprentissage				

Réalisé par Myriam Garcia-[http://- enfant-dans-toutes-ses-differences.e-monsite.com/](http://enfant-dans-toutes-ses-differences.e-monsite.com/)

Extrait du livre « On se calme ! Mieux vivre l'hyperactivité » du Docteur Olivier Revol, chef du service de neuropsychiatrie de l'enfant au CHU de Lyon.

ANNEX III

Clé de correction de l'échelle de conners pour les enseignants

Les énoncés les plus discriminants sont répartis selon les trois facteurs suivants :

A : Difficultés de comportement : énoncés 4-5-6-10-11-12-23-27

B : Impulsivité, hyperactivité : énoncés 1-2-3-8-14-15-16

C : Inattention, passivité : énoncés 7-9-18-20-21-22-26-28

Les dix énoncés 1-5-7-8-10-11- 14- 15-21-26 sont ceux de la forme abrégée du questionnaire de conners et correspondent à l'échelle d'hyperactivité.

En cotant chaque appréciation 0-1-2 ou 3 (pas du tout=0, un petit peu=1, beaucoup=2 et énormément=3) et en divisant le total obtenu par 10 on obtient un score moyen allant de 0 à 3. Un score moyen de 1,5 ou plus suggère des indices d'hyperactivité chez l'enfant.