

Comment prendre soin de l'enfant hyperactif à l'école ? De l'élève indiscipliné à l'élève handicapé

How to care of hyperactive children at school? From the unruly pupil to the disabled pupil?

Stéphanie RONCHEWSKI DEGORRE

Volume 6, Number 3, 2017

Soigner et prendre soin d'autrui : quels enjeux pour l'éducation et la formation?

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1040622ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1040622ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Université de Sherbrooke
Champ social éditions

ISSN

1925-4873 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

RONCHEWSKI DEGORRE, S. (2017). Comment prendre soin de l'enfant hyperactif à l'école ? De l'élève indiscipliné à l'élève handicapé. *Phronesis*, 6(3), 82–96. <https://doi.org/10.7202/1040622ar>

Article abstract

Taking care of a hyperactive child at school gives 2 meanings to the word 'care': worrying about a vulnerable person and health care with the recognition of his behaviour disorder, the unruly pupil becomes a disabled pupil. But how does an undisciplined pupil become a psychiatric case? How do you recognise a hyperactive child at school, that is, from a medical point of view, a child with ADD/ADHD (Attention Deficient Disorder with or without Hyperactivity)? Teachers contribute to the medical diagnosis by filling in behavioural tests. Then, in order to be taken care of, the child will need to have his hyperactivity recognised as a disability. To help the teacher, the doctor will give them advice on how to teach the child. Nevertheless, this desirable partnership raises difficulties. Between a paramedical support teacher and an educationalist doctor isn't there a risk of witnessing a dilution of roles? The lifting of doctor-patient confidentiality called for by some teachers is emblematic of this confusion. Canguilhem's distinction between normal and pathological will guide our reflection on the medical care of the hyperactive child at school. This case arouses an ethical issue about the medicalisation of our society.

Comment prendre soin de l'enfant hyperactif à l'école ? De l'élève indiscipliné à l'élève handicapé

Stéphanie RONCHEWSKI DEGORRE

Université Paris V, René Descartes
Laboratoire d'Éthique médicale
12 Rue de l'École de Médecine,
75006 Paris
stephanieronchewski@gmail.com

Mots clés : Prendre soin, élève hyperactif, trouble du comportement, enseignant, pédopsychiatre, médicalisation de la société, tests de Conners, handicap, diagnostic, normal et pathologique

Résumé : Prendre soin de l'enfant hyperactif à l'école, c'est donner deux sens au mot soin : le souci de la personne vulnérable et l'aide médicale. Avec la reconnaissance de son trouble du comportement, l'élève indiscipliné devient un élève handicapé. Mais comment un élève turbulent devient-il un cas psychiatrique ? Comment reconnaître à l'école un enfant hyperactif, c'est-à-dire, d'un point de vue médical, atteint d'un TDAH (trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) ? Les enseignants contribuent au diagnostic médical en remplissant des tests de comportement. Ensuite, pour être pris en charge, l'enfant devra faire reconnaître son hyperactivité comme un handicap. Pour aider l'enseignant, le médecin lui donnera des conseils pour faire son cours. Ce partenariat souhaitable soulève aussi des difficultés. Entre un enseignant auxiliaire paramédical et un médecin pédagogue ne risque-t-on pas d'assister à une dilution des fonctions ? La levée du secret médical réclamée par certains enseignants est emblématique de cette confusion. La distinction de Canguilhem entre le normal et le pathologique, guidera notre réflexion sur la prise en charge médicale de l'enfant hyperactif à l'école. Ce cas suscite une interrogation éthique sur la médicalisation de notre société.

Title: *How to care of hyperactive children at school? From the unruly pupil to the disabled pupil?*

Keywords: *Take care, hyperactive child, behavior disorder, teacher, child psychiatrist, medicalisation of the society, Connors test, disability, diagnosis, normal and pathological*

Abstract: *Taking care of a hyperactive child at school gives 2 meanings to the word 'care': worrying about a vulnerable person and health care with the recognition of his behaviour disorder, the unruly pupil becomes a disabled pupil. But how does an undisciplined pupil become a psychiatric case? How do you recognise a hyperactive child at school, that is, from a medical point of view, a child with ADD/ADHD (Attention Deficient Disorder with or without Hyperactivity)? Teachers contribute to the medical diagnosis by filling in behavioural tests. Then, in order to be taken care of, the child will need to have his hyperactivity recognised as a disability. To help the teacher, the doctor will give them advice on how to teach the child. Nevertheless, this desirable partnership raises difficulties. Between a paramedical support teacher and an educationalist doctor isn't there a risk of witnessing a dilution of roles? The lifting of doctor-patient confidentiality called for by some teachers is emblematic of this confusion. Canguilhem's distinction between normal and pathological will guide our reflection on the medical care of the hyperactive child at school. This case arouses an ethical issue about the medicalisation of our society.*

Introduction

Que signifie «prendre soin» de l'enfant hyperactif à l'école ?

L'enseignant a pour vocation d'instruire, mais aussi d'accompagner chaque élève dans son parcours individuel et social. Il a une fonction éducative. Il doit prendre soin des enfants, en particulier en raison de leur jeune âge, pendant le temps scolaire. «Prendre soin» exprime ici l'idée «de souci, de préoccupation et de relation à un autre fragilisé», selon l'article de Francine Saillant du dictionnaire du corps (Marzano, 2007, p.877).

Il arrive qu'un élève présente un trouble du comportement, une pathologie. Le soin qu'il réclame dépasse alors le simple besoin d'attention. Dans ce cas, «prendre soin» consiste à apporter une aide médicale à l'enfant atteint d'une pathologie afin de lui permettre de supporter sa souffrance. Parce qu'il est révélateur d'une nouvelle prise en charge des troubles du comportement des enfants en milieu scolaire, le cas de l'élève hyperactif illustre le glissement de sens qu'il peut y avoir entre le soin compris comme souci de l'être vulnérable, et le soin entendu comme prise en charge médicale.

Les élèves turbulents, agités, ceux qui n'écourent pas les consignes et se montrent impulsifs, ceux qui n'arrivent pas entrer dans le moule de l'Éducation nationale, sont souvent diagnostiqués hyperactifs. Ils souffrent de ce qu'on appelle en terme scientifique un TDAH (Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité). Savoir distinguer des élèves qui posent un problème de discipline de ceux qui ont un trouble du comportement répertorié par les autorités médicales fait l'objet d'un travail commun entre enseignants et pédopsychiatres. Mais comment s'établit le diagnostic de l'hyperactivité à l'école et quelle prise en charge médicale peut-elle être mise en place dans la classe ? Les médecins vont-ils être associés au travail des enseignants ? Les enseignants vont-ils acquérir des compétences thérapeutiques ? Qui va endosser la responsabilité de cette prise en charge médicale en milieu scolaire ?

La rencontre entre l'institution scolaire et l'institution médicale, en cumulant les attentions portées à l'enfant, peut se révéler très fructueuse, mais elle amène plusieurs questions. D'un point de vue théorique, comment distinguer le normal du pathologique, c'est-à-dire l'agitation de l'enfant rebelle et exaspérant, de l'hyperactivité de l'enfant malade ? D'un point de vue pratique, comment s'associer pour prendre soin de l'enfant tout en préservant les fonctions de chacun et continuer de respecter le secret médical ? D'un point de vue sociétal, si les cas d'enfants diagnostiqués hyperactifs augmentent, n'est-ce pas aussi le reflet de ce que certains comme Gori et Del Volgo (2009) appellent une «médicalisation de l'existence» ?

1. L'hyperactivité, une notion très étendue

1.1 Le sens courant

Entre un enfant qui préfère bavarder et s'amuser en classe plutôt que d'écouter le cours et celui qui, malgré l'autorité de l'enseignant, ne tiendra pas en place parce qu'il a un TDAH, il faut trouver des critères qui permettent de distinguer l'indiscipline du pathologique. L'hyperactivité est un terme à la mode qui peut servir dans son usage courant de fourre-tout pour désigner l'attitude de l'enfant qui demeure très agité face à l'opposition des adultes. Pourtant l'hyperactivité correspond à une pathologie répertoriée selon les différentes classifications médicales. Lorsque les enseignants ou les parents recourent à ce terme en l'absence de diagnostic, c'est pour exprimer une exaspération face à une agitation excessive qui ne peut être contrôlée.

1.2 Le sens scientifique

Pour le sens commun, un enfant hyperactif serait dérangeant, car trop agité ou turbulent. Il provoquerait une gêne importante pour celui qui doit l'encadrer. En ce sens, l'hyperactivité relèverait d'un jugement subjectif. En revanche, pour les experts,

les scientifiques, l'hyperactivité se trouve objectivée à travers différentes classifications qui, toutes, mobilisent les notions de « manque d'attention », d'« agitation » et d'« impulsivité », mais qui ne les organisent pas de la même manière.

Pour le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) américain, qui est le plus utilisé, l'hyperactivité est dite TDAH, « trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ». Il se décline selon trois formes : manque d'attention, hyperactivité-impulsivité ou les trois notions en même temps. Ainsi, sous le nom d'hyperactivité, on peut désigner un simple symptôme d'agitation, ou alors le syndrome TDAH en entier qui peut contenir un à trois de ces symptômes. L'hyperactivité est à la fois le syndrome et le symptôme, le tout et la partie, et paradoxalement comme le souligne Wahl « il est donc possible de décrire un hyperactif non hyperactif » (Wahl, 2012, p.25).

Pour la CIM (Classification internationale des Maladies), les trois symptômes sont nécessairement présents. Nous parlons ici d'une « perturbation de l'activité et de l'attention », inscrite dans les « troubles hyperkinésiques ».

Pour la classification française CFTMEA (Classification française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent), on envisage l'« hyperkinésie avec troubles de l'attention » selon les trois symptômes d'agitation, manque d'attention et impulsivité, mais en la nuancant en fonction du niveau de développement de l'enfant et des différentes situations dans lesquelles elle s'exerce.

En passant de la CFTMEA à la CIM10 au DSMIV au DSMV puis au sens commun, on élargit le champ d'application de l'hyperactivité, et donc son taux de diagnostic potentiel. En ce sens, la popularité du DSMV, malgré les controverses dont il fait l'objet, s'expliquerait par le fait qu'il répond mieux à l'exaspération des enseignants ou des parents qui ne supportent plus leurs enfants.

Le Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Lebovici, Diaktine et Soulé (2004), considère l'hyperactivité dans une acception plus ancienne comme « instabilité psychomotrice ». Cet ouvrage de référence ferait peut-être la synthèse entre le sens courant et le sens médical dans la mesure où il tisse un lien entre la reconnaissance d'une situation subjective à l'origine de son identification (le fait qu'on ne supporte plus l'enfant), et l'objectivité d'un trouble émanant de l'enfant lui-même.

1.3 Les limites nosographiques de l'hyperactivité

Nous pouvons constater que le diagnostic de l'hyperactivité n'est pas l'identification d'une cause, mais plutôt la description d'une série de symptômes, plus ou moins fréquents et plus ou moins intenses selon leur degré d'acceptabilité et de perception par la famille, par la société, et surtout par l'école. Il n'y a donc pas de diagnostic étiologique. C'est en ce sens que l'on peut parler avec Golse et Lazaratou « des limites de la nosographie dans le champ de la pathologie mentale » (Golse et Lazaratou, 2012, p.25).

Nous pouvons considérer avec ces auteurs qu'il y a bien un « noyau dur, et indéniablement pathologique, de troubles authentiques de la régulation des processus d'attention, mais un noyau dur autour duquel se déploie un halo de situations cliniques beaucoup plus floues » (*Ibid.*). Autrement dit, il ne s'agit pas de nier la valeur pathologique de l'hyperactivité, mais d'être attentif au fait que la dénomination de cette pathologie semble s'étendre au-delà du trouble lui-même. Notre question sera alors de voir comment ce trouble est pris en charge et comment la nuance est faite précisément entre ce noyau dur véritablement pathologique et ce « halo » de situations où le diagnostic d'hyperactivité demeure plus incertain.

1.4 L'enfant hyperactif : enfant gêné ou enfant gênant ?

L'hyperactivité se traduit par la gêne éprouvée par l'enfant qui ne peut se concentrer, ainsi que par la gêne qu'il suscite au sein de son environnement social et familial. Alors qu'il perturbe son entourage, l'enfant hyperactif est lui-même gêné par son trouble qui le fait souffrir dans sa vie quotidienne. Ce trouble devrait donc renvoyer à la notion de handicap, notion qui désigne une incapacité relative d'une personne dans son accessibilité, sa représentation ou son appréhension de l'environnement. Étrangement, cette notion est absente des classifications officielles que nous venons de présenter. Mais paradoxalement, la prise en charge médicale de l'enfant hyperactif à l'école, implique nécessairement des démarches pour faire reconnaître officiellement l'enfant comme handicapé.

2. La reconnaissance de l'hyperactivité comme handicap

2.1 La définition du handicap

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, définit la notion de handicap comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » (Médialis, 2009). En définissant le handicap d'abord par rapport à une gêne ou un obstacle à l'intégration sociale, on rejoint l'idée de Canguilhem pour qui la norme n'est pas que biologique, mais résulte d'interactions du vivant avec son milieu, son environnement. C'est par un décret du 19 décembre 2005 que sont mises en place des MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées). Elles vont accompagner les personnes handicapées et leurs proches tout en leur apportant une série d'aides et de prestations compensatoires.

2.2 La scolarisation des élèves handicapés

La MDPH va, en étroite association avec les parents, décider d'une orientation de l'enfant ou mettre en place un « Plan Personnalisé de Scolarisation » (PPS) qui lui permettra de bénéficier d'aides comme du matériel scolaire, de certains aménagements, mais surtout de la présence d'une personne pour l'aider, à savoir d'une Aide à la Vie Scolaire (AVS). L'aide peut aussi être collective en permettant le placement dans des classes spécialisées comme les CLIS (Classe pour l'Inclusion Scolaire) en primaire, et les ULIS (Unité pour l'Inclusion Scolaire) dans le secondaire au sein d'établissements classiques. Il existe aussi des établissements spécialisés, les ITEP (Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique), les anciens instituts de rééducation, qui ont vocation à accueillir des enfants qui ont des troubles du comportement importants nuisant gravement à leur socialisation et à leur éducation. Dans le cadre de cet article, nous n'étudierons que la scolarisation des enfants hyperactifs dans des structures classiques.

2.3 Des aides médicales pour scolariser l'élève hyperactif

Lecendreux (2007) explique que, même si on ne considère pas le TDAH comme un handicap en soi, ses effets sont pour le moins handicapants, et à ce titre l'enfant hyperactif peut faire une demande de reconnaissance par la MDPH. La famille doit monter un dossier contenant un certificat médical, un document appelé « projet de vie » qui fait part des difficultés de l'enfant, et éventuellement une demande de prise en charge financière. C'est avec la commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) qu'il sera décidé des aides et prestations accordées, ou encore des différentes orientations scolaires. C'est alors dans le cadre d'un projet personnalisé coordonné par un « enseignant référent » qu'il va pouvoir bénéficier d'une AVS, de matériel adapté, d'une demande de tiers temps, d'une allocation ou de l'aide d'une « rééducatrice RASED » (Réseau d'Aide Spécialisée des Élèves en Difficulté), ou encore d'une aide thérapeutique.

Bien sûr, la rencontre avec les différents interlocuteurs de ces dispositifs peut amener à proposer aux parents des aides extérieures comme celle d'un psychologue ou d'un orthophoniste, si le trouble s'accompagne d'autres difficultés comme celles du langage. La reconnaissance de l'hyperactivité par les MDPH est considérée comme une victoire par les associations de parents d'enfants hyperactifs (comme l'association « hypersupers » qui est la plus importante en France). Elle est souvent encouragée par les enseignants qui y voient une possibilité d'être aidés. Mais comment peut-on sur le terrain distinguer l'enfant turbulent et indiscipliné de l'enfant atteint d'hyperactivité ?

3. La contribution des enseignants au diagnostic psychiatrique

3.1 L'alerte donnée par les enseignants

3.1.1 Un repérage par de nombreux acteurs notamment de l'école

L'ambiguïté sémantique de l'hyperactivité se traduit par la difficulté à établir son diagnostic. La banalité de ce terme encourage la demande de diagnostic. Lecendreux (*Ibid*) considère comme un fait établi que «le TDAH est la première cause de consultation en psychopathologie de l'enfant dans nombre de pays industrialisés». Or avant que des parents aillent chez un médecin pour faire confirmer par un diagnostic ce qu'ils pensent être une hyperactivité, ils ont pu être alertés par différentes instances.

Les difficultés que les parents peuvent avoir au quotidien pour tenir leur enfant «tranquille» sont bien sûr un premier signe pour eux. Mais avoir un enfant «pénible» ne suffit pas à vouloir consulter, des problèmes doivent apparaître en dehors du huis-clos familial, notamment à l'école. Un enfant agité qui peut être davantage cadré à la maison sera difficile à «gérer» dans une classe à plus de 25 élèves. Les enseignants, qui passent une grande partie du temps avec lui sont souvent les premiers à donner l'alerte. L'enfant hyperactif peut aussi, au sein de l'école, être repéré par un éducateur, le psychologue scolaire, le médecin scolaire ou l'infirmière scolaire. En dehors de l'école, il peut être repéré par un orthophoniste, le médecin traitant ou le pédiatre de l'enfant.

3.1.2 Conséquence paradoxale : une objectivité émergeant de la convergence des subjectivités

Nous pourrions soupçonner une de ces personnes de porter un jugement trop subjectif tant est commun de considérer un enfant comme agité, impulsif ou inattentif. L'objectivité du diagnostic dépendra alors du cumul des situations. En effet, il ne suffit pas qu'une seule personne remarque des troubles de l'attention, de l'agitation ou de l'impulsivité. Il faut, selon la classification scientifique DSM, que ces troubles aient à la fois une durée dans le temps (au moins 6 mois) et qu'ils se retrouvent dans plusieurs contextes différents. Les avis des personnes impliquées dans le repérage sont multiples et se cumulent. Pour Wahl, «la somme des subjectivités prendra force d'objectivité» (Wahl, 2012, p.41), car «si un seul (parent, enseignant ou médecin), juge un enfant trop agité, rien ne pourra être conclu» (*Ibid*, p.40). Ainsi ce qui servira de base au diagnostic du médecin provient de rapports établis entre l'enfant et divers protagonistes qui n'ont pas nécessairement de fonction médicale. Ce qui permettra de porter un jugement objectif sur le trouble de l'enfant réside dans la convergence de ces jugements subjectifs. Comment le médecin va-t-il pouvoir établir alors son diagnostic ?

3.2 L'évaluation des enseignants récupérée par les médecins

3.2.1 L'examen clinique préalable

Quelles que soient les personnes qui repèrent l'hyperactivité de l'enfant, c'est toujours aux parents que revient la décision de faire faire un diagnostic médical. Celui-ci n'est pas simple, il prend du temps et demande l'aide de plusieurs spécialistes. Il peut être réalisé par un pédiatre ou le médecin traitant, mais, dans certains cas plus complexes, l'avis d'un spécialiste comme un pédopsychiatre, ou un neurologue est requis.

Un diagnostic demande plusieurs séances. Selon Bélanger (2008, p.30), «il n'y a pas de test de laboratoire ou de mesure simple». Dans le même sens, Wahl (2012, p.40) explique qu'il «n'existe pas un seul signe catégoriel pathognomonique dont la présence pourrait signer le diagnostic d'hyperactivité». Autrement dit, il n'y a pas UN symptôme spécifique dont la présence permettrait à lui seul d'établir le diagnostic. L'examen est d'abord clinique. Le médecin fait un entretien avec les parents puis avec l'enfant. Il s'agit dans un premier temps de faire l'anamnèse. Il ne s'agit pas tant de relever des faits extraordinaires que de comprendre sa vie au quotidien. Il faut d'abord éliminer toute autre cause médicale ou psychologique comme un problème familial. Le médecin doit selon Bélanger détecter la présence des symptômes décrits par le DSM ou la CIM.

Il doit établir s'ils sont suffisamment sévères pour empêcher l'adaptation et le développement de l'enfant, s'ils provoquent depuis longtemps un handicap pour la vie de l'enfant dans plus d'un domaine différent (école, maison...), et considérer l'éventualité d'autres facteurs aggravants. Après un examen clinique, le médecin doit aussi faire un diagnostic différentiel pour distinguer le TDAH de tout autre trouble en prescrivant par exemple un bilan orthophonique par rapport à des troubles du

langage, un examen psychomoteur par rapport à des troubles de coordination motrice ou un examen logico-mathématique, par rapport à des troubles de l'apprentissage. Une fois écarté tout autre problème, l'évaluation et la compréhension de ce qui se passe en classe deviennent une pièce maîtresse du diagnostic.

3.2.2 Des documents produits par les enseignants utiles aux médecins

Pour faire l'analyse de la vie sociale de l'enfant, le médecin doit pouvoir distinguer un véritable TDAH de ce qui serait le fait d'un problème avec un enseignant spécifique. Le médecin demande le plus souvent aux parents de ramener l'ensemble des bulletins et des éventuels rapports scolaires. Si les bulletins depuis de nombreuses années répètent des appréciations issues d'enseignants différents qui vont dans le sens d'une grande agitation, d'une impulsivité ou d'un manque d'attention notoire, alors le médecin est conforté dans l'idée que l'enfant souffre d'hyperactivité. Bien souvent les élèves hyperactifs, s'ils ne sont pas pris en charge, peuvent déclencher des conflits dans la classe qui se terminent par la rédaction d'un rapport à charge contre l'élève, dans lequel l'enseignant fait le récit d'événements inacceptables. Le médecin et l'enseignant peuvent également échanger directement lors de réunion de synthèse ou simplement par téléphone. Le diagnostic s'appuie donc sur un ensemble de témoignages issus de milieux différents, familiaux et scolaires essentiellement, qui impliquent si possible un maximum de personnes travaillant dans l'école de l'enfant. Enfin l'examen médical est souvent complété par des questionnaires ou des grilles d'évaluation que le médecin donne aux parents, mais aussi aux enseignants (directement ou par le biais des parents).

3.3 Complément d'analyse : des enseignants missionnés par les médecins pour faire des tests

3.3.1 Des élèves testés

Les enfants hyperactifs, par leurs difficultés à se concentrer et à rester en place, prennent du retard dans les apprentissages. Mais lorsqu'un psychologue ou un médecin fait un test de niveau, les résultats sont souvent faussés, car l'enfant hyperactif, soit se précipite pour répondre, soit n'a pas écouté les consignes. Si l'on veut connaître alors son véritable niveau intellectuel, on fait un test d'intelligence (de type échelle de Wechsler qui calcule le Quotient Intellectuel, QI). Cela se révèle utile selon Duché (1996, p.45), car « 20 à 30 % des enfants hyperactifs ont des résultats scolaires inférieurs à ce que leurs capacités intellectuelles devraient leur assurer ». L'auteur explique que les enfants hyperactifs réussissent plutôt à fournir une grosse dépense d'énergie pendant une courte durée, mais sont beaucoup moins bons lorsqu'il s'agit de faire preuve de précision et d'organisation.

De nombreux tests de comportement, surtout « Outre-Atlantique », sont prescrits, selon Duché (*Ibid*). Des grilles de questions sont données aux parents, et aux professeurs. Parmi les plus célèbres, citons les questionnaires de situation Barkley, ou encore le questionnaire Du Paul permettant de tester l'intensité de symptômes répertoriés dans le DSMIV. Mais selon trois sources différentes, « parmi les échelles et les questionnaires les plus répandus » (Bélanger, 2008, p.32), « les incontournables » (Bange, 2014, p.100), « au premier rang, il convient de citer les questionnaires Conners » (Wahl, 2012, p.50).

3.3.2 Un outil de dépistage du TDAH : le questionnaire de Conners confié par les médecins aux enseignants

Ce questionnaire a été créé aux États-Unis en 1977, puis traduit en français. Il en existe trois versions : pour les parents, pour les enseignants et pour toute personne extérieure (comme un médecin ou une infirmière) selon le dernier rapport de la HAS (Haute autorité de santé, 2012).

Le questionnaire de Conners (voir le questionnaire en annexe) est l'un des tests les plus prisés aux États-Unis et son utilisation pourrait se développer en France. C'est une échelle de comportement qui ne peut se suffire à elle-même pour diagnostiquer l'hyperactivité, mais qui sert d'indice. Le questionnaire est composé d'une grille de 48 items pour les parents, 28 pour les enseignants dans sa version courte. À elles-deux, elles peuvent constituer une base d'analyse pour diagnostiquer un TDAH. Un seul questionnaire est bien sûr insuffisant, il faut que les réponses des parents et des enseignants soient toutes les deux significatives : si la moyenne des points du test est de 1,5 alors on peut envisager de faire un diagnostic médical pour trouver le TDAH (chaque item peut être coché « jamais », « à l'occasion », « souvent » ou « très souvent » et rapporte 0 à 3 points) (Wahl, 2012, p.51).

3.3.3 Étude du contenu du questionnaire de Conners

À l'aide d'une dizaine de professeurs du secondaire (pour une grande part, issus du lycée de la banlieue parisienne où nous enseignons la philosophie) nous avons pu identifier une série de limites à ce test.

- Le caractère redondant des items encourage l'inflation du diagnostic d'hyperactivité : on a cinq items (3, 7, 9, 12, 28) qui demandent explicitement si l'enfant est agité, items qui ne peuvent qu'être confortés par trois autres (11, 21 et 24) qui devraient en découler. Il y a de fortes chances pour qu'un enfant noté « très souvent » pour l'un de ces huit items, le soit également pour les autres. Il en est de même pour les items consacrés à l'impulsivité et ceux consacrés à l'inattention, qui de surcroît résultent de l'agitation puisqu'un enfant bougeant dans tous les sens ne peut pas se concentrer. Nous pouvons donc très rapidement obtenir des taux élevés d'agitation faisant croire à une objectivité issue d'une variabilité des critères alors que les questions sont en réalité très proches les unes des autres. À moins que le questionnaire ne vise qu'à vérifier la cohérence de l'enseignant...
- Beaucoup de questions appellent une réponse subjective, moralisante ou psychologisante de la part de l'enseignant : on peut se demander par exemple qu'est-ce qu'être « provoquant » (item 2) ? Pour certains cela dépend de la sensibilité du professeur. Pour d'autres, comme le professeur d'arts plastiques, c'est une qualité appréciée et répertoriée dans l'évaluation pédagogique de cette discipline qui relève selon les consignes de l'Éducation nationale de « la prise de risque ». De même, l'item 10 demande si l'enfant est « rancunier ou vindicatif ». Doit-on juger un trait de caractère ? D'ailleurs, la question de savoir s'il est « rancunier » surprend : que lui a-t-on fait ?
- Le test ne recherche que la gêne ressentie par l'entourage, non celle éprouvée par l'enfant : ce test ne permet pas de distinguer un problème propre à l'enfant d'un problème relevant de son rapport à l'environnement. Il est question de la pénibilité de son comportement pour son entourage (item 5 : « dérange les autres enfants » ou item 6 : « s'oppose activement ou refuse de se conformer aux demandes de l'adulte », ou encore item 15 : « réplique, s'obstine avec les adultes »). En revanche, on peut souligner l'absence de considération pour la souffrance de l'élève. Il n'y a aucun item sur les caractéristiques suivantes qui sont pourtant propres à l'enfant hyperactif : il est souvent très fatigué et manque de mémoire malgré un travail effectué. Il peut avoir une mauvaise estime de soi. Il se met souvent maladroitement en danger physique lui-même. Ces caractéristiques objectives pourraient être observées par son enseignant. Nous pouvons nous demander pourquoi ce test s'intéresse plus au ressenti de l'enseignant lui-même qu'à l'état de l'enfant.

Ainsi, nous pouvons, avec ce test, arriver très vite à une suspicion d'hyperactivité quand un enfant très agité exaspère son professeur. Sachant que l'issue d'un diagnostic d'hyperactivité peut être la prise de médicaments qui « calment » les enfants, il peut être très tentant pour un enseignant en difficulté dans une classe surchargée de recourir à ce genre de tests. Ce questionnaire semble en dire plus sur la gêne éprouvée par la classe et l'enseignant que sur le comportement de l'enfant lui-même. « Mais enfin le comportement d'autrui n'est pas autrui » rappelle Merleau-Ponty (1945, p. 409).

Il est impossible de réduire l'état objectif de l'individu à une série de relations intersubjectives. Ces tests ont la prétention d'évaluer un sujet qui, même s'il est encore un enfant, de surcroît très dérangeant, est une personne avec qui s'engage une interaction réciproque. Ce que l'on peut qualifier de trouble du comportement ne peut se réduire à la gêne et la perception qu'en a autrui. Il faut tenir compte à la fois de l'intention cachée derrière le comportement qu'il faut interpréter, et à la fois du développement de ces troubles. Ceux-ci dépendent des relations entretenues en classe avec l'enseignant et les autres élèves, et bien sûr avec ses parents. Nous ne pouvons pas faire abstraction de la part active que tient la subjectivité de l'enseignant ou des parents dans la perception, mais aussi le développement de ce trouble. Si l'on se borne à évaluer un enfant uniquement par rapport aux effets que produit son comportement sur son environnement comme l'encourage ce test, on risque de confondre un état pathologique avec une simple inadéquation à des normes propres à un système scolaire donné. Le halo de situations où la pathologie serait plus incertaine pourrait s'étendre bien au-delà du noyau dur de la véritable hyperactivité.

Ces remarques nous invitent donc à la plus grande prudence vis-à-vis de ce test qu'on trouve en libre accès sur internet. Elles rappellent ce que disent les psychiatres eux-mêmes : ces tests ne peuvent servir que d'indices, ils requièrent une interprétation fine effectuée par des professionnels et ne devraient être utilisés qu'en complément d'entretiens personnalisés.

Pourtant, en tant que professeure de lycée, nous avons pu assister, 3 jours durant en 2016, à un stage de formation continue organisé par le ministère de l'Éducation nationale (Académie de Créteil, CAFORM, 2016), portant sur la prise en charge des différents troubles du comportement à l'école, notamment « des troubles du langage et des apprentissages ». Le test de

Conners a été l'un des rares documents distribués aux enseignants (clé d'interprétation à l'appui), afin de détecter le plus rapidement possible les élèves susceptibles d'être hyperactifs.

4. L'accompagnement des enseignants par les médecins

À partir du moment où un diagnostic d'hyperactivité est établi, l'enseignant n'est plus seul à « gérer », selon un vocabulaire issu de l'économie, les troubles du comportement de l'enfant dans sa classe.

4.1 La prise en charge médicale et psychologique : un soutien en amont du temps scolaire

4.1.1 Une « pilule de la sagesse » pour pouvoir aller à l'école

La réponse la plus rapide que l'on peut donner à l'agitation d'un enfant est de lui donner un médicament pour qu'il se calme. C'est à cette demande que répond le méthylphénidate (MPH). Selon un rapport de 2013 de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), en France « en 2011, environ 42 000 patients ont eu au moins un remboursement de méthylphénidate ». Le rapport fait état d'une nette augmentation, même si la France en consomme moins que les autres pays. En particulier aux États-Unis, Lecendreux (2007, p.27) estime, il y a déjà dix ans, à 2 millions environ, le nombre d'enfants traités chaque année par Ritaline, principal nom du méthylphénidate avec Concerta, et Quasym. En France, ce sont les seuls médicaments traitant l'hyperactivité ayant une AMM, c'est-à-dire, une autorisation de mise sur le marché (Wahl, 2012, p.83).

De quoi s'agit-il ? Le MPH n'est pas un calmant, mais paradoxalement un psychostimulant. Il viendrait combler un déficit en dopamine. Les tests venant conforter l'efficacité de ce médicament se font, entre autres, à partir de l'évolution des appréciations des bulletins scolaires qui passent des remontrances aux encouragements selon Wahl (2012, p.84). Il ajoute qu'une vertu de ce médicament est de montrer aux enseignants et aux parents que les troubles du comportement étaient bien pathologiques et non issus d'une faute morale volontaire : il suffit d'un comprimé et les enfants « s'assagissent » (*Ibid.*, p.92). Ainsi cet effet immédiat a fait dire à certains que la Ritaline était la « pilule de la sagesse » ! L'exemple américain séduit ou inquiète. En effet, aux États-Unis, environ 50 % des enfants TDAH prennent du MPH (contre 10 à 15 % en France) selon Grouchka, membre de la HAS (BFM-TV, 2016).

La Ritaline est prescrite dans un cadre très strict. D'abord elle ne peut être donnée qu'à partir de 6 ans et lorsque d'autres mesures éducatives, psychologiques, sociales et familiales s'avèrent insuffisantes. La première prescription et son renouvellement ne peuvent se faire que par des « spécialistes et/ou services hospitaliers spécialisés en neurologie psychiatrie ou en pédiatrie » selon la ANSM. Cependant, au moins 10 % des primo-prescripteurs sont des médecins généralistes libéraux. L'ANSM a dû rappeler les conditions de délivrance aux pharmaciens en 2012 (ANSM, 2013). S'il faut être attentif au dosage, car il peut y avoir, à forte dose, des effets secondaires psychotiques, cardiovasculaires ou sur la croissance. Ce médicament n'engage pas d'accoutumance. Aussi il est recommandé de ne le prendre que sur le temps scolaire, en arrêtant le week-end et les vacances. Ce serait donc un médicament prévu exclusivement pour pouvoir aller à l'école ?

La plupart des psychiatres semblent s'accorder sur l'efficacité de ce médicament dans des cas extrêmes avérés d'hyperactivité. Cependant, pour certains d'entre eux, il y a des cas sur-diagnostiqués : la prise du médicament serait à ce moment-là excessive et vue comme une solution de facilité, encouragée par les industries pharmaceutiques. Pour ces psychiatres, il ne faudrait pas négliger d'autres problèmes, notamment d'ordre psycho-affectifs, liés aux relations de l'enfant à son environnement. Prendre soin d'un enfant hyperactif ne peut évidemment se réduire à une médication au sens strict d'une prescription de médicaments.

4.1.2 La psychothérapie

La situation de l'enfant hyperactif dans la classe se heurte à un principe de réalité : il faut pouvoir répondre rapidement à l'exigence sociale de se plier aux règles scolaires, sous peine de ne plus rien apprendre et de perdre toute estime de soi à force d'être en conflit avec l'institution. En ce sens, même si prendre un médicament n'est jamais anodin, alors selon une forme de calcul décisionnel s'appuyant sur une balance-bénéfice/risque, la Ritaline se présente comme une solution efficace

pour traiter un symptôme d'agitation et donner la possibilité à l'enfant d'être un minimum attentif. Cependant, comme l'a montré Foucault (2005) dans *Maladie mentale et psychologie*, nous ne pouvons pas réduire une pathologie mentale à une pathologie organique. Même si la Ritaline a pu prouver son efficacité, il ne faudrait pas se priver pour autant d'une réflexion de fond sur ce qui a pu influencer la trajectoire de l'enfant afin de mieux appréhender et contrôler ces symptômes. Selon Golse et Lazaratou (2012, p.32), « l'historicisation des troubles » peut donner lieu à d'autres propositions thérapeutiques (comme le psychodrame, les techniques de psychomotricité, de relaxation analytique, de thérapie par les marionnettes pour les plus jeunes, de socialisation, de groupes mères-enfants...).

Le suivi psychologique de l'enfant peut se faire en complément ou à la place du médicament. Il existe divers courants que l'on ne fera ici qu'évoquer. Par exemple, des thérapies cognitives peuvent entraîner, par des exercices ou des jeux, l'enfant, à se donner des consignes dans un langage intérieur, comme le fait de faire son cartable. Les thérapies comportementales vont proposer des programmes éducatifs faisant intervenir les parents et les enseignants. La thérapie psychanalytique, inspirée des écrits de Freud, va remonter à la source du symptôme qui peut être issu d'un conflit familial refoulé (Wahl, 2012, p.96). Il s'agit de tenter de changer en profondeur des relations familiales en s'appuyant sur la parole et la pensée. Cela nécessite donc du temps, une écoute de la parole de l'enfant, une implication de la famille et même une possible remise en question de celle-ci, ce qui n'est pas toujours compatible avec les besoins pressants de l'école et de la famille elle-même. La socialisation de l'enfant demeure l'enjeu du traitement de l'hyperactivité de l'enfant : cette prise en charge médicale et psychologique à l'extérieur de l'école peut s'accompagner, quand le trouble est reconnu comme handicap, d'un dispositif d'aide au sein même de l'école.

4. 2 Le rôle des médecins dans l'organisation pédagogique de la classe

Une fois que le diagnostic est posé et que la pathologie est reconnue comme handicap par la MDPH alors un partenariat étroit se met en place à l'école entre les médecins et les enseignants. Dans le cadre d'un Plan Personnalisé de Scolarisation (PPS), l'enfant calmé ou non par un médicament peut bénéficier d'une Aide à la Vie Scolaire (AVS). Le suivi et la formation de cette AVS sont assurés par un enseignant référent qui coordonne des rencontres régulières entre personnel médical, notamment des pédopsychiatres et personnel scolaire en particulier les enseignants, en plus du médecin ou de l'infirmière scolaire.

Il s'agit alors de rendre compte des progrès scolaires et d'intégration de l'élève en fonction des aides mises en place. Le même médecin qui assure le suivi de l'enfant à l'extérieur de l'école peut intervenir à la fois pour aider la reconnaissance du handicap de l'enfant auprès de la MDPH et aussi pour assurer ensuite un suivi à l'école. Puisqu'il s'agit de prendre en charge les troubles du comportement dans la classe, les prescriptions médicales peuvent toucher l'organisation pédagogique. Par exemple, les enseignants en difficulté ont la possibilité d'utiliser une plaquette réalisée par l'équipe du service de psychopathologie de l'hôpital Robert Debré de Paris composée d'un pédopsychiatre, d'un psychologue et d'un professeur. Cette plaquette réalisée en partenariat entre l'assistance publique des hôpitaux de Paris et l'Éducation nationale fourmille de précieux conseils pédagogiques (Hypersupers TDAH France, 2014).

Ce document apporte aux enseignants des moyens techniques et pratiques leur permettant d'être dans les meilleures conditions afin de transmettre leur savoir. En ce sens la pédagogie insufflée par le médecin, avec la caution de l'autorité médicale, relèverait davantage d'une science que d'un art. Je citerai ici quelques-uns de ces conseils pédagogiques.

- Pour lutter contre l'inattention, il faut « donner des horaires fixes/afficher l'emploi du temps », « réduire le nombre de consignes et les écrire au tableau », « prévoir si besoin, en fonction du contrat, une photocopie de la leçon ».
- Pour lutter contre l'impulsivité, il faut « faire une liste courte du comportement attendu de l'élève », « assoir l'élève loin de toute distraction (porte, fenêtre), près de l'enseignant et à côté d'enfants calmes », « ajuster le seuil de tolérance par rapport aux comportements gênants (bruits, chantonement) », « augmenter la fréquence des remarques positives », « prévoir la possibilité pour l'élève de quitter la classe pour éviter une crise ».
- Pour limiter l'agitation, on peut « lui offrir des occasions de bouger de façon appropriée et utile pendant les heures de classe (distribuer des documents, effacer le tableau, ranger le matériel) », « avoir un signal discret et personnalisé pour lui dire que ce n'est pas le temps de parler ou s'agiter (ex : bouger la main = arrêter de bouger) », « favoriser les activités en extérieur (sport) ».

- Pour améliorer l'organisation de l'enfant, l'enseignant peut « indiquer quand les exercices doivent être terminés (date + heure) », « préférer le cahier au classeur », « vérifier la prise des devoirs à faire à la maison ».
- Pour aider l'enfant dans ses relations sociales, l'enseignant peut « établir avec l'élève des buts de comportements sociaux avec un système de gratification », « rassurer l'enfant lorsque des signes de frustration et de stress apparaissent », « rencontrer les familles ».

Le reste des conseils est dans la même veine, d'ordre pédagogique. Nous pouvons lire également, sur le même modèle, un exemple de document de PAI rédigé par des médecins dans l'ouvrage de Wahl (2012, p. 102).

Quelle différence avec ce que doit savoir un enseignant pour organiser sa classe, si ce n'est qu'il faut être un peu plus attentif, tolérant, indulgent et encourageant avec l'élève hyperactif? Mais n'est-ce pas dans la formation de l'enseignant de savoir adapter sa pédagogie à ses élèves? Pourquoi faut-il qu'il ait besoin que l'équipe d'un hôpital rappelle ces règles élémentaires? Y aurait-il ici un déficit dans la formation des enseignants? Et par ailleurs ces règles semblent si basiques que l'on pourrait se demander en quoi elles sont spécifiques à des troubles du comportement reconnus comme handicap. Ne sont-ce pas des règles applicables à tout élève? Ainsi, les médecins, en plus de leur rôle thérapeutique, assistent pédagogiquement les enseignants démunis face aux troubles du comportement de leurs élèves. La prise en charge non pas médicale, mais scolaire des enfants hyperactifs par leurs enseignants se fait avec l'aide et le soutien des médecins, que ce soit pour avoir une aide de la MDPH, ou pour avoir des conseils pour tenir sa classe. Grâce à la médicalisation du comportement de l'élève, l'enseignant n'est plus seul à endosser la responsabilité de gérer ces troubles.

5. Une enquête sur les attentes des enseignants vis-à-vis de l'autorité médicale

Reconnaître que l'origine de l'agitation de l'élève est pathologique et non un problème de discipline permettrait donc à l'enseignant de sortir de sa solitude. L'explication médicale pourrait prendre le relais d'un sentiment d'échec et de culpabilité de l'enseignant. Elle offre de nouvelles possibilités pédagogiques. Mais comment les enseignants se représentent-ils l'intervention des médecins dans leur classe? C'est ce que nous avons voulu explorer dans une enquête s'appuyant sur l'étude du questionnaire de Conners qui permet aux enseignants de repérer les enfants hyperactifs.

5.1 Méthodologie

Dans le cadre d'un parcours en master 2 en éthique médicale, à la Faculté de médecine de l'Université Paris V¹, une enquête a été réalisée en avril 2016 auprès d'enseignants travaillant (ou ayant travaillé) dans différentes écoles publiques de la banlieue parisienne (Val-de-Marne et Seine-Saint-Denis). 17 réponses ont pu être recueillies. 6 d'entre elles sont issues de professeurs exerçant en établissements difficiles classés Réseau d'Éducation Prioritaire (REP). Les autres travaillent au sein d'une population plutôt hétérogène — enfants issus de classes moyennes, mélangés à quelques élèves issus de milieux défavorisés. Ces enfants ont entre 6 et 11 ans. Les enseignants interrogés sont, à l'image des enseignants français, majoritairement des femmes oscillant entre 30 et 50 ans. Le questionnaire de Conners a été distribué à des professeurs des écoles primaires, accompagné de cinq questions, afin non pas de le remplir, mais de réfléchir à ses implications. Il s'agit d'interroger les enseignants d'une part sur la possibilité de participer à un diagnostic à visée psychiatrique, et d'autre part sur un partenariat qu'ils pourraient établir ensuite avec l'institution médicale².

5.2 Résultats

5.2.1 Une position ambiguë des enseignants vis-à-vis de l'institution médicale

Plus de 70 % des enseignants pensent qu'il est tout à fait utile et légitime qu'un professeur participe au diagnostic de l'hyperactivité de l'enfant grâce à ce questionnaire, car ils estiment qu'avec autant d'heures en commun ils sont de véritables « experts » du comportement de leurs élèves (question 2). Cependant, plus de 70 % pensent qu'il n'est pas de la responsabilité

de l'enseignant de participer à un diagnostic psychiatrique (question 4). Ainsi les enseignants par leur expérience, se sentent tout à fait habilités à faire passer ce genre de tests, mais en même temps ils ne veulent pas endosser la responsabilité d'un diagnostic psychiatrique. L'évocation de la dimension médicale de ce questionnaire ramène les enseignants à une position d'humilité. Cela relève selon eux de compétences qu'ils n'ont pas. Ils établissent une distinction entre repérage et diagnostic. Ils peuvent signaler et décrire finalement tous les symptômes d'un trouble du comportement d'un élève, mais ils ne peuvent pas, selon eux, affirmer s'il s'agit ou non d'un trouble du comportement. Les enseignants établissent une rupture entre la description d'un tel trouble psychiatrique et son diagnostic. Or le diagnostic psychiatrique de l'hyperactivité qui suit le DSM n'est pas étiologique, il ne réside pas dans la recherche d'une cause. Il consiste justement à faire état de tout ce qui peut constituer un trouble du comportement. Il n'est pas sûr que les enseignants aient conscience de la dimension médicale de leur action lorsqu'ils remplissent de tels tests.

5. 2. 2 Réponse médicale à la souffrance et à la solitude des enseignants

Si 76 % des enseignants interrogés ne connaissent pas le questionnaire de Conners (question 1), ils semblent plutôt séduits par les promesses d'aide que ce type de tests peuvent engager face à des problèmes de comportement qui relevaient jusque-là de leur seule responsabilité. L'enseignant semble vouloir que l'on écoute sa plainte par rapport au comportement d'un élève qui perturbe sa classe. Il souhaite s'adresser à un médecin pour en faire état, et le questionnaire de Conners en ce sens lui en donne l'occasion. Avant de permettre le diagnostic psychiatrique, faire passer des tests de comportement, qui seront interprétés par des médecins, est une manière d'exprimer et de faire reconnaître sa propre souffrance. Ce questionnaire l'aide à mettre des mots sur ses difficultés. À part une seule personne qui souhaite que « chacun garde sa place », tous les enseignants estiment opportune l'intervention des psychiatres dans les écoles afin de confirmer la pathologie de l'élève et d'y faire face avec des moyens médicaux (question 5). Cela étant, on assiste à un glissement du médical vers le pédagogique, c'est-à-dire que l'on passe d'un soin thérapeutique adapté au trouble diagnostiqué, à un souci de bien transmettre différents savoirs. Alors que ce type de tests devrait permettre une prise en charge médicale de l'enfant hyperactif, 52 % des enseignants interrogés attendent une aide pédagogique de l'intervention d'un psychiatre.

Il s'agit d'avoir « quelques astuces pour faciliter le quotidien », de trouver des exercices pour rendre l'enfant plus attentif, l'empêcher de déranger les autres élèves, ou encore d'éviter aux enseignants de faire des erreurs comme d'attribuer à tort certaines sanctions. Le médecin sortirait de son rôle strictement médical pour venir aider l'enseignant dans ses choix pédagogiques. Avec le recul de son autorité scientifique, il pourrait se faire « conseiller pédagogique » en donnant des indications sur les meilleurs dispositifs scolaires à adopter pour favoriser la transmission des savoir-être et savoir-faire.

Mais on assiste aussi à un glissement du pédagogique vers le médical. Une majorité de personnes mentionne qu'il leur manque des connaissances médicales pour savoir réagir aux troubles du comportement de l'enfant. Il s'agit d'avoir « des clés de compréhension du fonctionnement de l'enfant ». Cinq enseignants souhaitent une formation délivrée par des médecins. Un enseignant suggère que l'institution médicale donne une sorte de « flyer explicatif » pour faire connaître les différents troubles et que soient organisées des réunions informatives. Certains aimeraient avoir les clés pour interpréter les tests eux-mêmes.

Le psychiatre pourrait donc intervenir dans des écoles non seulement pour le suivi médical et psychologique de l'enfant, mais aussi afin de délivrer des conseils pédagogiques, voire de participer à la formation continue de l'enseignant, pour lui fournir des connaissances médicales ou pédagogiques. Le psychiatre deviendrait ainsi le spécialiste d'une pédagogie adaptée, différenciée.

5. 2. 3 Une nouvelle relation à l'élève

Si l'enseignant se transforme en auxiliaire paramédical en participant à ce type de tests, et si des psychiatres deviennent conseillers pédagogiques en répondant à la demande des enseignants, la relation de l'enseignant à l'élève devrait en être modifiée. Plus de 52 % des enseignants interrogés pensent que faire passer ce type de tests peut changer leur regard, car si l'hyperactivité est confirmée par un diagnostic, l'enfant ne sera plus considéré de la même manière. L'élève agité est désormais un handicapé qu'il faut intégrer dans la classe (question 3). Ce n'est plus la volonté de l'enfant qui est en jeu dans son attitude, mais une pathologie. L'enseignant ne le considère donc plus comme étant responsable de ce qu'il fait. Pour certains enseignants, la conception de l'enfant est binaire : soit il est de mauvaise volonté, et par conséquent punissable, car sa responsabilité est engagée, soit il souffre d'une pathologie, et par conséquent il est une victime qu'il faut aider. La responsabilité de l'élève pourtant essentielle à son parcours éducatif semble relayée par le pathologique. Une conception plus nuancée qui admet un passage graduel du normal au pathologique semble ici complètement balayée.

C'est alors que le travail en collégialité avec les médecins apparaît comme nécessaire. Cette demande de partenariat s'accompagne d'un corrélat : alors même que l'enquête ne pose aucune question au sujet du secret médical, certains enseignants suggèrent qu'ils pourraient y avoir accès. Cette revendication semble symptomatique d'une certaine confusion des rôles. Ne risque-t-on pas de voir le médical et l'éducatif se mélanger ? Est-il bon pour l'enfant d'être vu par son enseignant sous un œil paramédical ? Que penser de l'intrusion du psychiatre dans la gestion de la classe de l'enfant, lieu public, alors que l'enfant délivre peut-être à son médecin des éléments de sa vie privée ? Que la prise en charge des élèves soit de plus en plus collective permet de mettre en commun connaissances et compétences, mais menace aussi les frontières qui sécurisent la vie privée de l'enfant. Que l'enfant veuille parler de ses problèmes à l'enseignant est une chose, qu'on institutionnalise le partage d'un secret, d'une parole, comme certains le souhaitent, en est une autre. Ainsi, ce qui se présente comme un partenariat risque de donner lieu à une confusion des fonctions dans la mesure où l'enseignant devient auxiliaire paramédical et le médecin conseiller pédagogique. En s'appuyant sur des outils comme le questionnaire de Conners qui veulent quantifier et mesurer le comportement, on donne au trouble une cause en apparence exclusivement biologique grâce à un résultat chiffré. Par ailleurs, le rôle de l'enseignant peut s'en trouver brouillé pour l'élève.

En effet, comment à ses yeux un enseignant peut-il mener avec nuance une évaluation pédagogique s'il doit en même temps faire des tests de comportement qui privilégient le quantitatif au qualitatif ? Le soin comme attention ou préoccupation éducative ne vient-il pas se confondre avec le soin comme prise en charge médicale et inversement ?

Conclusion

Prendre soin de l'élève hyperactif : attention, prise en charge médicale et normalisation

L'école inclusive et la médicalisation des comportements

Prendre soin de l'élève hyperactif s'inscrit dans la politique actuelle de l'école inclusive. L'école républicaine a pour vocation d'accueillir tous les enfants malgré les différences et même les handicaps. En ce sens, le 16 mai 2016 s'est tenu, en France, la conférence nationale du Handicap au Palais de l'Élysée, et le Président de la République Hollande a montré sa détermination à faire de l'école inclusive une priorité en annonçant la création de 32000 emplois d'Accompagnants des Élèves en Situation de Handicap (AESH) qui vont remplacer les AVS actuelles. Il faut faire face à la scolarisation en milieu ordinaire de près de 280 000 enfants handicapés, soit près de 24 % de plus qu'en 2012. Lors de cette conférence, la ministre de l'Éducation nationale Vallaud-Belkacem a rappelé les principes de la loi de la Refondation pour l'École de la République : « ce ne sont plus les élèves qui s'adaptent au système, mais chaque école qui s'adapte aux spécificités des élèves » (ministère de l'Éducation nationale, 2016). En France, c'est donc à l'école de s'adapter aux particularités de l'enfant, mais, et c'est là la difficulté, pour les mener tous au même résultat : avoir le baccalauréat. Les dispositifs d'aide, qui prétendent prendre soin de l'élève dans sa spécificité, n'ont-ils pas en réalité pour objectif de lui faire intégrer la même norme scolaire ?

La prise en charge de l'élève hyperactif est révélatrice d'une tension entre une nécessité pour l'école de s'adapter à l'enfant qui sort de la norme scolaire, et en même temps, paradoxalement, une volonté de cette même institution de normaliser ces comportements « troubles », autrement dit d'imposer à l'enfant qu'il s'adapte au système scolaire. L'analyse de la prise en charge des enfants hyperactifs nous a conduits à considérer deux phénomènes *a priori* distincts. D'une part, le recours à l'institution médicale pour traiter les problèmes graves de comportement à l'école exprime la médicalisation de la société. D'autre part, la volonté de promouvoir une école inclusive exprime une démedicalisation, qui va de pair avec certaines restrictions économiques qui entraînent par exemple la fermeture d'hôpitaux psychiatriques. Or, ces deux phénomènes se rejoignent, car la possibilité de bénéficier de certaines mesures compensatoires de nature médicale profite à l'enfant diagnostiqué TDAH (ou à ses enseignants et à ses parents...), le diagnostic pouvant lui-même être conditionné par la volonté de bénéficier de ces mesures.

De la norme scolaire à la norme médicale

La médicalisation des comportements est encouragée par les nouvelles classifications médicales comme le DSM, avec un élargissement des critères de l'hyperactivité bien au-delà de son noyau dur. Davantage de cas considérés comme ayant originellement un problème éducatif peuvent basculer dans le pathologique. Or le passage du normal au pathologique est graduel. Selon Golse et Lazaratou (2012, p.26), il forme une sorte de « continuum ». Il n'y a pas en matière de troubles mentaux « d'absolu nosologique ». L'hyperactivité de l'enfant peut donc être relativisée : « ce qui apparaît comme pathologique à une

époque donnée sera peut-être considéré comme normal à une autre (...) parce que la tolérance d'une société à l'égard de l'agitation de ses enfants se fonde aussi en partie, sur des critères éducatifs et sur une représentation de l'enfance éminemment variable ».

Il ne s'agit pas d'opposer frontalement sans nuance le normal et le pathologique, comme Canguilhem nous l'a montré. Être en bonne santé, ce n'est pas obéir à une seule norme, c'est pouvoir tolérer de nouvelles normes, c'est pouvoir tomber malade et guérir, et donc s'adapter à un milieu différent en changeant ses normes. Le pathologique serait l'impossibilité de créer de nouvelles normes par rapport à un environnement modifié. La norme scolaire en se rabattant sous une norme médicale ferait ce que Canguilhem (2013, p.101) condamnait déjà comme un jugement de valeur, une opinion qui s'ignore. Nous confondons la normalité qui énonce ce qui est, une moyenne, la pratique du moment, avec la normativité qui énonce ce qui doit être, « un type idéal ». Le DSM en élargissant le champ du pathologique, et par là même en officialisant cette confusion, pourrait bien être le vecteur de cette idéologie. En ramenant, l'inadaptation de l'élève à un problème strictement médical, on se dispense alors d'interroger les conditions dans lesquelles se développe cette inadaptation. Mais, plutôt que de changer ses propres normes, l'école propose des mesures compensatoires. Ainsi, Landman (2015, p.12) se demande si au lieu de dépenser « le chiffre obscène de 10 milliards de dollars » en médicaments, on ne devrait pas plutôt utiliser notre argent « par exemple en réduisant la taille des classes et en augmentant le nombre d'heures de gym afin que les gamins agités puissent se défouler ». Mais, c'est un fait, une AVS coûte moins cher qu'un professeur. Si on considérait l'enfant inadapté non pas comme inapte à intégrer les normes, mais au contraire comme étant celui pour qui les normes ne sont pas bonnes, alors on pourrait aussi envisager de changer l'école. Mais on préfère marquer l'inadaptation du côté de l'élève plutôt que du côté de l'institution scolaire. L'opportunisme des industries pharmaceutiques pourrait bien être également un facteur déterminant dans ces choix sociétaux.

La médicalisation de l'existence des enfants extrêmement agités s'accompagne d'un risque de déresponsabilisation de l'élève lui-même, des membres de l'institution scolaire, voire des parents puisqu'ils sont partie prenante de ce phénomène. L'explication strictement biologique d'un trouble du comportement encourage aussi la société à se dédouaner de ses responsabilités. Les choix politiques et économiques se présenteraient sous la figure salvatrice d'une prise en charge du pathologique et non d'un questionnement sur les conditions de cette inadaptation. L'école qui se charge de prendre soin de ses enfants ne cherche pas seulement à se préoccuper des plus vulnérables. Son aide, dans le cas des enfants hyperactifs, devient aussi médicale. Mais si l'école commence à confondre le soin et la santé, c'est peut-être aussi pour reprendre une position d'autorité, afin de mieux contrôler ses élèves. « Prendre soin » ne consisterait plus seulement à se préoccuper ou à soigner une personne fragilisée. « Prendre soin », permettrait ici de mener une entreprise d'inclusion et de normalisation d'une altérité en marge des attentes sociales, avec le risque de violence que cela implique.

Références bibliographiques

- Académie de Créteil, consultation du Plan académique de Formation des enseignants : stage pour prendre en charge des élèves ayant des troubles du comportement. Document télé-accessible : <http://caform.ac-creteil.fr/paf1617/details.php?idsession=EBP0502>
- Agence Nationale du Médicament et des Produits de Santé (2013). Méthylphénidate : données d'utilisation et de sécurité d'emploi en France. Document télé-accessible : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/8dd1277a3867155547b4dce58fc0db00.pdf
- Agence Nationale du Médicament et des Produits de Santé (2013). Méthylphénidate : données d'utilisation et de sécurité d'emploi en France. Document télé-accessible : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/8dd1277a3867155547b4dce58fc0db00.pdf
- Bange, F. (2014). TDA/H en 57 notions. Paris : Dunod
- Bélanger, S. (2008). Le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine
- BFM.TV (2016). Enfant hyperactif : comment repérer un trouble de l'attention ? Document télé-accessible : <http://www.bfmtv.com/societe/hyperactivite-deficit-de-l-attention-la-france-veut-ameliorer-le-depistage-863258.html>
- Canguilhem, G. (2013). Le normal et le pathologique. Paris : Presses universitaires de France
- Duché D. J., (1996). L'enfant hyperactif. Paris : Ellipses.
- Foucault, M. (2005). Maladie mentale et psychologique. Paris : Presses universitaires de France
- Golse, B. & Lazaratou, H. (2012). De l'inhibition à l'hyperactivité. Paris : Presses universitaires de France.
- Gori R., & Del Volgo M., J. (2009). La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence. Paris : Champs Flammarion.
- Haute autorité de Santé (2012). Conduite à tenir devant un enfant ou un adolescent ayant un déficit de l'attention et/ou un

problème d'agitation, p.10. Document télé-accessible :

http://www.tdah-france.fr/IMG/pdf/trouble-de-lattention-de-lenfant_note_de_cadrage.pdf?683/c366599cf657c4f2d0d3c3f1d1af7854716093ee

Hypersupers TDAH France (2014). Plaquette Aménagements TDAH. Document télé-accessible :

https://www.tdah-france.fr/IMG/pdf/plaquette_amenagements_tdah.pdf?745/dcfbe8c62b51f818ce2ced4a276f63fdd790efc2

Landman, P. (2015). Tous hyperactifs ? L'incroyable épidémie de troubles de l'attention. Paris : Albin Michel

Lebovici, S., Diatkine, R., Soulé, M. (2004). Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris : Presses universitaires de France

Lecendreux, M. (2007). L'hyperactivité TDAH. Paris : Solar

Médialis (2009). Portail dédié aux MDPH : définition du handicap. Document télé-accessible :

http://www.mdph.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=111&Itemid=82

Merleau-Ponty, M. (1945). Phénoménologie de la perception. Paris : Gallimard

Ministère de l'Éducation nationale (2016). Conférence nationale du handicap 2016 : un point d'étape positif pour l'école inclusive. Document télé-accessible :

<http://www.education.gouv.fr/cid102157/conference-nationale-du-handicap-2016-un-point-d-etape-positif-pour-l-ecole-inclusive.html>

Saillant, F. (2007). Soins. Dans M. Marzano (Dir.). Dictionnaire du corps. Paris : Presses universitaires de France

Wahl, G. (2012). Les enfants hyperactifs. Paris : Presses universitaires de France.

Notes

1 Ce parcours en recherche s'est effectué sous la direction bienveillante de Mme France Mamzer-Bruneel

2 Ils devaient donc répondre aux interrogations suivantes : 1. Connaissiez-vous ce questionnaire ? Si oui, en avez-vous déjà rempli, combien et dans quel cadre (classe, Clis, Ulis...) ? 2. Pensez-vous qu'il soit légitime et utile qu'un professeur participe au repérage des enfants hyperactifs avec ce questionnaire ? 3. Remplir un tel questionnaire changerait-il votre regard ou votre attitude vis-à-vis de l'enfant ? 4. Pensez-vous qu'il soit de la responsabilité de l'enseignant de participer à l'établissement d'un diagnostic psychiatrique ? 5. Dans le cas d'un enfant diagnostiqué hyperactif, pensez-vous qu'il soit opportun qu'un pédopsychiatre intervienne auprès de l'enseignant ? Et si oui, pourquoi/comment



Annexe 1

Questionnaire de Conners pour les enseignants CTRS-R:S

(Conners Teachers Rating Scale-Revised : Short)

Nom de l'enfant _____ Sexe : M F	Date du test : _____ année mois jour
École : _____ Classe : _____	Date de naissance : _____ _____ _____ _____
Nom de l'enseignante : _____	Âge : _____ ans _____ mois _____

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

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