



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin de l'Éducation Nationale

Promotion 2001- 2002

L'ENFANT PERTURBATEUR

A L'ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE

Hauviette DERRIEN

Sommaire

1. Introduction	4
2. Les trois observations	5
2.1 Observation d'Alex	5
2.2 Observation de Guy	6
2.3 Observation d'Alain	8
3. Analyse des trois situations	9
3.1 La maladie dépressive : le cas d'Alex	9
3.2 L'enfant hyperkinétique : le cas de Guy	11
3.3 L'enfant précoce ou surdoué : le cas d'Alain.....	13
4. Conseils aux enseignants	16
4.1 Prise en charge de l'enfant dépressif	16
4.2 Prise en charge de l'enfant THADA.....	16
4.3 Prise en charge de l'enfant précoce ou surdoué.....	17
5. Discussion : rôle du MEN face à ces trois situations	18
6. Conclusion	20
Bibliographie	22

Liste des sigles utilisés

ATSEM	Agent Territorial Spécialisé des Ecoles Maternelles
CCPE	Commission de Circonscription Préélémentaire et Élémentaire
CE1	Cours Élémentaire 1
CE2	Cours Élémentaire 2
CIM10	Classification Internationale des maladies (10 ^e édition)
CM1	Cours Moyen 1
CMP	Centre Médico-Psychologique
CP	Cours Préparatoire
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders 4 th edition
GS	Grande Section
MEN	Médecin de l'Education Nationale
MS	Moyenne Section
PAI	Projet d'Accueil Individualisé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
Q I	Quotient Intellectuel
RASED	Réseau d'Aide Spécialisé pour Elèves en Difficulté
THADA	Trouble Hyperactivité avec Déficit de l'Attention
WISC III	Echelle de Wechsler pour enfant 3 ^e édition

1. Introduction

Il apparaît dans ma pratique actuelle, qu'un motif de plus en plus fréquent de consultation concerne des enfants agités voire perturbateurs dans la classe. Ces appels surviennent le plus souvent dans un contexte de crise. Le dialogue entre les parents et l'enseignant est très tendu, parfois impossible, l'enfant n'écoute plus l'enseignant, le provoque sans cesse, prend un rôle de leader dans la classe.

Sur le plan scolaire, il n'y a plus d'investissement, les résultats baissent. C'est généralement à ce moment que l'aide du psychologue scolaire puis du médecin de l'éducation nationale est sollicitée.

Quand nous rencontrons ces élèves et leurs parents, ils se sentent marginalisés et le premier entretien est souvent difficile. Nous devons rétablir un climat de confiance qui permet de renouer le dialogue qui seul peut permettre de faire évoluer la situation.

L'interrogatoire met en évidence des situations individuelles, médicales, familiales, sociales très différentes pour lesquelles une aide ou une prise en charge adaptée peuvent également être très différentes.

Il apparaît que l'enfant a souvent des difficultés associées au trouble initial, et que la réaction des parents, des enseignants, des thérapeutes qui sont intervenus depuis l'apparition du symptôme, est susceptible d'en modifier l'aspect et la gravité. Il semble donc nécessaire de dépister et de prendre rapidement en charge de façon adaptée ces élèves dont parents et enseignants redoutent l'évolution en terme de réussite scolaire, alors que leur efficacité intellectuelle est le plus souvent normale.

A partir de l'observation de trois cas, celui d'un enfant dépressif, celui d'un enfant hyperactif avec troubles de l'attention, et celui d'un enfant précoce, après une étude de la bibliographie sur ces sujets et en m'aidant d'entretiens semi-directifs avec les différents intervenants auprès de ces enfants (parents, enseignants, psychologue scolaire et thérapeutes), je me propose d'essayer de mieux cerner le rôle du Médecin de l'Education Nationale (MEN) dans ces trois situations : repérage précoce de ces enfants, aide à la prise en charge spécifique de l'enseignant, en fonction du trouble présenté et de la demande formulée, lien avec les différents intervenants auprès de cet enfant.

2. Les trois observations

Au cours du premier trimestre de cette année scolaire, la directrice de l'école M.B m'appelle : elle souhaite que je rencontre deux élèves particulièrement agités, Alex et Guy. Ils sont dans la même classe et la maîtresse, pourtant très expérimentée, a beaucoup de mal à maintenir le calme dans sa classe.

Alex ne va pas bien, me dit-elle, il est très irritable et agressif. Il fait de véritables crises de nerfs au cours desquelles il envoie tout par terre, il devient alors violent et extrêmement menaçant pour ses camarades de classe. A l'occasion d'une de ses crises le psychologue scolaire qui le suivait dans le cadre du Réseau d'Aide Spécialisé pour Elèves en Difficulté (RASED) est intervenu pour le calmer. Par la suite, il est parvenu à convaincre la maman de le faire suivre par un psychiatre de ville. Il a également souhaité que je rencontre Alex et sa Maman pour que je donne mon avis sur la situation.

2.1 Observation d'Alex

J'avais eu l'occasion de rencontrer cet enfant trois ans plus tôt au cours de la visite systématique des enfants de 6 ans. Le contexte familial est déjà difficile : les parents sont séparés ; Alex, sa mère et un jeune demi-frère vivent chez les grands-parents maternels, il voit son père théoriquement un week-end sur deux et la moitié des vacances, mais le père manque souvent à ses obligations et Alex supporte mal cette situation. Il fait l'objet d'un suivi médical pour obésité.

A l'examen, j'avais été frappée par l'aspect et le comportement très immatures de l'enfant, la pauvreté de son langage, alors que les tests écrits étaient de très bonne qualité.

De fait, il est en échec scolaire et une prise en charge par le RASED a été commencée.

Je le revois cette année et suis frappée par sa démarche : il se tient penché en avant, les bras ballants ; il marche lentement, le regard dans le vide. Il ne se rappelle plus du rendez-vous et semble désorienté, il se prête néanmoins volontiers à l'entretien. Il est pâle, parle sur un ton monocorde, sa mimique est pauvre, il ne sourit pas. Il me raconte son histoire récente : il a perdu ses deux grands-pères et un oncle, tous trois décédés d'un cancer. Il me dit s'inquiéter pour sa mère qui fume et craint, qu'à son tour, elle ne soit victime de la maladie. Il fait des cauchemars toutes les nuits qui, dit-il, se terminent tous bien. Il décrit des situations très angoissantes : des cris, des crimes, des actes violents, des rencontres avec des fauves menaçants. L'endormissement est difficile, des situations diverses, des questions lui viennent à l'esprit qui le tracassent et l'empêchent de trouver le sommeil.

A la maison il dit rechercher la solitude dans sa chambre, fait ses devoirs seul mais souhaite vivement que sa maman intervienne et lui consacre du temps "rien qu'à lui" précise-t-il. Il me dit avoir des copains qui l'invitent parfois, mais déclinent régulièrement ses invitations.

En classe, le comportement d'Alex est très variable d'un jour à l'autre, d'un instant à l'autre. Il passe d'une attitude de retrait pendant laquelle il rentre dans son monde et s'isole physiquement dans la classe en déplaçant sa table, à une attitude très agressive. Dans ces moments-là, il jette ses affaires par terre, se lève, se déplace dans la classe en menaçant et parfois en agressant les autres élèves, parfois même les maîtres. Il est difficile de le calmer. Seuls l'isolement et le dialogue dans le calme permettent de sortir de cette situation difficile. Alex est dépressif, les tests réalisés par le psychologue scolaire le confirment. Il a été adressé en consultation auprès du psychiatre du Centre Médico-Psychologique (CMP) qui a commencé aussitôt un suivi psychologique dont les premiers résultats se font déjà sentir.

2.2 Observation de Guy

J'ai eu l'occasion de rencontrer Guy à plusieurs reprises. La première rencontre a eu lieu au début de son CP dans le cadre des bilans systématiques des enfants de 6 ans. L'enfant est rentré dans la pièce en courant, s'est précipité vers la fenêtre pour voir les autres élèves dans la cour, puis tout aussi vite s'est précipité vers le tableau pour y écrire son nom, enfin à la demande de sa maman, il est venu s'installer près de mon bureau. J'avais l'impression que trois enfants étaient rentrés ensemble dans la pièce. Assis, il ne tenait pas davantage en place, et se mit à attraper de ses mains, tous les objets situés sur le bureau. Je lui ai demandé de réaliser les tests écrits habituels. J'ai dû répéter plusieurs fois la consigne avant qu'il commence à dessiner et il s'est interrompu plusieurs fois pour poser des questions. A chaque interruption, il fallait redonner la consigne pour qu'il continue. Il était impossible de le quitter du regard ou de parler à côté de lui, sans qu'il arrête immédiatement le travail commencé.

A l'interrogatoire de la maman, il n'y a rien de notable dans les antécédents. La grossesse s'est déroulée normalement jusqu'à son terme. La maman m'a seulement précisé qu'elle avait été très déçue d'apprendre au 4^e mois de grossesse qu'elle attendait un deuxième garçon, et qu'elle n'avait accepté cette réalité qu'au 7^e mois. La première année de Guy s'est déroulée sans pathologie notable, il a fait quelques angines et avait un petit reflux gastro-oesophagien. C'est au moment de la marche que les premiers signes sont apparus. Il a tout de suite couru avant même de savoir marcher, très vite il a monté et descendu les escaliers en se mettant en danger, très vite aussi il a cherché à grimper partout. A cette époque également, il a été signalé aux parents que l'enfant manquait de repères, mais les examens entrepris n'ont rien révélé de particulier. Guy a parlé tardivement et assez mal.

A l'école maternelle son activité incessante et ses "bêtises" étaient signalées quotidiennement à la maman qui n'osait plus se présenter à l'école et a commencé à

s'inquiéter pour son avenir. C'est à ce moment qu'elle a consulté pour la première fois un psychologue.

Au cours du CP, un bilan orthophonique a été demandé, il a révélé que l'enfant était un peu dyslexique. Une prise en charge spécifique a été commencée. Quelques mois plus tard, à la suite d'un bilan neurologique complet à l'hôpital R. Debré, l'enfant a été considéré comme hyperactif et mis sous Ritaline. Le médicament s'avère très efficace et les progrès scolaires sont immédiats, néanmoins la mère de l'enfant n'est guère favorable à la prise de ce médicament dont elle craint les effets à long terme, notamment le retard de croissance qu'il peut entraîner. De fait Guy est de petite taille, ce qui le distingue encore un peu plus de ses camarades. Il doit prendre un comprimé avant d'aller à la cantine mais la directrice de l'école ne souhaite pas avoir à administrer ce médicament, d'un type un peu particulier, au sein de l'école. J'ai donc revu Guy dans le cadre d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI). Dans ce contexte, on peut craindre une mauvaise observance de la prise de Ritaline à long terme.

Au cours du CE1, l'hyperactivité de Guy pose à nouveau problème et dans le contexte de cette école, deux aides ont pu être envisagées :

- Guy est autorisé à sortir de classe pour aller courir dans la cour de récréation sous la surveillance d'un Agent Territorial Spécialisé des Ecoles Maternelles (ATSEM) quand son agitation devient ingérable en classe.
- Du fait de la présence d'une institutrice spécialisée (maître E), psychomotricienne de formation, en réadaptation à l'emploi dans l'école, il a pu bénéficier d'une prise en charge individuelle par celle-ci sous forme de psychomotricité et de relaxation à des horaires prévus à l'avance.

L'attitude très compréhensive de l'enseignante, le faible effectif de la classe, la prise régulière de la Ritaline et les deux aménagements proposés ont permis à Guy de faire une bonne année de CE1 puis de CE2, les résultats scolaires ont été très satisfaisants.

Au début de cette année scolaire en CM1, la situation devient très difficile et les raisons en sont multiples :

- l'effectif de la classe est passé de 20 à 28 élèves, de nombreux logements ayant été construits à proximité de l'école,
- Guy et Alex dont l'état s'est brutalement aggravé, sont maintenant dans la même classe et il n'est pas possible de les séparer,
- l'institutrice spécialisée a retrouvé un poste et aucune solution de substitution, à l'intérieur de l'école, n'a pu être trouvée,
- devant les progrès de Guy et ses bons résultats scolaires, l'arrêt de la Ritaline a été envisagé par le spécialiste pour une période d'essai, mais le traitement a dû être repris très rapidement en raison de l'échec de cette mesure. Depuis ce moment, la mère de

l'enfant "oublie" de temps en temps de donner le médicament, et avoue ne lui donner que les deux-tiers de la dose prescrite.

La mère de Guy refusant l'aide du psychologue scolaire, j'ai été tout de suite informée de la situation.

2.3 Observation d'Alain

Pour l'illustration de cette troisième situation, le choix de l'enfant a été beaucoup plus difficile. En effet ce trouble est mal connu et les interférences avec d'autres problématiques très fréquentes.

J'avais eu l'occasion de rencontrer Alain au cours de sa MS de l'école maternelle. Il était très agité, agressif avec ses camarades de classe et cherchait perpétuellement à attirer l'attention de l'adulte. Il passait rapidement d'un atelier à l'autre sans paraître vraiment intéressé par l'activité qui y était pratiquée. Vers le milieu du 2^o trimestre de cette même année scolaire, l'enseignante découvrit qu'Alain lisait déjà très correctement.

Avec l'accord du psychologue scolaire, Alain fut mis à l'essai en GS. Il retrouva son calme rapidement et se plut dans sa nouvelle classe. Les ateliers de lecture et d'éveil lui plaisaient tout particulièrement, mais il évitait toutes les activités manuelles dans lesquelles il était en net décalage par rapport à ses camarades. Son graphisme était de qualité médiocre et il éprouvait de réelles difficultés dans la plupart des activités manuelles. Il termina son année scolaire en GS, mais du fait de son retard en écriture, il fut décidé qu'il resterait une année de plus à l'école maternelle, d'autant que son comportement un peu infantile, et sa très grande émotivité laissaient penser qu'il pourrait avoir des difficultés à s'adapter à l'école élémentaire.

Alain est le 2^o enfant d'une fratrie de deux, son frère est de 15 ans son aîné. Les parents sont de milieu modeste, ils étaient déjà âgés au moment de sa naissance. Les trois adultes s'occupent beaucoup de cet enfant qui a parlé de bonne heure et très bien, a rapidement manifesté un intérêt très vif pour tout ce qu'on pouvait lui apprendre, et pour les livres tout particulièrement. Il a trouvé à la maison les livres de son frère, les a consultés librement et a appris à lire presque seul. Sa maman, soucieuse de donner à ce fils le maximum, l'a amené très jeune à la bibliothèque où l'enfant a librement choisi ses livres. De ce fait, il a appris quantité de choses qu'un enfant de son âge ignore habituellement. A la télévision, il ne regardait pas les dessins animés, mais préférait les documentaires animaliers ou l'actualité. Il a également été initié aux travaux du jardin, mais rien ne l'a incité à écrire ou à dessiner. La maman est fière de son enfant et pense qu'il est "surdoué".

La dernière année de maternelle se passe dans de bonnes conditions, Alain trouvant dans les livres ce qui pouvait l'intéresser. Il avait également compris l'importance de l'écriture pour faire un bon CP et combla son retard dans ce domaine.

Je n'ai pas entendu parler de lui durant ce CP, mais dès les premières semaines de CE1, il se fait à nouveau remarquer par son comportement agressif avec ses camarades de classe avec lesquels il ne parvient pas à s'entendre. Il devient dangereux pour lui et pour les autres, ce qui inquiète beaucoup l'équipe enseignante. En classe, il perturbe le bon déroulement des cours par des réflexions incongrues et par des déplacements intempestifs, il se montre agressif voire même violent avec ses camarades. Il semble ne s'intéresser à rien et ne manifeste aucun désir d'apprendre. Il est souvent comme dans un autre monde, triste.

Quand je le rencontre, il se montre hostile, insolent, refuse de répondre à mes questions. D'après ce que je peux comprendre, je suis arrivée au moment d'une activité qu'il aime bien car il y excelle, et ce faisant j'ai attiré encore une fois l'attention sur lui, ce qu'il ne supporte pas. Au cours de l'entretien, Alain apparaît triste et des larmes lui montent aux yeux quand j'évoque ses relations avec ses camarades. Il me dit ne pas avoir d'amis, que tout le monde est méchant avec lui, que personne ne le comprend. En classe, il avoue s'ennuyer et trouver le temps long, rien ne l'intéresse sauf la lecture et les mots croisés parce qu'il est le plus rapide et qu'il a toujours "tout bon". Je lui demande s'il lit toujours autant à la maison, il me répond que non, personne ne s'intéresse à lui et il s'ennuie. Il me paraît actuellement un peu dépressif, ce que me confirme le maître. J'apprends également qu'un QI a été fait récemment, il est à 139 et confirme l'impression de précocité que donnait cet enfant lorsqu'il était en MS. Par contre ses performances sont bien inférieures.

La rencontre avec la maman d'Alain est difficile. Elle vient de connaître le résultat du QI de son fils, elle est très fière de ses capacités et semble intarissable sur le sujet. Elle me confirme que les relations de son fils avec les enfants de son âge sont quasi inexistantes et qu'il ne se plaît pas dans sa classe. Elle ne semble pas s'apercevoir de la détresse de l'enfant qu'elle banalise. J'apprends dans cet entretien qu'Alain n'est plus au centre de ses préoccupations et qu'il est momentanément délaissé. Le grand frère pose aux parents de graves problèmes et toute la famille est très inquiète.

Le maître me confirme qu'Alain lui paraît, à lui aussi, triste et malheureux. Il est seul en cour de récréation ou au centre d'une bagarre. En classe, Alain ne manifeste que peu d'intérêt pour son travail, ses productions sont de qualité très médiocre, bien en-dessous de ce qu'on pourrait attendre de lui. Le maître est très inquiet pour l'avenir de cet enfant qui a certes des capacités, mais ne les exploite pas. Il s'inquiète également de son isolement et de son agressivité lors des récréations, il a peur que cet enfant ne devienne "délinquant".

3. Analyse des trois situations :

3.1 La maladie dépressive : le cas d'Alex

Selon la classification des troubles mentaux CIM10, le diagnostic d'épisode dépressif repose sur la présence d'au moins deux des trois symptômes typiques suivants : humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir et augmentation de la fatigabilité, associés à 2, 3, 4 ou 5 des symptômes dépressifs suivants :

- diminution de la concentration et de l'attention,
- diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi,
- des idées de culpabilité et de dévalorisation,
- une attitude morose et un pessimisme face à l'avenir,
- des idées et des actes autoagressifs ou suicidaires,
- une perturbation du sommeil,
- une diminution de l'appétit.

Ces symptômes doivent persister depuis deux semaines, au moins.

Cet épisode peut être plus ou moins sévère, on définit ainsi trois degrés d'épisode dépressif : léger, moyen et sévère.

- La dépression est rare chez l'enfant, les auteurs lui accordent une prévalence de 1% à 5/6 ans, elle atteint de façon identique les garçons et les filles.
- La dépression de l'enfant peut être comparable à celle de l'adulte, mais peut aussi revêtir des aspects plus atypiques : épisode dominé par l'anxiété ou l'agitation psychomotrice, ou masqué par l'irritabilité. Différents aspects peuvent également alterner (attitude de retrait et agitation par exemple).
- L'enfant peut apparaître en retrait, trop sage ; son visage est sérieux, peu mobile ; son regard absent. Il ne manifeste aucun intérêt pour des activités ludiques ou culturelles. En classe, il présente des troubles de l'attention et de la mémoire, son rendement scolaire baisse et il s'investit moins. Il est plus lent, a des retards ou même des absences répétées. Cette situation peut le conduire à un échec scolaire global.
- L'enfant dépressif peut aussi prendre un aspect qui attirera davantage l'attention. Il est alors irritable, agité, opposant, coléreux. Il peut également surinvestir le scolaire et obtenir d'excellents résultats. Cependant, quand on interroge cet enfant, il exprime souvent une tristesse, de l'anxiété, une baisse de l'estime de soi.

A ces troubles du comportement plus ou moins récents sont souvent associées des plaintes somatiques (maux de tête, maux de ventre) et des troubles du sommeil (faits de réveils nocturnes vers 2 ou 3 heures du matin). L'enfant se réveille tôt le matin et il a l'impression d'être déjà fatigué. Il a souvent des cauchemars. Parfois au contraire, il dort beaucoup.

L'enseignant peut avoir remarqué un changement de comportement de l'enfant avec ses camarades ou au travail. Des difficultés d'attention, une chute des résultats scolaires, un manque d'intérêt pour ce qui peut lui être proposé en classe, une certaine nonchalance, pourront être des indications précieuses pour le médecin, surtout si ces changements sont récents, s'ils coïncident avec des événements familiaux perturbants, si l'enfant perd confiance en lui. Ils justifient une consultation spécialisée.

En ce qui concerne Alex, en raison de son comportement lors de la visite de GS, de son attitude déjà en retrait par rapport au travail scolaire et de son comportement en général, compte tenu du contexte familial, un diagnostic de dépression aurait pu être évoqué.

La prise en charge par le RASED a permis d'améliorer les résultats scolaires sans traiter la cause. Le dialogue avec la maman, du fait de la naissance d'un petit frère, était très difficile, la demande de bilan psychologique n'a pas été suivie. Il apparaît que l'aide du RASED a été interrompue très tôt en cours du CP et qu'aucun relais extérieur n'a été mis en place. Une évaluation de la situation, sur un plan scolaire et comportemental, en fin de CP ou au cours du CE1 aurait été judicieuse. L'enfant est-il à l'aise au CP ou son intégration a-t-elle été difficile ? L'apprentissage de la lecture a-t-il été aisé ou l'enfant s'est-il montré désintéressé ? A-t-il des camarades ? Comment se comporte-t-il au cours de la récréation ? Un suivi psychologique a-t-il été mis en place, pourquoi ? La situation familiale s'est-elle stabilisée, améliorée ? Si l'enfant avait pu être revu à ce moment-là, la demande de prise en charge aurait pu être renouvelée avec un critère supplémentaire, celui de la persistance du trouble. En CM1, la dépression est sévère, la prise en charge difficile en raison du contexte familial, récemment aggravé.

3.2 L'enfant hyperkinétique : le cas de Guy

En dépit de la variabilité des dénominations et des descriptions, presque tous les auteurs s'accordent sur les points suivants :

- Les symptômes les plus fréquents sont des troubles de l'attention, l'agitation psychomotrice et l'impulsivité.
- Le terme "hyperactivité" au sens étroit correspond à l'ensemble formé par les éléments d'agitation motrice (hyperkinésie) et d'impulsivité.
- Le trouble "hyperactivité avec déficit de l'attention" est caractérisé par l'association de perturbations de l'attention et de manifestations d'hyperactivité au sens étroit.
- Le trouble entraîne généralement de graves difficultés scolaires.

Ce syndrome est cliniquement connu depuis le début du XXème siècle et le diagnostic repose actuellement sur des critères empiriques définis dans des classifications internationalement reconnues DSM IV (American Psychiatric Association 1994) et CIM10, (1993). Les critères de ce trouble sont :

A. Présence soit de (1), soit de (2) :

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

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

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 (par exemple, à l'école ou au travail et à la maison).

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

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

D'autres caractéristiques, *ne servant pas à poser le diagnostic*, sont souvent présentes, selon l'âge : une faible tolérance à la frustration, des accès de colère, de l'autoritarisme, de l'entêtement, une insistance fréquente et excessive à ce que les demandes soient satisfaites, une labilité de l'humeur, une démoralisation, une dysphorie, des réactions de rejet de la part des autres et une faible estime de soi. Ces enfants sont souvent en échec scolaire.

Ce trouble est souvent mal compris, le manque d'application pour les tâches étant souvent interprété comme de la paresse, un refus des responsabilités ou un comportement d'opposition. Les relations familiales sont souvent tendues, d'autant plus que les variations dans la symptomatologie font croire aux parents que la mauvaise conduite est délibérée. La symptomatologie a tendance à s'aggraver dans les situations qui demandent un effort intellectuel soutenu ou celles qui manquent d'attrait ou de nouveauté.

On observe trois sous types :

- mixte ou combiné fréquent et invalidant, associant hyperactivité motrice, impulsivité et trouble de la concentration,
- hyperactif, impulsif (5 à 15% des cas),
- inattentif pur (sujets plus âgés).

La démarche diagnostique s'effectue en plusieurs étapes, le plus souvent par un spécialiste

Il faut d'abord éliminer certains diagnostics différentiels :

- variations de la normale (enfant turbulent),

- pathologie somatique : troubles du sommeil ou de l'audition, troubles neurologiques, métaboliques ou endocriniens (thyroïdiens),
- hyperactivité secondaire à une prise médicamenteuse (corticoïdes, théophylline, antiépileptiques),
- agitation de certaines maladies psychiatriques (autisme, psychose infantile, retard neural, épilepsie) avec dépression de l'enfant (surtout se méfier de la dépression dans le cas d'un trouble de l'attention isolé).

Puis s'assurer de la stabilité des symptômes dans le temps. Il est important de pouvoir s'assurer de plusieurs sources d'informations, les parents et les enseignants par exemple. Des échelles standardisées sont disponibles comme le questionnaire de Conners pour les enseignants (voir annexe 1) et pour les parents (voir annexe 2).

Enfin il apparaît nécessaire d'effectuer une évaluation pluridisciplinaire comportant notamment :

- un bilan orthophonique (compte tenu de la fréquence des troubles du langage écrit et oral dans le trouble) :
- un bilan psychomoteur,
- un examen psychométrique, test de WISC III (échelle d'intelligence de Wechsler pour enfant, 3^{ème} édition). Le plus souvent, le quotient global est normal ou supérieur à la moyenne, le QI verbal > QI performance, avec des résultats intrascolaires souvent hétérogènes.

Au terme de ce bilan, le diagnostic est confirmé. Le traitement peut comporter :

- des psychotropes associés ou non à une prescription médicamenteuse,
- une guidance parentale,
- des rééducations si besoin (orthophonie, psychomotricité),
- une pédagogie adaptée.

En ce qui concerne Guy, son agitation psychomotrice, sa tendance à se mettre en danger ont été repérées dès la petite enfance. Elles ont persisté à l'école maternelle, comme en témoignent les nombreux reproches faits quotidiennement à la maman. L'agitation de Guy se manifestait donc dans au moins deux circonstances différentes ; elles ont très vite été repérées, et à la rentrée au CP, il est apparu que l'enfant présentait aussi des troubles de l'attention puisqu'il fallait constamment le recentrer sur son travail. Devant ce tableau associant hyperkinésie, impulsivité et troubles de l'attention, le diagnostic de THADA de forme mixte a été évoqué. L'enfant évoluait dans une famille sans problème, attentive à cet enfant et soucieuse de son avenir. Le bilan en milieu spécialisé a été effectué dans les meilleurs délais et le diagnostic confirmé. Du fait du retentissement scolaire, un traitement par la Ritaline a tout de suite été instauré, et des mesures ont pu être mises en place au sein de l'école. Dans cette situation idéale, l'enfant poursuit une scolarité presque normale,

malgré la persistance sous traitement d'une hyperkinésie et de troubles de l'attention comme le montre le test de CONNERS (annexes 1 et 2). Son niveau scolaire est très correct, les perspectives pour l'avenir sont bonnes.

3.3 L'enfant précoce ou surdoué : le cas d'Alain

D'après Julian de Ajuriaguerra qui fut le premier à utiliser ce terme, "on appelle enfant surdoué celui qui possède des aptitudes supérieures qui dépassent nettement la moyenne des capacités des enfants de son âge". Cette définition montre que les limites de ce syndrome sont imprécises et qu'il ne constitue pas une véritable entité clinique.

Sont considérés comme surdoués les enfants qui auraient un QI supérieur à 130, ce qui, sur la courbe de distribution des QI de la population représenterait, selon Wechsler, un effectif de 2,5 %. Si la mise en évidence d'un QI élevé est nécessaire pour déterminer si un enfant est surdoué, cela n'est pas suffisant. Il faut rappeler à ce propos, que le QI n'est pas immuable et qu'il peut varier au gré de l'évolution plus ou moins rapide de l'enfant et de l'environnement. Or l'enfant surdoué diffère de l'enfant normal non seulement quantitativement, mais aussi qualitativement. Aussi faut-il pour qu'un sujet puisse entrer dans la catégorie des surdoués qu'il présente certains traits de personnalité qualitativement exceptionnels. On discerne ainsi chez eux :

- une curiosité insatiable et diversifiée,
- un intérêt précoce pour les questions d'ordre métaphysique,
- une vivacité d'esprit et la capacité de résoudre rapidement et de multiples façons les problèmes, des intérêts multiples et divers, dans des domaines qui varient d'un sujet à un autre, avec une particulière prédilection pour les mathématiques et l'astronomie,
- une remarquable ténacité dans l'accomplissement d'une tâche,
- une précocité fréquente mais non constante,
- des capacités de mémorisation exceptionnelles qui facilitent grandement l'accumulation de connaissances,
- un grand esprit d'invention et de créativité dans plusieurs domaines.

Ces enfants rencontrent aussi des difficultés qui leur sont propres. Le fait d'être différents des autres entraîne ipso facto des difficultés d'adaptation spécifiques à propos desquelles J.C.Terrassier décrit un syndrome de dyssynchronie. On observe, d'une part, une dyssynchronie entre développement intellectuel et maturation affective ; avec les enfants de son âge, le surdoué se montre méprisant. Protecteur, il se conduit en leader, il exige de ceux-ci plus qu'ils ne peuvent donner, devient bientôt insupportable et finit par être rejeté. La maturation affective de ces enfants se trouve en retard par rapport à son niveau d'intelligence, ils ont grand besoin d'être rassurés et font preuve souvent de naïvetés puériles. On observe également une dyssynchronie entre le développement intellectuel et

psychomoteur. Elle est alors à l'origine de déficits instrumentaux qui sont mal compris et mal acceptés. Des enfants ayant appris à lire très tôt et le plus souvent seuls (c'est un des éléments clef du dépistage des enfants surdoués) peuvent par la suite présenter des difficultés dans l'apprentissage de l'écriture et de l'orthographe. Dans le même registre, ils ont souvent des difficultés d'élocution, et peuvent bégayer. Dans ces deux cas, le déficit est lié au fait que leur pensée va plus vite que leurs capacités d'expression. Le syndrome dyssynchronique est souvent associé à la dépression. D'autres troubles psychologiques peuvent se développer, le plus fréquent étant celui d'une personnalité antisociale qui se manifeste par des troubles de la conduite, des comportements violents vis-à-vis des pairs, un refus de l'autorité et des règles de base. Si le syndrome dyssynchronique n'est pas pris en compte, les difficultés scolaires peuvent apparaître dès l'âge de 7 à 8 ans. L'enfant devient terne dans ses résultats, il se désintéresse de l'école. Cette situation peut le conduire à l'échec. Aussi si une bonne hérédité est nécessaire, de bonnes conditions de milieu et des qualités de personnalité sont indispensables au développement et à la réalisation des facultés supérieures. Nombre d'adultes exceptionnellement brillants ne se distinguaient pas des autres durant leur scolarité ; ils ont souvent masqué leurs grandes capacités pour ne pas paraître différents des autres. Il apparaît donc important de dépister de bonne heure ces enfants.

Ce dépistage s'effectue en général en deux étapes. Tout d'abord, l'entourage de l'enfant repère dès les premières années des comportements différents : il parle très précocement, il est très bavard, curieux de tout et recherche la compagnie de l'adulte. Puis c'est l'école qui repère cet enfant vif, attentif, qui finit tout avant les autres et est insatiable. C'est aussi l'enfant qui s'ennuie, est dissipé, agité et gêne ses camarades de classe. C'est encore celui qui a du mal à apprendre par cœur et s'abstient de répondre quand la réponse lui paraît trop simple.

Dans ce contexte, un bilan s'impose. Il comporte, en premier lieu, un bilan psychopathologique global et une évaluation du contexte familial par un pédopsychiatre. Ensuite, s'il s'avère que ce bilan est normal, il se poursuit par une séance d'évaluation du QI et une évaluation dynamique du raisonnement. En effet, il peut exister une dysharmonie cognitive pathologique. Une première synthèse des résultats est effectuée avec le psychiatre. Ce bilan est souvent complété par des tests complémentaires : un bilan orthophonique, car les enfants surdoués ont souvent des troubles du langage et de l'écriture, des tests permettant d'évaluer le mode d'organisation affective de la personnalité. A la suite de ce bilan, qui s'effectue le plus souvent dans un centre spécialisé, un compte rendu est fait aux professionnels et aux parents, et des mesures sont proposées.

Dans le cas d'Alain, il apparaît que l'enfant a parlé très tôt et très bien, il s'est intéressé très vite à tout ce qu'on pouvait lui proposer, ce qui dans son contexte familial a sans doute

contribué à lui donner une place à part. A l'école, il a montré qu'il savait lire en MS et qu'il avait appris seul ; son graphisme était de mauvaise qualité, ce qui n'est pas anormal. Son comportement avec ses camarades de classe, sa quête constante de l'adulte, l'intérêt qu'il manifestait pour toutes les activités d'éveil étaient assez évocateurs, Le calme revenu, lorsqu'il a été mis à l'essai en GS, était un argument supplémentaire. Néanmoins le contexte familial laissait subsister un doute : n'avait-on pas appris à lire à cet enfant ? N'avait-il pas été surstimulé ? L'impossibilité d'avoir des relations avec des camarades de son âge n'était-elle pas due à l'absence de relation de ce type avant son entrée à l'école ? Et encore actuellement, son agressivité vis-à-vis des autres élèves, son refus du travail et son aspect dépressif sont-ils dus à sa surdouance ou aux préoccupations actuelles de la famille ? Cet enfant souffre actuellement, l'évaluation de son QI donne une hypothèse de diagnostic qu'il convient de confirmer ou d'infirmier. Un bilan complet dans un centre spécialisé est en cours.

4. Conseils aux enseignants

4.1 Prise en charge de l'enfant dépressif

Il s'agit cette fois d'une maladie et la prise en charge est dans ce cas presque exclusivement médicale et psychologique. Toutefois, la reconnaissance de cette pathologie par l'enseignant, une attitude attentive et bienveillante de ce dernier, et la valorisation de l'élève, chaque fois qu'elle est possible, améliore la situation et diminue de façon notable la souffrance du jeune dépressif.

4.2 Prise en charge de l'enfant THADA

L'environnement scolaire idéal serait que :

- l'enfant ait une place particulière pour ne pas être soumis à toutes les stimulations extérieures,
- le déroulement de la journée soit structuré et organisé,
- les modalités de transmissions de l'information soient les plus variées possibles,
- la longueur des leçons et devoirs soit ajustée à la capacité attentionnelle de l'enfant,
- les tâches soient séquencées.

La tâche de l'enseignant est difficile, mais son rôle apparaît primordial dans l'évolution de l'enfant. Il est donc important qu'il soit averti et informé de ce trouble, qui touche 3 à 5 % de la population et le plus souvent des garçons, et qu'il puisse entrer en relation avec tous les intervenants. Sa patience sera souvent mise à rude épreuve, mais il est nécessaire qu'il reste ferme et chaleureux. Pour le comportement lui-même, il lui faudra :

- rappeler les règles de fonctionnement de la classe, voire faire une liste laissée face à l'enfant pour qu'il puisse se surveiller et se rendre compte de ses progrès,
- punir ou récompenser immédiatement en expliquant les raisons à l'enfant qui ne se rend pas toujours compte de ses actes et les oublie. Le punir après la classe n'a plus de sens pour lui,
- récompenser pour souligner l'effort et pas seulement pour le résultat,
- placer l'enfant près de lui pour qu'il limite le nombre de détracteurs et le ramène plus facilement au travail.

Pour la pédagogie, il serait bon de :

- lui présenter des nouveautés le plus souvent possible, ce qui nécessite une grande créativité de la part de l'enseignant (l'ordinateur peut être un bon outil),
- lui demander des périodes de travail courtes mais efficaces et lui proposer un travail qu'il peut maîtriser, mais l'avertir qu'il doit parfaitement le réaliser,
- lui permettre de bouger en classe (distribuer des cahiers, effacer le tableau),
- lui donner des ordres clairs et simples et s'assurer qu'ils ont été entendus, la répétition est souvent nécessaire.

Il apparaît que, mieux informés, les enseignants gèrent mieux le comportement de l'enfant et, par une attitude adaptée, favorisent son développement.

Dans les cas sévères, le traitement par Ritaline apporte une amélioration sensible de l'attention et facilite la tâche de l'enseignant.

4.3.Prise en charge de l'enfant précoce ou surdoué

En premier lieu, il convient de repérer ces enfants avec l'aide des psychologues scolaires et plus tard des conseillers d'orientation psychologue. Il est nécessaire de réaliser un bilan complet pour les évaluer et mettre en œuvre un parcours qui soit le plus individualisé possible et qui respecte au mieux les rythmes d'acquisition scolaires de ces enfants doués d'une grande curiosité intellectuelle et d'une rapidité de raisonnement.

Longtemps, la précocité n'a pas posé de réels problèmes à l'école, différents âges cohabitant dans une même classe. Puis le système s'est rigidifié en séparant les élèves par classe en fonction de leur âge. Les enfants précoces ont alors été marginalisés dans leur groupe classe. En 1989, l'instauration des cycles à l'école a réintroduit une souplesse dans le système éducatif qui devrait permettre une meilleure prise en charge des élèves précoces sans les marginaliser.

A l'école élémentaire, on pourra utilement installer une pédagogie des cycles qui repose sur une évaluation des compétences des élèves, en particulier dans le cadre du passage au CP. Il en est de même de la réduction des cycles d'apprentissages fondamentaux et des approfondissements qui peut être parfois supérieur à un an.

A l'école élémentaire ou au collège on pourra proposer des aménagements à la structure classe : un élève peut être inscrit dans une classe, où il suivra avec des élèves de son âge des activités, et fréquenter pour d'autres enseignements une autre classe. Cela nécessite bien sûr un travail de concertation au sein de l'école ou du collège. Les parcours diversifiés et les travaux croisés sont une autre occasion de permettre l'expression et le développement des aptitudes particulières de chacun.

Au sein de la classe, l'enseignant veillera à :

- ne pas révéler la précocité de l'enfant à la classe, pour ne pas le marginaliser,
- l'aider à s'adapter, à vivre son métier d'écolier,
- donner des méthodes de travail,
- éviter les exercices répétitifs,
- permettre l'approfondissement de certains sujets, par exemple exiger des explications suffisamment développées pour toute solution,
- viser un développement harmonieux : travailler aussi les compétences les plus faibles, par exemple, accentuer les efforts pour obtenir une écriture soignée et une présentation correcte,
- donner le goût de l'effort en leur proposant des tâches complexes,
- développer les goûts artistiques et les capacités sportives,
- développer les activités péri-éducatives (recherches en bibliothèque, informatique, sorties pédagogiques, activités théâtrales et musicales, jeu d'échec).

Non reconnus, les enfants précoces évoluent souvent vers l'échec scolaire ou l'exclusion sociale. Ils se sentent exclus, entraînés vers une marginalisation qu'ils n'ont pas choisie.

Leurs problèmes dominants perçus par l'entourage sont :

- des problèmes relationnels : souffrance, manque de persévérance, abandon, dépression, agressivité.
- manque de confiance par non-connaissance de soi, sous-estimation de soi, angoisse.
- l'enfant précoce non reconnu travaille en-dessous de ses capacités : n'ayant pas le plaisir de se dépasser, il se démotive et s'évade ailleurs.

5. Discussion : rôle du MEN face à ces trois situations

Dans les différentes situations évoquées, il m'apparaît que le rôle du MEN est d'abord d'écouter l'enseignant, de lui laisser la possibilité d'exprimer les difficultés qu'il rencontre devant l'élève perturbateur, et d'agir en ergonomiste. Quelle est la situation ? Quel est le contexte de la classe (l'effectif, les autres problèmes) ? Quel est exactement le comportement de l'enfant et de ses camarades ? Quelles ont été les stratégies mises en

œuvre et les difficultés rencontrées ? Comment sont les rapports avec la famille et les différents intervenants auprès de cet enfant ?

Dans un deuxième temps, je pense qu'il est nécessaire de rassurer l'enseignant et de resituer le trouble dans son contexte, celui d'une pathologie à confirmer puis à prendre en charge dans des structures adaptées.

La dépression est bien repérée comme une maladie. De ce fait, l'enseignant, même s'il se trouve en difficulté face à cet élève, ne se considère pas en échec sur un plan pédagogique. Il perçoit bien et connaît les difficultés de l'enfant en termes d'investissement scolaire et de souffrance, son propos est davantage de venir en aide à cet enfant qui souffre et de trouver auprès du MEN des solutions pour qu'une prise en charge adaptée puisse être entreprise rapidement. Par la suite, il attend aussi du MEN qu'il prenne contact avec le thérapeute de l'enfant pour être rassuré sur sa prise en charge effective, pour se tenir informé de l'évolution de son état, parfois aussi pour que soit envisagée une prise en charge mieux adaptée lorsque persiste en classe des comportements inquiétants (ce qui a été le cas d'Alex).

Pour ce qui concerne la THADA, la notion de pathologie n'est pas claire dans l'esprit de l'enseignant. Certes, l'enfant ne tient pas en place et il semble bien qu'il se maîtrise mal, mais il parle trop, il fait trop de bruit, il gêne ses camarades par son comportement, et le calme est difficile à maintenir dans la classe. Il dérange et le sentiment de l'enseignant est celui d'un échec : il ne parvient pas à enseigner dans des conditions normales, le programme n'avance pas. Le fait que le MEN replace ce trouble dans son contexte de pathologie, dont la prise en charge médicale est possible et envisageable, permet de dédramatiser la situation. La demande d'information sur cette "maladie" peut alors émerger. Mieux informé sur les troubles de l'enfant, l'enseignant trouve souvent seul des solutions et gère mieux la situation, d'autant qu'il sait pouvoir compter sur une aide. La demande d'intervention du MEN auprès de la famille est également très attendue ; dans le cas de Guy elle aura permis de restaurer le dialogue puis la confiance entre l'école et la famille, et de trouver des solutions extrascolaires dans certains domaines. Par contre, le MEN n'est certainement pas le mieux placé pour suggérer des solutions pédagogiques (même s'il en connaît). Il apparaît que dans ce domaine, le psychologue scolaire est plus écouté, puisqu'il est lui-même un ancien enseignant et qu'il a vécu le "contexte classe" et ses difficultés. Les contraintes de la prise en charge de ces enfants sont très lourdes, et les classes souvent chargées rendent encore plus difficile la mise en place des différentes mesures proposées. Le rôle du MEN peut être alors de soutenir l'enseignant par des rencontres périodiques.

Il me semble que le trouble dépressif, surtout s'il est grave ou s'il perdure, et la THADA devrait pouvoir faire l'objet d'un PAI qui aurait le mérite de resituer le trouble dans son contexte de maladie chronique justifiant une prise en charge et des mesures spécifiques. Il donnerait l'occasion à tous les intervenants auprès de l'enfant de se rencontrer au moins une

fois dans l'année en replaçant le MEN dans son rôle de conseiller technique mieux défini dans ce cadre que dans celui de l'équipe pédagogique. Il serait ainsi possible chaque année :

- de revoir la situation, et de faire le point sur l'évolution de l'enfant et de sa prise en charge,
- d'informer le nouvel enseignant sur la pathologie de l'enfant et sur les moyens d'y faire face,
- d'envisager les différentes difficultés susceptibles de se présenter dans l'école et d'envisager les solutions à y apporter,
- de permettre éventuellement la prise de médicament, et d'en expliquer l'intérêt.

La mise en place d'un PAI n'exclut par ailleurs pas du tout la survenue d'équipes éducatives aussi souvent que nécessaire.

Le problème de l'enfant précoce ou surdoué apparaît plus complexe, même s'il donne à l'enseignant des soucis très comparables (agitation ou dépression). Il n'entre pas dans le cadre d'une pathologie répertoriée, mais du fait de son fonctionnement très particulier, il ne se situe pas non plus dans la normalité. Son fonctionnement intellectuel et ses besoins en terme de pédagogie sont méconnus, aucune structure, aucune prise en charge spécifique n'existe, les informations sur le sujet manquent. L'enfant surdoué, par ennui, peut devenir agité, perturbateur, agressif ou dépressif. Il s'isole, ne s'investit plus et nombre d'entre eux sont en échec scolaire faute d'avoir été repérés suffisamment tôt. Cependant de nombreux travaux sont en cours et les associations de parents d'enfants surdoués s'activent, comme en témoignent les deux congrès récents sur le sujet. Ces associations permettent des échanges, sont sans doute capables de donner des conseils et des avis précieux. A la demande de Jack Lang, ministre de l'Education Nationale, un important rapport sur la scolarisation des enfants intellectuellement précoces vient d'être publié par J.P. Delaubier.

Le rôle du MEN consiste donc à informer les enseignants sur les éléments permettant de suspecter une précocité, sur le mode de fonctionnement intellectuel de ces enfants et sur les données actualisées de leur prise en charge à l'école. Il a également un rôle à jouer auprès des parents, surtout lorsque l'enfant présente une dyssynchronie, et qu'une prise en charge adaptée s'impose en milieu spécialisé. Le dialogue avec le psychologue scolaire dont l'approche de ces différentes situations est tout autre, est souvent très fructueux en termes de repérage, de diagnostic et d'évaluation.

6. Conclusion

Le MEN, dans ces trois situations, intervient dans un cadre institutionnel lors de la visite obligatoire des enfants de 6 ans, moment privilégié où la rencontre de l'enfant, de ses parents et de l'enseignant est réalisée dans l'école en dehors de tout contexte de crise. Plus

tard ce sera lors de visites à la demande pour des enfants en difficultés, dans un contexte moins favorable, mais où la demande des parents et des enseignants permet souvent une meilleure prise en charge de l'enfant. Le MEN intervient également dans le suivi de cet enfant, il peut assurer le lien avec le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) qui a suivi l'enfant et éventuellement sa famille auparavant. Il intervient au sein des équipes pédagogiques, surtout lorsqu'une orientation particulière est envisagée, Il est membre de la Commission de Circonscription Prélémentaire et Élémentaire (CCPE) qui propose ces orientations.

Le MEN intervient comme conseiller technique auprès des enseignants en difficultés et lors des visites institutionnelles, en aidant au repérage et au diagnostic de ces différentes situations, et à leur prise en charge au sein de l'école. Il intervient aussi auprès des familles pour expliquer la problématique de l'enfant et son mode de prise en charge dans l'institution scolaire et en dehors. Il peut également assurer le lien avec les intervenants thérapeutes en dehors de l'école pour donner les informations nécessaires à une bonne prise en charge de l'enfant qui peut apparaître fort différent dans l'institution et en dehors.

Le MEN intervient souvent comme médiateur et assure le lien entre la famille, l'enseignant, le psychologue scolaire et les intervenants extérieurs, surtout en situation de crise.

Cette étude m'a permis de mieux connaître ces trois situations, que je découvre beaucoup plus fréquentes que je ne l'avais supposé. La demande d'information des enseignants, dont j'ai découvert la grande capacité à évaluer ces situations particulières, est très forte, mais le sentiment d'incapacité à faire face à ces mêmes situations est souvent un obstacle, parfois difficile à surmonter. J'ai également mieux cerné le rôle du psychologue scolaire, sa formation et ses missions. Ces informations permettront sans doute une meilleure coordination de nos missions respectives dans l'avenir. Le dialogue avec le RASED, d'une façon plus générale, a été très fructueux ; un travail plus concerté est également prévu. Des demandes d'information sur ces troubles ont été formulées par certains enseignants au cours de cette année.

Bibliographie

ABELLA A, GEX-FABRY M, MANZANO J : Enseignants et cliniciens face aux difficultés des enfants en âge scolaire : une étude longitudinale prospective. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2001, n°89, pp9-18

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, traduction française, Paris, Masson, 1996, 1056p.

Classification Internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, 10^e édition (CIM 10), OMS, Paris, Masson, 1993.

COTE S : Doué, surdoué, précoce. L'enfant prometteur et l'école. Paris, Albin Michel, 2002, 183p.

DELAUBIER JP : La scolarisation des enfants intellectuellement précoces. Rapport à Monsieur le Ministre de l'Education Nationale, publié au Bulletin Officiel de l'Education Nationale, 28 mars 2002.

DUBUE R., CAOUETTE C : Hyperactivité et déficit d'attention chez l'enfant. Paris : Gaëtan Morin, 1992. 182p

ETOURNEAU C : Les enfants hyperactifs, des sujets à risques. Décision santé Stratégie santé, Décembre 2000, n° spécial, pp10-11.

GERARDIN P : Hyperactivité, des enfants souvent en échec, Impact médecin hebdo, Octobre 2000, n°505, pp16-19.

GIRAUD M : Troubles dépressifs chez l'enfant, Revue de l'infirmière, Octobre 1999, n°53, pp38-39.

GUILLAUD-BATAILLE J M, CIALDELLA Ph : Epidémiologie des troubles dépressifs de l'enfant et de l'adolescent, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, Mars-Avril 1993, n°3-4, pp175-184

HERGUETA T : Enfants surdoués et difficultés scolaires, Impact médecin hebdo, Octobre 2000, n°505, pp19-22.

MARCELLI D, GUTTON P, MILLE C, et al : Dépression de l'enfant et de l'adolescent, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1998, n°10-11, pp489-501.

MESSERSCHMITT P, LEGRAIN D : L'enfant déprimé. Paris : Fayard, 2000, 324p

MILLER A : Le drame de l'enfant doué, Paris : Presses Universitaires de France, 1995, 132p.

MOUREN.SIMEONI M.C, Syndrome d'hyperactivité avec déficit de l'attention concentration de l'enfant, XX colloque du Syndicat Autonome des Médecins de Santé Publique de l'Education Nationale, 8 9 Décembre 2000.

NERI JP, TRAMOY-WERNER S, FARRE C : Psychologie clinique dans l'institution scolaire, Presses Universitaires de Grenoble, 2000, 170p.

PETOT D : Enfants hyperactifs : troubles cognitifs spécifiques et troubles de l'attention. Enfance, 1999, n°2, pp137-156.

SAIAG.MC, MOUREN-SIMEONI.MC : Troubles du comportement de l'enfant, La revue du praticien – Médecine générale, Février 1998, n°411, pp23-35.

TERRASSIER J.C, Les enfants surdoués ou la précocité embarrassante, E.S.F., Paris 1981, 2°ed augm 1989.

ANPEIG (page consultée le 27/01/02). Lettre du recteur de l'Académie de Lille [en ligne] Adresse URL : <http://www.anpeip.org/fede/rectoratlille.html>

Bulletin Départemental de l'Académie de Lille. Juin 2001(page consultée le 06/02./02). Scolarisation des enfants intellectuellement précoces [en ligne] Adresse URL : <http://netia62ac.ac-lille.fr/admin62/bd/an2001/juin01-01.htm>

DEMUYNCK N.(page consultée le 06/02/02). Enfance. Les enfants surdoués [en ligne]. Adresse URL : <http://club.euronet.be/nicolas demunynck/douance.universalis.html>

Jour après jour - Dossier : (page consultée le 06/02/02). Le profil du surdoué polyvalent [en ligne]

Adresse URL : http://www.jourapresjour.com/1999/15_surdoués/dossier/dossier_03.shtml

UNAPEC (page consultée le 06/02/02). Les enfants surdoués [en ligne]. Adresse URL : <http://www.unapec.org/cytair/village/publispecif/surdoués.htm>

Liste des annexes

Annexe 1 : QUESTIONNAIRE DE CONNERS POUR LES ENSEIGNANTS

Annexe 2 : QUESTIONNAIRE DE CONNERS DES PARENTS

Annexe 3 : CLASSIFICATION INTERNATIONALE DSM IV

Annexe 1

QUESTIONNAIRE DE CONNERS POUR LES ENSEIGNANTS

	pas du tout	un petit peu	beaucoup	énormément
1. est agité, se tortille sur sa chaise			x	
2. fait des bruits inappropriés quand il ne faut pas.			x	
3. ses demandes doivent être satisfaites immédiatement.			x	
4. est impertinent, effronté.			x	
5. fait des crises de colère et a des conduites imprévisibles.		x		
6. est trop sensible à la critique.			x	
7. est distrait.				
8. perturbe les autres élèves.			x	
9. est rêveur.	x			
10. fait la moue et boude.		x		
11. a une humeur qui change rapidement et de façon marquée.	x			
12. est bagarreur.		x		
13. a une attitude soumise à l'égard de l'autorité.		x		
14. est agité, va constamment à droite et à gauche.			x	
15. s'excite facilement, est impulsif.			x	
16. demande une attention excessive de l'enseignant.			x	
17. semble mal accepté par le groupe.	x			
18. se laisse mener par les autres élèves.		x		
19. est mauvais joueur.			x	
20. semble manquer de capacités à entraîner ou à mener les autres.		x		
21. a des difficultés à terminer ce qu'il a commencé.		x		
22. est puéril, immature.			x	
23. nie ses erreurs ou accuse les autres.		x	x	
24. a de la difficulté à s'entendre avec les autres élèves.		x	x	variable
25. coopère peu avec ses camarades de classe.		x	x	en
26. s'énerve facilement quand il doit faire un effort.		x	x	fonction
27. coopère peu avec l'enseignant.	x	x		du
28. a des difficultés d'apprentissage.		x	x	jour

Annexe 2

QUESTIONNAIRE DE CONNERS DES PARENTS

Vous trouverez ci-dessous des énoncés décrivant des comportements d'enfants ou des problèmes qu'ils ont parfois. Lisez chaque énoncé, attentivement et décidez du degré auquel votre enfant a souffert de ce problème durant la dernière année.

	pas du tout	un petit peu	beaucoup	énormément
1. Tripote ou ronge certaines choses (ongle, doigt, cheveux, vêtements)			x	
2. Insolent avec les grandes personnes.		x		
3. A du mal à se faire des amis et à les garder.		x		
4. Excitable, impulsif.				x
5. Veut tout commander.				
6. Suce ou mâchonne (pouce, vêtement, couvertures)			x	
7. Pleure souvent ou facilement.		x		
8. Se sent attaqué, est sur la défensive.		x		
9. Rêvasse.		x		
10. A des difficultés d'apprentissage.		x	x	
11. Se tortille, ne tient pas en place.				x
12. A peur de nouvelles situations, de nouveaux endroits et de nouvelles personnes, ou de fréquenter l'école.	x			
13. Est agité, a toujours besoin de faire quelque chose.	x			
14. Est destructeur.		x		
15. Ment ou raconte des histoires qui ne sont pas vraies.		x		
16. Est timide.	x			
17. S'attire plus d'ennuis (se fait plus attraper) que les autres enfants de son âge.				x
18. Ne parle pas comme les autres enfants de son âge (parle comme un bébé, bégaye, est difficile à comprendre).	x			
19. Nie ses erreurs ou accuse les autres.		x		
20. Est querelleur.			x	
21. Fait la moue ou boude.		x		
22. Prend les choses qui ne lui appartiennent pas.	x			
23. Est désobéissant ou obéit à contrecœur.		x		
24. S'inquiète plus que les autres (de la maladie, de la mort, de la solitude).		x		
25. Ne termine pas ce qu'il a commencé.		x		

26. Est facilement froissé.			x	
27. Brutalise ou intimide ses camarades.		x		
28. Ne peut s'arrêter lors d'une activité répétitive.			x	
29. Est cruel.	x			
30. A un comportement immature (demande qu'on l'aide pour quelque chose qu'il peut faire seul, est collant, a constamment besoin d'être rassuré).			x	
31. A des problèmes de fixation de l'attention, distractivité.				x
32. Souffre de maux de tête.		x		
33. A des changements d'humeur rapides et marqués.		x		
34. N'obéit pas ou n'aime pas obéir aux règles, brave les interdits.			x	
35. Se bagarre constamment.		x		
36. Ne s'entend pas avec ses frères et sœurs.		x		
37. Se décourage facilement lorsqu'un effort est nécessaire.			x	
38. Dérange les autres enfants.			x	
39. Est un enfant foncièrement malheureux.		x		
40. A des problèmes d'alimentation, (a un mauvais appétit, se lève après chaque bouchée).			x	
41. Souffre de maux d'estomac.	x			
42. A des problèmes de sommeil (ne peut s'endormir, se réveille trop tôt, se réveille pendant la nuit).	x			
43. Se plaint d'autres maux physiques et de douleurs.	x			
44. Souffre de vomissements, de nausées.	x			
45. Se sent lésé à la maison.	x			
46. Se vante, fanfaronne.	x			
47. Se laisse manipuler, écraser par les autres.	x			
48. A des problèmes d'évacuation intestinale (selles molles, irrégulières, constipation)	x			

A- Difficultés de comportement : 2, 8, 14, 19, 20, 27, 35, 39.

B- Difficultés d'apprentissage : 10, 25, 31, 37.

C- Somatisation : 32, 41, 43, 44.

D- Impulsivité-hyperactivité : 4, 5, 11, 13.

E- anxiété : 12, 16, 24, 47.

Annexe 3

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DSM IV

Inattention

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

Hyperactivité

- (a) remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège,
- (b) se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis,
- (c) souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice),
- (d) a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir,
- (e) est souvent "sur la brèche" ou agit souvent comme s'il était "monté sur ressorts",
- (f) parle souvent trop,

Impulsivité

- (g) laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée,
- (h) a souvent du mal à attendre son tour,
- (i) interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex., fait irruption dans les conversations ou dans les jeux).