

UNIVERSITÉ DE YAOUNDE I

FACULTÉ DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE (CRFD) EN « SCIENCES HUMAINES,
SOCIALES ET ÉDUCATIVES »

UNITÉ DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES DE L'ÉDUCATION ET
INGENIERIE ÉDUCATIVE

FACULTE DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION

DEPARTEMENT DE L'ÉDUCATION SPECIALISEE



UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF SCIENCE OF EDUCATION

DOCTORAL RESEARCH AND TRAINING CENTRE
(CRFD) IN "SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES"

DOCTORAL RESEARCH AND TRAINING SCHOOL
IN EDUCATION AND EDUCATIONAL ENGINEERING

THE FACULTY OF EDUCATION

DEPARTEMENT OF SPECIALIZED EDUCATION

THÉRAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES ET AMÉLIORATION DES CONDUITES SOCIALES CHEZ LES ENFANTS TDAH D'ÂGE SCOLAIRE.

*Mémoire présenté et soutenu le 5 Juillet 2024 en vue de l'obtention du diplôme de Master
en Education Spécialisée*

Spécialité : Handicap Mental

Option : Psychopédagogie en Habiletés Mentales

Par

ENOBO ONDOUA Théodore Franck

Matricule : 21V3593

Licencié en Psychologie



jury

Qualités	Noms et grade	Universités
Président	EBALE MONEZE Chandel, Pr	UYI
Rapporteur	BOULLA MEVA'A Alain Roger, Pr	UYI
Examineur	MGBWA Vandelin, Pr	UYI

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

Par ailleurs, le Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Educatives de l'université de Yaoundé I n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire, ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

A
ma famille

SOMMAIRE

DÉDICACE	i
SOMMAIRE	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABBREVIATIONS	iv
RÉSUMÉ	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE	2
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE	3
Chapitre 2 : Enfance et TDAH au Cameroun	18
Chapitre 3 : TCC ET PRISE EN CHARGE DES TDA/H	46
DEUXIÈME PARTIE : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE	73
Chapitre 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	74
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	97
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSION	116
CONCLUSION	130
BIBLIOGRAPHIE	131
ANNEXES	135
TABLE DES MATIÈRES	137

REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont tout d'abord à l'endroit de notre directeur, Monsieur le Professeur Alain Roger Boulla Meva'a, qui a accepté de nous prendre sous son aile, afin de conduire nos premiers pas dans la recherche scientifique.

Notre gratitude est adressée à Monsieur le Professeur Mgbwa Vandelin, Chef du Département de l'Education Spécialisée, à tous les enseignants et personnels administratifs, pour l'encadrement reçu durant notre formation.

Notre reconnaissance va à l'endroit du Directeur de l'école inclusive du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées, Cardinal Paul Emile Léger étoug-ebe, tout son personnel ainsi que les parents et les sujets de cette étude, pour l'occasion qui nous a été offerte pour la collecte de nos données.

Un grand merci à notre famille en général, notamment à nos parents, nos grands frères et grandes sœurs, pour tous les efforts humains, matériels et financiers consentis durant notre formation. Qu'ils trouvent en ce mémoire la récompense pour les sacrifices.

Nos salutations vont à nos camarades de promotion. Qu'ils trouvent ici le plaisir que nous avons eu à cheminer avec eux.

LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABREVIATIONS

AACAP:	American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
ABA :	Analyse Appliquée du Comportement
CAED :	Centre D'accueil pour les Enfants en Détresse
CDC:	Center for Disease Control
CNRPH :	Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile Léger
CRY :	Centre de Rééducation de Yaoundé
DSM5 :	Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux
ECM :	Enquête Camerounaise sur les Ménages
INS :	Institut National de Statistique
INSERM :	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MICS :	Enquête à Indicateur Multiple
MINAS :	Ministères des Affaires Sociales
OIT :	Organisation Internationale du Travail
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONU :	Organisation des Nations Unies
OUA :	Organisation de L'unité Africaine
PEHP :	Programme d'entraînement aux habiletés parentales
PESH :	Personne en Situation de Handicap
TCC :	Thérapie Cognitivo-Comportementale
TDAH :	Trouble Déficitaire d'Attention avec ou sans Hyperactivité
TEACCH :	Traitement et Education des Enfants Autistes ou ayant des Troubles de la Communication
UNESCO :	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

RÉSUMÉ

Le mémoire ci présent traite des thérapies cognitivo-comportementales et l'amélioration des conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire. Notre travail questionne l'ensemble des thérapies disponibles dans le domaine de la prise en charge et capable d'impacter positivement ou négativement la façon dont les enfants évoluent sur le plan social et éducationnel. Nous avons été motivés par le besoin de venir en aide à ces enfants mal connus et très souvent mal pris en charge, cette motivation est née lors de nos différents stages auprès d'enfants à besoins spécifiques. Pour mener à bien ce travail, nous avons initialement présenté les notions de thérapies cognitivo-comportementale et TDAH ainsi que les différentes composantes qui les entourent. Dès lors, le problème qui s'est posé était celui de déterminer l'impact des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sur les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire. Ce problème a généré de nombreuses questions parmi lesquelles, la question principale (QP) à savoir : les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) améliorent-elles les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire ? Et des questions spécifiques : le programme d'entraînement aux habiletés parentales améliore-t-il les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire ? L'analyse appliquée du comportement améliore-t-il les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire ? Le TEACCH (traitement et éducation des enfants autistes ou ayant des troubles de la communication) améliore-t-il les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire ? Pour apporter des ébauches de solution à ces multiples questionnements, nous nous sommes servis de l'étude de cas et avons porté notre attention sur les enfants allant de 6-12ans. Nous appuyant sur l'hypothèse générale selon laquelle les thérapies cognitivo-comportementales améliorent les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire, nous avons élaboré trois hypothèses de recherche, le programme d'entraînement aux habiletés parentales ; l'analyse appliquée du comportement ; le TEACCH (traitement et éducation des enfants autistes ou ayant des troubles de la communication) améliorent les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire. Nos résultats nous ont permis d'arriver à la conclusion selon laquelle Les TCC améliorent les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire.

Mots clés : Thérapies cognitivo-comportementales (TCC), trouble déficitaire d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), conduites sociales, enfant, âge scolaire.

ABSTRACT

This dissertation deals with cognitive-behavioral therapies and the improvement of social behavior in school-age ADHD children. Our work questions all the therapies available in the field of care and capable of positively or negatively impacting the way in which children evolve socially and educationally. We were motivated by the need to help these little-known and very often poorly cared for children. This motivation was born during our various internships with children with specific needs. To carry out this work, we initially presented the concepts of cognitive-behavioral and ADHD therapies as well as the different components surrounding them. Therefore, the problem that arose was to determine the impact of cognitive-behavioral therapies (CBT) on social behavior in school-age ADHD children. This problem has generated many questions, including the main question (PQ): do cognitive-behavioral therapies (CBT) improve social behaviors in school-age ADHD children? And specific questions: does the parenting skills training program improve social behaviors in school-age ADHD children? Does applied behavior analysis improve social behavior in school-age ADHD children? Does TEACCH (treatment and education of children with autism or communication disorders) improve social behaviors in school-age ADHD children? To provide tentative solutions to these multiple questions, we used the case study and focused our attention on children aged 6-12. Based on the general hypothesis that cognitive-behavioral therapies improve social behaviors in school-age ADHD children, we developed three research hypotheses, the parenting skills training program; applied behavior analysis; TEACCH (treatment and education of children with autism or communication disorders) improves social behavior in school-age ADHD children. Our results allowed us to reach the conclusion that CBT improves social behavior in school-age ADHD children.

Key words: Cognitive-behavioral therapies (CBT), attention deficit disorder with or without hyperactivity (ADHD), social behaviors, child, school age.

INTRODUCTION

Depuis de nombreuses années, nous avons constaté un intérêt grandissant pour les personnes en situation de handicap et ayant des besoins spécifiques. Parmi ces besoins spécifiques il y a celui du trouble déficitaire d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Ce trouble est une condition neurodéveloppementale caractérisée par des symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité (American Psychiatric Association, 2013, Stevenson, Stevenson & Whitmort, 2003). Les individus souffrant de ce trouble présentent différentes difficultés telles que la distractivité, les oublis, la procrastination et des difficultés à démarrer ainsi qu'à terminer une tâche (Safren, Perlmen, Sprich et Otto, 2005),

Les répercussions sur la vie sociale, émotionnelle et scolaire des personnes atteintes ne sont pas négligeables. De plus, il s'avère que la psychopharmacologie qui autrefois était considérée comme le seul moyen envisageable est aujourd'hui perçue comme insuffisante à elle seule. Considérant ce point de vue, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) se présentent comme une démarche porteuse, elles sont à ce jour une des formes de thérapies les plus connues et les plus utilisées dans le monde dont le but est d'apprendre des nouveaux comportements incompatibles avec un trouble présenté et ainsi conduire à une assimilation de ce nouveau comportement dans l'ensemble de la structure comportementale, cognitive et émotionnelle. Elles tirent leur fondement de la psychologie scientifique appliquée à la psychothérapie et sont recommandées par la Haute Autorité de Santé (HAS). De nombreuses difficultés (financières, infrastructurelles, humaines...) freinent l'épanouissement scolaire des enfants à besoins spécifiques. Les enfants ayant un TDAH ne sont pas exemptes de ces difficultés.

IL sera question dans ce travail de nous questionner sur la façon dont les thérapies cognitives et comportementales impactent les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire. Pour apporter des réponses à nos interrogations, un plan de rédaction a été formulé. Subséquemment à cette introduction, notre mémoire est organisé en deux grandes parties : la première intitulée cadre théorique comporte trois chapitres (chapitre 1 : problématique ; chapitre 2 : Enfance et TDAH au Cameroun ; chapitre 3 : TCC et prise en charge des TDAH). La deuxième partie intitulée cadre méthodologique et opératoire contient tout aussi trois chapitres (chapitre 4 : Méthodologie ; chapitre 5 : Présentation et analyse des résultats ; chapitre 6 : Interprétation et discussion des résultats). Une conclusion, des références bibliographiques et des annexes complètent notre travail.

PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE

Selon Beaud 2001, la problématique est un ensemble construit autour d'une question principale, des hypothèses de recherche et des lignes d'analyse qui permettent de traiter le sujet choisi. La problématique est un élément essentiel dans la rédaction d'un mémoire. Elle est initiée par la formulation et le positionnement d'un problème, puis par les objectifs et intérêts de l'étude et enfin par la délimitation de ladite étude.

Il sera question dans notre étude de poser d'abord le constat sur lequel est basé notre travail puis nous formulerons et poserons le problème duquel notre étude essaie de trouver une solution et enfin son intérêt et sa délimitation.

1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

1.1.1. Contexte

Les conceptions qu'ont les camerounais sur le handicap mental et particulièrement sur le Trouble Déficitaire D'attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) sont orientées vers une explication de type magico-religieuse. Dans ses travaux, Ferdinand Ezembé (2003) distingue plusieurs approches concernant les représentations sociales et culturelles du handicap en Afrique noire : Selon l'approche traditionnelle il y aurait une forte propension à l'explication de type magico-religieux à savoir : punition divine, attaque par les mauvais esprits, sorcellerie, transgression par les parents (surtout la mère) d'un interdit, malveillance ou jalousie d'une coépouse sont très largement répandus.

Mais encore, comme le précise (Nguimfack, 2016), la sorcellerie fait toujours peur et déstabilise. La forte croyance en celle-ci au Cameroun et sa convocation régulière dans l'explication de certains faits ou phénomènes fait qu'ici, la maladie, dans la mentalité des peuples, a toujours une origine exogène et non endogène.

Allant dans le même sens, Tsala Tsala (1989, p. 110) rappelle que : « Dans la plupart des traditions du Cameroun et des pays d'Afrique centrale, la maladie est rarement une donnée individuelle. Elle est toujours la manifestation directe ou indirecte d'un désordre cosmique ayant des effets immédiats sur l'organisation sociale et sur les rapports interpersonnels entre individus du même groupe. »

Selon lui, les gens auraient de ce fait une conception globale de la maladie ou dans notre contexte, du handicap. Cette conception va de pair avec la théorie du relativisme culturel de Sow (1977, 1978) qui stipule que toutes les maladies ne peuvent être comprises que dans le contexte

socio- culturel dans lequel elles émergent et qui leur donne sens. En effet, Sow (1977) réitère que sa théorie met l'accent sur l'interprétation de la maladie selon trois registres en Afrique : l'action intentionnelle d'un mauvais esprit (sorcier) et effet du fétichage-maraboutage ou empoisonnement ; l'action intentionnelle des ancêtres et de Dieu ; la discordance avec les signifiants culturels tels que les symboles, les valeurs, les conduites culturelles et les troubles de la vie communautaire élargie (Nguimfack, 2016) op cit.

Les parents d'enfants handicapés ou déficients mentaux sont souvent stigmatisés, regardés avec compassion ou répulsion, victime de l'ironie, voire de l'agressivité de l'entourage (Menick et Ngho, 2001 ; Ezembé, 2000 et 2003 ; Badji, 2004 ; Dassa et al., 2009a ; 2009b). Devant cette intolérance, les parents se démobilisent, maltraitent ces enfants, ou les cachent dans des pièces annexes, pour éviter toute suspicion (Ezembé, 2003) op cit.

Au regard de ce qui précède, il va de soi de s'imaginer que la prise en charge du trouble déficitaire d'attention avec ou sans hyperactivité ne sera tournée que vers le volet traditionnel et culturel dans lequel il apparaît. En effet, d'après Éric De Rosny (1992), « l'espace thérapeutique est un environnement délimité pour que se déplace symboliquement l'univers relationnel et affectif du patient. En Afrique, ce cadre a toujours été un espace traditionnel dans un contexte culturel agraire, en général délimité par une clôture ou des branches qui ont la propriété de protéger.»

Les familles en Afrique et au Cameroun en particulier optent d'abord et presque toujours pour le système de soins traditionnels (guérisseurs, marabouts, groupes de prières...) et ce n'est que lorsque la guérison tarde à venir, qu'ils vont alors en désespoir de cause essayer autre chose. Souvent ils viennent à l'hôpital en dernier ressort après avoir épuisé tous les recours traditionnels possibles (Menick, 2015).

De plus, seuls les marabouts et guérisseurs sont capables ou autorisés à désintriquer ces fils d'appartenance (Boyer, 2002).

L'accès aux soins et aux services spécialisés est plus difficile pour certaines familles et dans certains milieux socio-culturels. Même la demande d'aide est fortement influencée par les connaissances ou les croyances des individus et de leur environnement. (Lazaratou et Golse, 2018). Les différences culturelles dans les attentes des parents sur le comportement des enfants, dans les stratégies d'adaptation des parents et dans leurs croyances sur les causes et la guérison des symptômes, sont susceptibles de contribuer à des inégalités dans le traitement du TDAH. Les

parents de minorités ethniques, en particulier, semblent craindre davantage la stigmatisation sociale de leurs enfants et se méfier du modèle explicatif médical du TDAH.

Dans cette relation au guérisseur autour de l'évènement pathologique ou d'un traumatisme désorganisateur, il y a une série d'interrogations qu'Andreas Zempléni (1968) a résumées en quatre étapes essentielles conduisant au diagnostic : la première opération consiste, en général, dans la reconnaissance du symptôme ou de l'état de maladie, de son éventuelle nomination ; la seconde opération correspond à la perception ou à la représentation de sa cause instrumentale. Comment est-elle survenue ? La troisième opération est l'identification éventuelle de l'agent qui en est responsable ou qui l'a produite ; la quatrième opération enfin concerne la reconstitution de son origine. Pourquoi est-elle survenue en ce moment, sous cette forme, chez cet individu ? Une fois le diagnostic établi, trois possibilités s'offrent au guérisseur : obtenir la confession publique du malade, si celui-ci est coupable de la transgression d'un interdit ou d'une faute, « la confession a une fonction essentiellement cathartique, qui permet au malade de commencer à évacuer une partie de son angoisse et indique que le processus de réparation est amorcé ». Une autre possibilité est celle de l'exorcisme qui associe le pouvoir de la parole dans le cas des psychothérapies, et celui des plantes pour les pharmacothérapies. La séance rituelle ayant pour but d'expulser l'esprit pathogène qui habite le malade ou alors de combattre puis de neutraliser les forces qui sont à l'origine de la maladie. La dernière séquence est celle du sacrifice, c'est la fin du rituel, il annonce le dénouement de la maladie. Le sacrifice permet au malade et à sa famille de s'assurer à nouveau la protection des ancêtres ou des génies offensés, de se réconcilier avec lui-même, et avec le village ou ses proches. Mais à côté de ces techniques de diagnostic, il y a aussi le recours aux psychothérapies non verbales (Makang Ma Mbog, 1970 ; Tognidé et al., 2006).

1.1.2. Justification

Les thérapies cognitivo-comportementales apparaissent de ce fait comme solutions alternatives au TDAH, car elles viennent non seulement pour sensibiliser les familles sur la vraie nature de ce trouble, mais également fournir des options de traitements efficaces. En effet, le manque d'information à ce sujet conduit très souvent les parents à une mauvaise interprétation et cela peut influencer non seulement l'accès aux soins médicaux, mais aussi la possibilité d'accepter un traitement, de se conformer au traitement une fois commencé et de construire une relation thérapeutique positive (Lazaratou et Golse, 2018) op cit.

Les programmes de thérapies cognitivo-comportementales (TCC) trouvent toute leur pertinence lorsque le traitement médicamenteux ou traditionnel est inefficace, ou mal toléré par la famille.

Selon Revol (1999), « la prise en charge psychothérapique est plus que souhaitable dans la majorité des cas. Les psychothérapies comportementales visent essentiellement à accroître chez l'enfant le contrôle de ses réactions alors que les psychothérapies d'inspiration analytique ont pour principal objectif l'atténuation des perturbations émotionnelles. Enfin, les psychothérapies systémiques ou familiales cherchent à resituer l'enfant dans ses interactions immédiates avec l'environnement. Les actions entreprises s'en trouvent d'autant plus efficaces qu'elles sont simultanément menées au niveau de l'enfant, de ses parents, et de ses éducateurs. C'est dans cette dynamique plurielle que s'inscrivent les thérapies cognitives et comportementales (ou T.C.C.) ... »

Les TCC se présentent ainsi comme moyens d'amélioration des conditions de vie de l'enfant TDAH et par ricochet même de toute la famille et de l'entourage en général. De plus, le choix de notre population est porté vers les enfants d'âge scolaire car c'est la période durant laquelle les bases éducationnelles sont mises en place. Les comportements de ceux-ci sont plus susceptibles d'être modelés.

1.2. OBJET DE L'ÉTUDE

Selon Bachelard (1967) : L'objet est ce qui est projeté au-devant de moi, qui est susceptible d'être vu et d'être manipulé. L'objet est l'élément au centre de toute recherche, c'est ce sur quoi porte une recherche. Notre étude questionne l'ensemble des stratégies de prise en charge susceptibles d'impacter le comportement des enfants TDAH sur le plan social. Ces stratégies favorisent-elles le développement des compétences sociales ? Au cas où la réponse serait négative, Les TCC apparaîtront de ce fait comme des stratégies d'amélioration des conditions de vie des enfants TDAH d'âge scolaire au Cameroun par l'entremise du développement des habiletés sociales.

Nous nous intéresserons à l'aspect comportemental dans notre étude. En effet, le comportement selon le centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL, 2012) est l'ensemble des réactions observables chez un individu placé dans son milieu de vie et dans des circonstances données. Ce milieu et ces circonstances ont un lien étroit avec les normes culturelles et sociétales en fonction desquelles elles sont exprimées.

1.3. LE PROBLÈME

L'amélioration d'une chose ne commence que lorsqu'un problème ou une limite a été constaté. Un problème est considéré comme étant un écart entre ce qui est et ce qui devrait être. Concernant notre sujet portant sur les Thérapies cognitivo-comportementales et l'amélioration des conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire. Il serait judicieux de proposer une comparaison des données théoriques et empiriques de notre étude dans le but de formuler le problème de notre étude.

1.3.1. Observations théoriques

Lorsqu'on parle d'observation théorique, il s'agit ici d'un ensemble d'idées, de textes ou de principes qui permettent d'expliquer un comportement ou un phénomène.

Le TDAH est caractérisé par trois principaux éléments à savoir : le déficit d'attention, l'impulsivité, et l'hyperactivité. Selon les critères diagnostiques du DSMV, ses symptômes doivent être apparus avant l'âge de douze ans et être présents depuis plus de six mois, dans plus de deux lieux (école, maison). Ils doivent avoir un retentissement significatif sur le fonctionnement social, scolaire ou familial de l'enfant.

Compte tenu de cette particularité, le traitement du TDAH se veut stratégiquement global et multimodal en ce qui concerne sa prise en charge. Les symptômes de l'enfant sont traités par différentes interventions en fonction du tableau clinique que présente ce dernier : on aura de ce fait n les approches éducatives, familiales, rééducatives, psychothérapeutiques et médicamenteuses.

D'après (Gramond, 2014), La prise en charge du TDAH est l'aboutissement d'une stratégie diagnostique complexe et multimodale. En effet, les prises en charge multimodales ont montré leur supériorité par rapport au traitement médicamenteux seul. Le traitement associant médicaments et thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est plus efficace que le traitement médicamenteux isolé et améliore de façon significative le fonctionnement psychosocial au long cours de l'enfant TDAH. Les TCC sont indispensables dans la prise en charge du trouble, au même titre que le traitement médicamenteux, et ne constituent pas seulement un traitement de complément.

Les objectifs thérapeutiques des prises en charge non médicamenteuses sont multiples : atténuer l'intensité et la fréquence des troubles du comporte- ment, favoriser les apprentissages et les compétences sociales, renforcer l'estime de soi et prendre en charge les comorbidités.

Les prises en charge non médicamenteuses peuvent être suffisantes dans les formes légères du trouble et doivent être associées à un traitement médicamenteux par méthylphénidate dans les

formes sévères ou en l'absence d'amélioration des symptômes après une prise en charge adaptée. Très souvent, le traitement médicamenteux vient pallier le manque de moyens mis à disposition, que ce soit sur le plan des prises en charge psychothérapeutiques ou sur celui des prises en charge éducatives ou pédagogiques.

Les prises en charge non médicamenteuses sont très variées et peuvent être combinées, compte tenu des comorbidités fréquemment associées au TDAH. En effet, Jusqu'à 87% des enfants TDAH ont au moins une comorbidité associée, et 67% en ont au moins deux. Elles doivent être systématiquement recherchées car leur prise en charge peut conditionner le pronostic (Gramond, 2014). Les comorbidités les plus fréquentes sont :

- trouble oppositionnel avec provocation. Un ensemble d'études (Barkley et al., 1990 ; Biederman et al., 1992 ; Gillberg et al., 2004) citées par Dumas (2007) rapporte que 50 à 67 % des enfants suivis pour un TDA/H souffrent également d'un trouble oppositionnel avec provocation. Selon Barkley (1998), cette comorbidité élevée pourrait être imputée à un déficit d'autorégulation des mouvements d'humeur tels que la colère et l'hostilité. Les mêmes études soulignent par ailleurs que 20 à 50 % de ces enfants TDA/H présentant déjà un trouble oppositionnel auraient de surcroît un trouble des conduites ;
- trouble émotionnel : troubles anxieux et dépressifs, environ 25 % ;
- trouble des apprentissages : environ 30 % ;
- tics et syndrome de Gilles de la Tourette ;
- abus de substances : les enfants présentant un TDAH ont un risque significativement plus important d'addiction (nicotine, cannabis, cocaïne...), et ce à un âge plus précoce que la population générale. Ainsi, plus de 50% des patients atteints de TDAH présentent un abus de substance ou une dépendance ;
- trouble du sommeil : 25 à 50% (énurésie, réveils nocturnes, difficultés d'endormissement, altération de la vigilance diurne...) (Gramond, 2014).

Parmi ces prises en charge nous pouvons énumérer très brièvement :

- la thérapie cognitivo-comportementale ;
- les approches psychoéducatives ;
- les programmes de guidance parentale ;
- les aménagements scolaires ;

- les rééducations ;
- les approches psychomotrices.

1.3.2. Observations empiriques

Parler des observations empiriques renvoie à parler de ce qui s'appuie sur l'expérience pour être expliqué. Nous pouvons au regard de ce qui précède constater que la littérature scientifique sur la question de prise en charge des enfants TDAH est assez fournie. Cette prise en charge est multimodale et touche de nombreux aspects de la vie.

Au Cameroun cependant, il n'en est pas tout à fait ainsi. Tout au long de nos multiples stages nous avons constaté que la réalité d'ailleurs n'est pas celle d'ici. Les parents sont très peu conscients du handicap de leur enfant et ce à cause d'un manque de connaissance à ce sujet. Lorsqu'ils se rendent compte de la situation de leur enfant, ils se tournent vers l'église et/ou les traitements traditionnels, lorsque la solution tarde à être trouvée, désemparés et pris de court l'école devient un lieu de délivrance. Puisqu'ils ne peuvent prendre en charge leurs enfants eux même, ils trouvent en l'école et en ses enseignants une sorte de soutien. Cependant, les enseignants eux-mêmes sont souvent pris au dépourvu car ils ne sont généralement pas formés ni suffisamment équipés pour pouvoir prendre en charge des enfants qui ont un TDAH. En effet, l'éducation inclusive en ce qui concerne le handicap mental au Cameroun est encore embryonnaire.

Comme le disait Lebogo (2021), « Les pays où il n'existe pas d'infrastructures pour accueillir ces personnes tel le cas du Cameroun, nous constatons une méconnaissance de ce handicap. Or, quand il y a une prise de conscience de la situation, il y a un réel besoin de formation pour la prise en charge éducative et pédagogique. Le regard sur l'enfant s'élargie. Cependant sur le plan familial et social, les enfants déficients intellectuels sont sujets de tous les problèmes liés à l'abandon familial, au manque de scolarisation et d'affection pour eux. »

Mais encore affirme-t-il « l'école inclusive se doit de revenir aux sources de l'enseignement spécialisé pour mieux identifier les besoins de chaque cas d'élève différent. Puis, elle doit établir un processus par lequel on puisse mettre en évidence les forces et les compétences de l'élève différent, et cela, pour l'orienter vers un type précis de classe inclusive pouvant mieux répondre à ses besoins cognitifs. »

Depuis 2014, le Cameroun par le biais de l'université de Yaoundé1 a ouvert la faculté des sciences de l'éducation qui se propose de fournir entre autres une formation en éducation spécialisée. Cette faculté forme depuis lors de nombreux spécialistes qui peuvent prendre en charge

les enfants avec un TDAH. Un constat a été fait selon lequel ces spécialistes ne sont pas sollicités par les parents d'enfants ayant un TDAH.

1.3.3. Formulation du problème

« L'homme est un animal social » disait Aristote.

Son épanouissement ne peut apparaître que lorsqu'il participe pleinement aux activités qui ont cours dans sa communauté et son milieu d'appartenance, c'est-à-dire lorsqu'il a développé des conduites socialement valorisées.

Les TCC s'inscrivent parmi les prises en charge les plus standardisées en la matière. Cependant, leur efficacité sur les TDAH continue d'être questionnée, notamment par les tenants de l'antiscience dans les secteurs éducatifs, pour lesquels les faits objectifs n'existent pas.

D'où le problème de la présente recherche qui est de déterminer l'impact des TCC sur les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire.

1.4. LES QUESTIONS DE L'ÉTUDE.

Le problème que nous venons de soulever nous invite à se poser la question principale de notre étude. De cette question principale, nous dégagerons des questions spécifiques.

1.4.1. La question principale

Q.P: les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) améliorent-elles les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire ?

Il est question ici d'investiguer sur la valeur ajoutée des TCC en matière de prise en charge des TDAH au Cameroun. En effet, l'implémentation des TCC est sujette à des variations liées aux matériaux disponibles dans un environnement donné.

La précédente question nous appelle à son tour à analyser les différents aspects implémentés dans les prises en charge sur le vécu des enfants TDAH d'âge scolaire. Pour ce faire, nous allons nous poser les questions spécifiques suivantes :

1.4.2. Questions de recherche spécifiques

Q.S.1 : le programme d'entraînement aux habiletés parentales améliore-t-il les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire ?

Q.S.2: l'analyse du comportement appliqué (ABA) améliore-t-il les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire ?

Q.S.3: le TEACCH (Traitement et éducation des enfants autistes ou ayant des troubles de la communication) améliore-t-il les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire ?

1.5. LES HYPOTHÈSES DE LA RECHERCHE

Les hypothèses de la recherche dans notre travail serviront de réponses provisoires nos questions susmentionnées. Dans un premier temps, nous aborderons l'hypothèse générale, puis les hypothèses de recherche. Il est à noter que lesdites hypothèses de recherche découlent de l'opérationnalisation des variables que nous présentons au chapitre méthodologie.

1.5.1. L'hypothèse générale

H.G. : Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) améliorent les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire.

1.5.2. Les hypothèses de recherche

H.S.1: le programme d'entraînement aux habiletés parentales améliore les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire.

H.S.2: l'analyse du comportement appliqué améliore les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire.

H.S.3: le TEACCH (Traitement et éducation des enfants autistes ou ayant des troubles de la communication), améliore les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire.

Pour confirmer ces hypothèses, nous allons procéder par une approche qui définit des objectifs que nous serons tenus d'atteindre tout au long de notre travail.

1.6. LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Notre recherche est constituée d'un objectif général (OG) qui obéit, lui aussi à la question principale que nous avons mentionnée plus haut. Cet objectif nous permettra ainsi d'en émettre trois autres qui, dans la même logique obéissent aux questions spécifiques.

1.6.1. L'objectif général

O.G. : Développer la manière dont les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) améliorent les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire.

1.6.2. Les objectifs spécifiques

O.S.1 : identifier la façon dont le programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) améliore les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire.

O.S.2 : saisir de quelle sorte l'analyse appliquée du comportement (ABA) améliore les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire.

O.S.3 : repérer dans quelle mesure le TEACCH (Traitement et éducation des enfants autistes ou ayant des troubles de la communication) améliore les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire.

1.7. INTÉRÊT DE L'ÉTUDE

L'intérêt de la recherche renvoie au profit que la société civile, la communauté scientifique, voir l'humanité, peut tirer de celle-ci. L'intérêt de cette étude réside dans le fait qu'elle pourrait permettre l'approfondissement des connaissances sur un sujet spécifique, de clarifier ses idées et de les communiquer de façon logique et rigoureuse. Ainsi, notre étude présente un intérêt scientifique, professionnel, social et thérapeutique.

1.7.1. Intérêt scientifique

L'intérêt scientifique de la recherche que nous avons menée réside dans le fait qu'elle permet d'acquérir de nouvelles connaissances et de les élargir dans le sens où elles contribuent à la compréhension du TDAH chez l'enfant d'âge scolaire et à l'importance des TCC dans l'amélioration de leurs conditions de vie au Cameroun.

1.7.2. Intérêt social

C'est une sensibilisation au profit des enfants TDAH qui sont encore mal connus, elle permet de mieux apprécier la personne handicapée dans un regard plus considérable sur les capacités qu'elle peut déployer. Comprendre ce handicap représente un aléa de la nature et une avancée vers un monde plus inclusif et plus humain.

1.7.3. Intérêt thérapeutique

Notre étude trouve toute sa pertinence dans le fait qu'elle apporte un élément important qui permet une approche dynamique de la prise en charge des enfants TDAH et de tous les acteurs qui lui sont proches ou avec lesquels il est en contact direct.

1.7.4. Intérêt professionnel

Sur le plan professionnel cette étude nous a permis et nous permettra de créer des contacts avec le monde de l'entreprise, de développer et d'enrichir plusieurs compétences particulièrement demandées et recherchées dans notre domaine. D'acquérir des connaissances théoriques qui peuvent être mises au service des personnes à besoins spécifiques et particulièrement les personnes ayant un TDA/H.

1.8. DÉLIMITATION

Notre étude comprend un cadre spatial, temporel et thématique.

1.8.1. Délimitation temporelle

La période allant du 02 septembre 2022 au 02 juin 2023 constitue l'intervalle de temps consacré à notre étude.

1.8.2. Délimitation spatiale

Sur le plan géographique, notre recherche s'effectue au Cameroun dans la région du centre, département du Mfoundi, arrondissement de Yaoundé VI.

1.8.3. Pertinence de l'étude

Notre travail s'insère dans le très grand champ des sciences de l'éducation, dans le domaine de la prise en charge de façon générale et plus particulièrement en ce qui concerne le TDAH.

Cette étude vise principalement à démontrer l'influence des TCC sur les conduites sociales des enfants ayant un TDAH.

1.9. QUELQUES CONCEPTS ET EXPLICATIONS

1.9.1. Age scolaire

Nous évoquons ici un détail important qui a été souligné par le DSM5 à savoir que le « TDAH débute dans l'enfance. L'exigence que plusieurs symptômes soient présents avant l'âge de 12 ans renvoie à l'importance qu'il y ait un tableau clinique significatif pendant l'enfance. En revanche, un âge plus précoce de début n'est pas spécifié en raison des difficultés à établir un début précis pendant l'enfance de manière rétrospective (Kieling et al. 2010). Les souvenirs à l'âge adulte de symptômes présents dans l'enfance ont tendance à être peu fiables (Klein et al. 2012 ; Mannuzza et al. 2002), et il est bénéfique d'obtenir des informations par d'autres sources. ».

Ce qui veut dire en d'autres termes qu'il y a un âge spécifique auquel le diagnostic peut se légitimer d'avoir été posé. En effet, il serait peu fiable de poser un diagnostic avant et/ou après l'âge scolaire, avant l'âge scolaire les comportements d'inattention, d'hyperactivité/impulsivité sont considérés comme normaux car à cette période l'esprit de l'enfant est guidé vers le jeu, la découverte de son environnement, et son cerveau n'a pas encore atteint la maturité suffisante pour inhiber ses comportements. Après l'âge scolaire on entre dans la période de puberté et les symptômes essentiels de ce trouble auront soit laissé place à des troubles associés (des troubles d'apprentissage qui auront persistés créant chez la personne atteinte une perte de motivation ce qui débouchera sur un échec scolaire), soit auront pris d'autres formes (l'hyperactivité/impulsivité qui va se muer en agressivité).

L'âge scolaire réfère généralement à la période allant de 6 ans à la puberté ou à environ 12ans. Certains auteurs à l'instar de Piaget, Vigotzky, et de Freud qui ont mené des études sur le développement de l'enfant ont respectivement qualifié cette période de : période des opérations concrètes (Piaget), de l'apprentissage conscient (Vigotzky), de la latence (Freud)

Cette étape apparait, dans l'ensemble de l'évolution mentale, comme une période de stabilité relative et d'adaptation facile. Elle ne connaît pas de crise profonde de la personnalité, les progrès y sont réguliers. On peut la définir nettement par quelques caractères solidaires : c'est l'âge de raison, l'âge du savoir, l'âge social et enfin l'âge actif. Les transformations progressives qui se produisent dans la pensée et dans le comportement à partir de la 7e année environ redonnent vigueur à la vieille notion d'« âge de raison » que Rousseau, dans son désir de freiner la hâte intempestive des pédagogues, avait terriblement bousculée. La psychologie moderne redécouvre cet âge de raison mais, il faut le dire, avec un visage assez différent de l'ancien. Une nouvelle structure mentale s'organise grâce à un mouvement de « décentration » de la pensée qui succède au stade égocentrique. A la pensée syncrétique succède la pensée de relations qui fournit à l'enfant une interprétation du monde extérieur beaucoup plus proche de la nôtre. La causalité de type scientifique, en particulier, lui devient compréhensible. Il use plus correctement des liaisons logiques. Un rudiment d'esprit critique apparait. Toutes les recherches de Piaget, de Wallon, de Michaud, suivies de beaucoup d'autres ont mis en évidence l'importance de ces progrès... Maurice Debesse (1992, P 91 à 125)

1.9.2. Conduite sociale

Ce terme est utilisé dans bien des domaines pour désigner des conceptions sémantiquement différentes, pour éviter de nous verser dans une polémique sémantique, nous allons directement nous référer à ce qu'en disent les sciences sociales.

La conduite serait une manière d'agir sur le plan (moteur, verbale, et psychique) d'un individu en réponse à des circonstances précises, et qui se caractérise par son but, sa signification et sa fonction. Elle résulte de l'interaction entre les capacités d'adaptation, dans un contexte de repères sociaux et culturels, avec les représentations conscientes et inconscientes sollicitées en fonction de la structure psychique et de l'expérience vécue, dans une situation donnée. Elle peut être adaptée, déviante, transgressive ou pathologique.

La conduite est la manière dont les hommes se comportent dans leur vie et leurs actions. C'est pour cette raison que ce mot peut être employé en tant que synonyme de comportement. Le comportement des espèces est étudié par l'éthologie, qui fait partie autant de la biologie que de la psychologie expérimentale. Pour la psychologie, le concept s'applique uniquement en ce qui concerne les animaux dotés d'un système cognitif assez complexe. D'autre part, dans le cas des sciences sociales, la conduite inclut non seulement les aspects génétiques, culturels, sociologiques et économiques, mais aussi les aspects psychologiques.

On peut dire que la conduite est l'ensemble de comportements observables sur une personne. Elle se divise en trois domaines : l'esprit ou la pensée (qui inclut les activités comme penser, rêver, etc.), le corps (manger, parler) et le monde extérieur (se rendre à un rendez-vous, échanger avec des amis).

Il est nécessaire de préciser qu'une conduite humaine est considérée formelle lorsque le comportement du sujet respecte une série de règles précieuses aux yeux d'une société ou d'une communauté. Ce qui nous fait introduire un autre concept indissociable de la conduite, il s'agit ici de la norme sociale.

- **La norme**

Selon l'Unicef (2021), Les normes sociales sont les règles perçues, informelles, et pour la plupart non-écrites, qui définissent les actions acceptables et appropriées au sein d'un groupe ou d'une communauté donnée, guidant ainsi le comportement humain. Elles consistent en ce que nous faisons, ce que nous croyons que les autres font et ce que nous croyons que les autres approuvent

et attendent de nous, et se situent de ce fait à l'intersection entre le comportement, les croyances et les attentes

Mais encore, les normes sociales sont des perceptions concernant les comportements appropriés et typiques au sein d'un groupe de personnes donné. Il s'agit principalement de règles informelles, souvent tacites et non écrites, que la plupart des gens absorbent, acceptent et suivent. Les normes sociales sont importantes parce qu'elles peuvent influencer ou maintenir notre comportement, et parce qu'elles peuvent renforcer les inégalités sociales, y compris les inégalités entre les sexes. (CARE, 2020).

Une norme sociale se réfère à une règle de conduite tacite ou écrite qui prévaut dans une société ou un groupe social. Elle est, le plus souvent, façonnée par des attentes mutuelles d'un réseau social ou d'un groupe de référence, souvent le groupe dominant. Bien que toutes les normes sociales ne soient pas nuisibles, elles peuvent renforcer les injustices et inégalités au nom de la tradition ou de la culture (Pierre Demeulenaere, Les normes sociales, 2003).

Tous les comportements ne sont pas dictés par les normes sociales. Dans certains cas, les gens choisissent de pratiquer un comportement pour des raisons qui ne dépendent pas de ce que les autres pensent ou font. Par exemple, les gens peuvent adopter des comportements malsains ou nuisibles en raison d'un manque de connaissance, d'une faible perception des risques du comportement, d'une incapacité à adopter des comportements alternatifs, des émotions associées au comportement, etc. Ces facteurs ne sont pas des normes sociales parce qu'ils sont indépendants de ce que les autres pensent ou font, Unicef (2021).

1.9.3. Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC)

Selon Chaloult, Goulet et Ngo (2018), la TCC est « toute thérapie qui cherche en premier à expliquer et corriger les problèmes psychologiques en se centrant sur les pensées et comportements ». C'est une thérapie active, directive, structurée et limitée dans le temps. On peut également la concevoir comme une forme d'entraînement à penser et à agir de façon mieux adaptée lorsque vos émotions, vos pensées ou vos comportements sont source de souffrance. Comme pour la plupart des entraînements, les résultats sont le fruit d'une pratique régulière et prolongée. Le principe de La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est basée sur la prémisse qu'il existe une forte interconnexion entre les pensées d'un individu, ses émotions, ses sensations physiques, ainsi que son comportement (Greenberger et Padesky, 1995). Il serait question de faire une restructuration cognitive, c'est à dire remplacer les pensées dysfonctionnelles par d'autres plus fonctionnelles,

plus réalistes et mieux adaptées. On commence par reconnaître les pensées à l'origine de nos émotions, on vérifie si elles sont dysfonctionnelles ou non et, dans l'affirmative, on les remplace par des pensées plus fonctionnelles. Il en résulte presque toujours une diminution et parfois même une disparition des émotions dysfonctionnelles.

1.9.4. Trouble Déficit d'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H)

D'après l'INSERM, (2022). Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité est un trouble du neuro-développement. Il se traduit tant chez les enfants que chez les adultes par des niveaux élevés d'inattention, d'agitation et d'impulsivité, source d'un handicap cognitif et social souvent sévère et persistant. Au-delà des difficultés qu'il engendre à l'école ou au travail, mais aussi dans le cadre familial et social, le TDAH entraîne un risque accru de blessures accidentelles, d'addiction, de dépression et de suicide. D'où la nécessité de le repérer et de le prendre en charge pour en atténuer le retentissement. Son diagnostic repose sur un faisceau d'indices cliniques, le trouble débutant avant l'âge de 12 ans. Les enfants concernés ont du mal à rester concentrés et sont facilement distraits plus que les autres, ils s'interrompent sans cesse dans leurs activités et interrompent les autres. Ils ont beaucoup de mal à rester assis (ou même debout) sans remuer, ou encore à réfréner une envie, une action, une parole... Ces comportements persistent depuis au moins 06 mois, se produisent dans plusieurs environnements (à l'école, mais aussi à la maison ou dans le cadre de leurs loisirs) et altèrent leur qualité de vie au quotidien. ILS peuvent être associés à d'autres troubles comme la dyslexie, et la coordination motrice ou de trouble métaboliques comme le diabète ou l'obésité.

CHAPITRE 2 : ENFANCE ET TDAH AU CAMEROUN

Au Cameroun , la protection de l'enfant est complexe du fait que l'enfance, socialement construite se perçoit par rapport à un environnement donné. Cette perception est également fonction du des problématiques multidimensionnelles auxquelles fait face cette enfance. ce qui jette une certaine équivoque quant à l'implémentation des politiques de l'enfance dans le droit camerounais en lien avec la promotion et la protection de l'enfant. Les personnes en situation de handicap sont prises en compte dans l'implémentation de cette politique. les enfants atteints d'un trouble déficitaire d'attention avec ou sans hyperactivité bénéficient à cet effet d'une prise en charge multidimensionnelle.

2.1. L'ENFANCE, L'ENFANT AU CAMEROUN

2.1.1. Définition de l'enfance

L'enfance est la période de la vie qui va de la naissance à l'adolescence. Selon le point de vue philosophique, l'enfance est l'âge des transformations, des modifications, à condition de faire les bonnes rencontres. C'est l'âge des apprentissages. Elle désigne ainsi la période de vulnérabilité et d'insuffisance durant laquelle l'adulte va exercer sa protection et son pouvoir.

Selon l'OMS, l'enfance est considérée comme « une période de vulnérabilité et de potentiel ». La convention relative aux droits de l'enfant, quant à elle, définit l'enfance comme la période de la vie humaine allant de la naissance à 18 ans. L'enfance est cette période de l'existence durant laquelle l'individu croit et se développe jusqu'au moment où il atteint l'adolescence. La croissance renvoie ici à une augmentation mesurable de l'organisme ou d'un organe particulier. Le développement quant à lui renvoi à toute transformation aboutissant à une augmentation plus complexe dépendant de l'interaction de deux facteurs : l'un intrinsèque, maturatif et l'autre extrinsèque provenant de l'environnement.

2.1.2. Définition de l'enfant

Le terme enfant désigne les membres d'une classe d'âge dont les critères de définition varient en fonction des attitudes, des époques et des âges. Il vient du latin *infantia*, ce qui veut dire défaut de l'éloquence. En psychanalyse *infans* désigne celui qui ne parle pas en raison de son immaturité, celui à la place duquel on parle.

L'enfant est un être vivant qui se caractérise par sa dépendance extrême. C'est son extrême fragilité. Il a besoin de l'autre pour à peu près tout : pour se nourrir, pour s'éveiller au monde qui l'entoure, pour se changer, se laver. Il a même besoin de l'autre pour s'endormir. Il trouvera mieux le sommeil et le repos si on l'aide, si on le porte, si on le rassure. L'enfant a besoin de nous pour tout. C'est d'ailleurs en raison de cette dépendance extrême qu'une responsabilité immense nous incombe. Plus la personne en face de moi est fragile et vulnérable, plus ma responsabilité à son égard est importante. Ainsi, la dépendance dans laquelle l'autre se trouve à mon égard m'impose un réseau d'obligations qui sont tout aussi aliénantes pour moi que la dépendance l'est pour lui. L'enfant est soumis à de nombreuses contraintes, qui se traduisent en obligations pour l'adulte qui est autour de lui... (Bachler, 2021, p. 13 à 22).

2.1.3. Les courants et les théories du développement de l'enfant

Au cours de l'histoire de la psychologie, il y a eu les tenants du « tout-inné » (les innéistes ou les maturationnistes) qui défendaient l'idée que nos gènes déterminaient nos comportements et nos caractéristiques psychologiques. De l'autre côté, il y a eu les tenants du « tout-acquis » (les behavioristes) qui pensaient que l'explication du développement de l'enfant se trouvait dans l'intervention des facteurs externes. Enfin, il existe tout l'éventail des positions intermédiaires qu'on qualifie d'« interactionnistes », de l'interactionniste de constructiviste, de constructiviste et de psychanalytique...etc.

2.1.3.1. Le point de vue de Freud

Selon la perspective freudienne, le développement psychosexuel de l'individu se fait en cinq stades progressifs. Ce qui est particulier à travers l'approche théorique de Freud c'est que les tendances sexuelles jouent un rôle particulier dans la construction de la personnalité de l'individu. Cette théorie soutient qu'une personnalité adulte saine dépend de la satisfaction et de l'achèvement de chaque étape précédente du développement psychosexuel. Freud a été l'un des premiers à montrer comment les expériences de la petite enfance peuvent façonner la personnalité de l'adulte.

Le passage par chacun des stades conduit au développement de la personnalité. Freud est le premier à penser que les expériences traumatisantes vécues pendant l'enfance, dont les souvenirs sont parfois refoulés, peuvent expliquer nombre de troubles psychologiques observés chez l'adulte. La sexualité infantile est étudiée en psychanalyse sous l'angle d'abord de la pulsion sexuelle dans le domaine du « pré-génital ».

2.1.3.2 le point de vue de Piaget

Le psychologue suisse Jean Piaget, considéré comme le père du constructivisme, a suggéré que le développement cognitif des enfants se produit après une série d'étapes. Il a observé que les enfants jouent un rôle actif dans l'acquisition de connaissances sur le monde, c'est-à-dire qu'il les considérait comme de "petits scientifiques" qui construisent activement leurs connaissances et leur compréhension du monde, bien que, au moyen de normes mentales qui diffèrent qualitativement de celles des personnes adultes qui les utilisent.

Pour lui, apprendre c'est construire des connaissances au cours de son développement. Cette construction suppose que chaque sujet acquiert des outils conceptuels (mentaux) qui lui permettent de comprendre le monde dans lequel il est et de se l'approprier. C'est parce que l'homme est actif qu'il acquiert des connaissances : elles se construisent par ceux qui apprennent.

Nécessairement, l'acquisition des connaissances suppose l'activité des apprenants (manipulation d'idées et de conceptions). Cette activité bouscule et contrarie les manières de faire et de comprendre de l'apprenant. L'individu devient protagoniste actif du processus de connaissance. Pour Jean Piaget, celui qui apprend n'est pas simplement en relation avec les connaissances qu'il apprend. Il organise son monde au fur et à mesure qu'il apprend en s'adaptant. Cet auteur insiste sur la nature adaptative de l'intelligence et sa fonction organisatrice et structurante. Cela implique deux processus d'interaction de l'individu et son milieu: l'assimilation et l'accommodation. Il ne suffit pas de voir, de percevoir (théorie empiriste), mais il faut agir et expérimenter. (Lenoir, 2018).

2.1.3.3 Le point de vue de Wallon

Henri Wallon a posé les bases de sa théorie du développement de l'enfant en se concentrant sur l'interdépendance des aspects émotionnels, sociaux, et cognitifs. La théorie wallonienne du développement est sous-tendue par sa conception de l'être humain : l'homme n'est pas simplement un être biologique, mais également un être social . Ce qui signifie clairement que, dès sa naissance, le bébé apparaît d'emblée comme un être social.

Dans son approche globale du développement de la personnalité, Wallon considère simultanément quatre dimensions fonctionnelles : l'affectivité, l'acte moteur, la connaissance et la personne. Au cœur de cette théorie se trouve la conviction que le développement de l'enfant ne peut être compris en isolant les aspects cognitifs de ses dimensions affectives et sociales. Il a

également mis en évidence l'influence du contexte social et culturel sur le développement de l'enfant

La personnalité serait une construction progressive, où se réalise l'intégration, selon des rapports variables, de deux fonctions principales : l'affectivité, d'une part, liée aux sensibilités internes et orientée vers le monde social, la construction de la personne ; l'intelligence, d'autre part, liée aux sensibilités externes et orientée vers le monde physique, la construction de l'objet.

Le développement de la personnalité progresse selon une succession de stades, dont chacun constitue un ensemble original de conduites, caractérisé par un type particulier de hiérarchie entre ces deux fonctions. Ainsi s'institue une alternance entre deux types de stades : les uns marqués par la prédominance de l'affectivité sur l'intelligence, les autres par la prédominance inverse de l'intelligence sur l'affectivité. Le passage d'un stade à un autre présente donc un aspect discontinu, ce qui n'exclut pas néanmoins la continuité d'ensemble du développement.

2.3. Politique de l'enfance au Cameroun

Selon la croix rouge, la protection de l'enfance consiste à prévenir les difficultés auxquelles les familles peuvent être confrontées avec leurs enfants, à les accompagner et à les aider. Elle vise aussi à accompagner, et parfois accueillir les enfants quand la situation le nécessite. Elle doit garantir la prise en compte des droits et des besoins fondamentaux de l'enfant, soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation. La protection de l'enfance est étroitement corrélée à la garantie du développement harmonieux des enfants à travers la jouissance par tous, de leurs droits fondamentaux.

2.3.1. La protection de l'enfant

Au Cameroun, la protection de l'enfance dans tous les aspects nécessaires à son épanouissement et à sa croissance demeure une préoccupation permanente du Gouvernement et s'inscrit en droite ligne de la pensée politique du Président de la République, Chef de l'Etat, Son Excellence Monsieur Paul Biya telle qu'exprimée dans son ouvrage « Pour le libéralisme communautaire » publié en 1987 et dans lequel il affirme (MINAS, 2018) :

« Il nous incombe d'œuvrer en sorte que les enfants (...) de ce pays cessent de mourir comme des orphelins ou des déshérités, et que la croissance, fruit de l'effort collectif, puisse garantir une plus grande protection ». Concernant la politique générale, le Document Cadre de

Politique Nationale de Développement Intégral du Jeune Enfant validé en 2008, bien que limité à la petite enfance (0-08 ans), est pour le moment le seul document de référence en matière d'orientations de protection holistique de l'enfant. Ce document a pour objectif général d'assurer la survie et le plein épanouissement des jeunes filles et garçons du Cameroun de la conception à l'âge de huit ans, dans tous les aspects (psychomoteur, socioaffectif, cognitif, moral et communicationnel) à travers l'éveil, la santé, la nutrition, la protection, l'éducation, la qualité de l'environnement physique, familial, communautaire et culturel (MINAS, 2018).

Cet objectif général se décline en dix objectifs spécifiques, suivant les trois axes stratégiques suivants :

- amélioration de l'accès et de la qualité des services sociaux de base essentiels nécessaires au développement harmonieux du jeune enfant ;
- amélioration du cadre de vie et de l'environnement du jeune enfant ;
- renforcement du dispositif institutionnel et stratégique.

De plus, les deux principaux axes stratégiques de la protection de l'enfance transparaissent de l'organisation de la Direction de la Protection Sociale de l'Enfance et s'énonce en plusieurs variables que sont : la promotion des droits de l'enfant et la sauvegarde de l'enfant.

La promotion des droits de l'enfant fait référence à la vulgarisation de ces derniers à l'intérieur de la communauté nationale dans la diversité de ses composantes, à la mobilisation nationale en faveur de ces droits et à la protection générale et spéciale des enfants contre toute atteinte à leurs droits. La sauvegarde de l'enfant quant à elle renvoie à l'encadrement de la petite enfance à travers notamment l'offre de substitut parental de l'enfant abandonné ou sans famille connue, à la prévention et au traitement de l'inadaptation sociale de l'enfant.

Le statut privilégié de l'enfant au Cameroun fait écho à l'engagement du Chef de l'Etat, Son Excellence Monsieur Paul Biya, qui du haut de la tribune de l'Assemblée Générale Extraordinaire des Nations Unies consacrée aux enfants en mai 2002, déclarait : " Il n'existe pas de causes humaines plus dignes que celle de la défense et de la promotion des droits et de l'avenir des enfants qui, selon la Bible sont héritage de Dieu". Cette protection de l'enfance dans tous les aspects nécessaires à son épanouissement et à sa croissance demeure une préoccupation permanente du Gouvernement Camerounais. Cela se traduit par une multitude d'actions multisectorielles en faveur de cette tranche de population vulnérable.

2.3.2. Les actions du gouvernement en faveur de l'enfance

Aux premières loges des actions du Gouvernement pour contrer cette situation on peut noter que le Cameroun a ratifié la quasi-totalité des instruments juridiques de protection des enfants. Pour ne retenir que les plus importants on peut citer :

- la Convention des Nations Unies relative aux Droits de l'Enfant, et ses protocoles facultatifs,
- la Charte Africaine des droits et du Bien-être de l'Enfant ;
- la Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'Egard des Femmes ;
- la Convention n° 138 sur l'âge minimum d'admission à l'emploi ;
- la Convention n° 182 sur les pires formes du travail des enfants ;
- la Convention des Nations-Unies contre la criminalité transnationale organisée et son protocole additionnel visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes en particulier des femmes et des enfants ;
- mais encore, le Cameroun a toujours pris part aux différentes rencontres internationales consacrées à la situation de l'enfant. La Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies consacrée aux enfants et tenue à New -York en mai 2002 a ainsi vu la participation d'une délégation camerounaise conduite par le Chef de l'Etat, Son Excellence Monsieur Paul Biya (MINAS, 2018).

Au plan juridique le pays s'est doté d'une législation et d'une réglementation avant-gardiste de protection des droits des enfants. La Constitution, dans son préambule, garantit la liberté et la sécurité à chaque individu, avec une préoccupation spécifique quant à la protection des enfants et des jeunes. En matière pénale, de nombreuses dispositions du Code Pénal peuvent être évoquées pour réprimer des cas d'atteintes à l'intégrité physique ou mentale de l'enfant. L'article 350 dudit code intitulé « atteintes contre l'enfant » aggrave les pénalités lorsqu'une infraction est commise au préjudice d'un enfant. (MINAS, 2018)

En matière sociale le Code du Travail interdit le travail forcé ou obligatoire (art. 292 alinéa 3) et exclut l'emploi des enfants de moins de 14 ans et leur utilisation dans des travaux dangereux ou excédant leur force (art. 86 et 87). Ledit code prévoit des sanctions à l'encontre des auteurs de ces infractions (art.167). En outre, l'arrêté du 27 mai 1969 relatif au travail des enfants interdit et dresse une liste de types de travaux de nature à corrompre la morale des enfants. Le Code Civil

institue l'obligation alimentaire entre ascendants et descendants (art. 203), entre adoptant et adopté (art. 355), et la puissance paternelle (art. 371 à 387) ; toutes choses qui participent à la prévention et à la répression du trafic et de l'exploitation des enfants. (MINAS, 2018).

Des lois spéciales œuvrent aussi à rendre opérationnelle, la politique de lutte contre les violences ou l'exploitation des enfants. Il est question de :

- la loi n° 2005/015 du 29 décembre 2005 relative à la lutte contre le trafic et la traite des enfants abrogée et remplacée par la loi n° 2011/024 du 14 décembre 2011 relative à la lutte contre le trafic et la traite des personnes ;
- l'ordonnance n°81/02 du 29 juin 1981 portant organisation de l'état civil et diverses dispositions relatives à l'état des personnes physiques, modifié et complété par loi n° 2011/011 du 06 mai 2011. Cette Ordonnance prévoit la signalisation d'un enfant nouveau-né (art. 38), la puissance paternelle et la garde des enfants nés hors mariage (art 47), la pension alimentaire au profit des enfants laissés à la charge d'une épouse abandonnée (art. 76) ;
- la loi n° 97/12 du 10 janvier 1997 fixant les conditions d'entrée, de séjour et de sortie des étrangers au Cameroun et son décret d'application n°2000/286 du 12 octobre 2000 qui exige une autorisation parentale pour les enfants en vue de la délivrance d'un titre de voyage.

Le Gouvernement compte plusieurs départements ministériels qui s'occupent de la réalisation des droits de l'enfant. Cependant, c'est au Ministère des Affaires Sociales, qu'est statutairement assignée la protection sociale des personnes vulnérables au rang desquelles, les enfants nécessitent de mesures spéciales de protection. Cet objectif est poursuivi à travers une organisation interne et des services: la création d'une direction de la protection sociale de l'enfance ; le fonctionnement de dix délégations régionales et de 58 délégations départementales ; l'existence d'Unités Techniques Opérationnelles telles que les centres sociaux et services de l'action sociale ; l'existence de plusieurs centres d'encadrement de la petite enfance, d'accueil et de rééducation des enfants inadaptés sociaux ou délinquants ; la création depuis 1990, d'une commission nationale pour la protection de l'enfance en danger moral, délinquante ou abandonnée.

La politique de protection de l'enfance est appuyée par l'action agissante de divers partenaires nationaux Œuvres Sociales Privées, ONG et associations dans les domaines juridiques, de la santé, de l'éducation et de l'encadrement psycho social. Il importe de relever dans cette dynamique l'action plurielle de la Première Dame, Son Excellence Madame Chantal BIYA, qui à

travers ses œuvres caritatives telles que Synergies Africaines de lutte contre le SIDA et les souffrances, le CERAC et la Fondation qui porte son nom, s'investit pour l'épanouissement de l'enfant. (MINAS, 2018).

De plus, de nombreux programmes et projets nationaux bénéficient de l'aide de partenaires bilatéraux et multilatéraux à l'instar de : l'UNICEF, la Banque Mondiale, Plan Cameroun, SOS Kinderdorf, l'OIT, la Belgique et l'Italie, etc.

2.3.3. La promotion de l'enfant

La protection des droits de l'Homme en général et ceux de l'enfant en particulier est règlementée au Cameroun par un arsenal juridique constitué par les protocoles, Chartes et Conventions internationales ratifiées, les lois et règlements nationaux. Dans ce sens, il est nécessaire de préciser que la loi n°06 du 18 janvier 1996 portant révision de la Constitution de 1972 en son préambule, déclare que « l'être humain, sans distinction de race, religion, de sexe, de croyance, possède des droits inaliénables sacrés ». Il y est affirmé par ailleurs l'attachement du Cameroun aux libertés fondamentales inscrites dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, la Charte des Nations Unies, la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples et dans toutes conventions internationales y relatives et dument ratifiées.

Au plan international, comme l'affirmait le Chef de l'Etat, Son Excellence Monsieur Paul Biya au cours de la Session extraordinaire de l'ONU consacrée aux enfants en 2002, « le Cameroun a ratifié la quasi-totalité des instruments juridiques internationaux consacrés à l'enfant. » (MINAS, 2018). On peut de ce fait citer de façon non exhaustive : la Convention relative aux Droits de l'Enfant, le 11 janvier 1993 ; la Charte Africaines des Droits et du Bien-être de l'Enfant, le 05 septembre 1996; la Convention n°138 de l'OIT sur l'âge minimum d'admission à l'emploi, le 14 avril 1998; la Convention n°182 de l'OIT sur l'élimination des pires formes de travail des enfants, le 27 mai 2002 ; le protocole facultatif à la CDE du 18 décembre 1989 sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, instrument d'adhésion datant du 04 décembre 2004 ; le protocole additionnel à la convention des Nations unies du 15 novembre 2000 contre la criminalité transnationale organisée, protocole visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier les femmes et les enfants. Protocole ratifié par le Cameroun par décret du 18 novembre 2004.

Au plan national, en plus de son adhésion aux divers instruments juridiques internationaux qui précédent, le Gouvernement camerounais à toujours placé l'enfant au cœur de ses

préoccupations. A également adopté depuis les indépendances, des mesures législatives et réglementaires déterminantes pour l'application des droits de l'enfant, et amorcé des procédures qui se trouvent à des stades très poussés, Ces mesures sont : le Code Civil qui règle le problème de la responsabilité parentale en ses articles 1384 et suivants.

Le Code Pénal dans lequel la protection des droits des enfants est mise en évidence, notamment dans les dispositions des articles 29, 39 al.6, 48, 80, 179 (garde d'un mineur), 340 (infanticide), 341 (atteinte à la filiation), 342 (esclavage et mise en gage) 198 al 1 (b) et (c) (publications interdites) et les articles 337 et suivants qui traitent des atteintes à l'enfant et à la famille ; l'adoption de la loi n°2005/007/ du 27 juillet 2005 portant Code de Procédure Pénale qui comporte de nombreuses dispositions favorables à l'enfant auteur ou victime d'infraction ; l'adoption de la loi n°2011/024 du 14/12/2011 relative à la lutte contre le trafic et la traite des personnes abrogeant la loi n°2005/015 du 29/12/2005 relative à la lutte contre le trafic et la traite des enfants; le décret n°2011/408 du 09/12/2011 portant organisation du Gouvernement qui institue plusieurs départements ministériels en charge de la réalisation des droits de l'enfant. Ce sont par exemple le Ministère des Affaires Sociales (protection sociale de l'enfant), le Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille (promotion des droits de l'enfant), le Ministère de l'Education de Base (enseignement maternel et primaire général), le Ministère des Enseignements Secondaires (enseignements technique et général), le Ministère de la Santé Publique (prévention et soins de santé à la mère et à l'enfant), le Ministère de la Jeunesse et de l'Education Civique (promotion de loisirs et activités post et périscolaires) etc. l'adoption en perspective de la loi portant code des personnes et de la famille ; la loi n°98/004 du 14 avril 1998 sur l'orientation scolaire qui fixe l'âge de la scolarisation obligatoire à 14 ans ; le code du travail et les actes réglementaires relatifs aux travaux interdits aux enfants; le décret n° 90-524 du 23 mars 1990, crée une commission nationale pour la protection de l'enfance en danger moral, délinquante ou abandonnée (MINAS, 2018);

Le décret n°2001/041 du 19 février 2001 portant organisation des établissements scolaires publics et fixant les attributions des responsables de l'administration scolaire, qui en son article 47 institue l'exemption des contributions annuelles exigibles aux élèves des écoles primaires publiques pour donner effet à la gratuité de l'école primaire décidée par le Président de la République le 10 février 2000. L'élaboration de deux avant-projets de lois portant respectivement Code de Protection de l'Enfant et Code des Personnes et de la Famille. (MINAS, 2018).

En plus du cadre juridique sus évoqué, de nombreuses actions à effets directs ont été entreprises tant par l'Etat Camerounais que par les partenaires. Il s'agit notamment des programmes de coopération avec les organismes internationaux des Nations Unies œuvrant dans le domaine de la promotion et de la protection des droits de l'enfant : l'UNICEF, L'UNESCO, L'OIT/BIT, le Fonds Mondial etc.

2.3.4. Perspectives d'actions en faveur des enfants : les domaines prioritaires d'intervention

Toutes les avancées visant à faire du Cameroun un pays digne des enfants n'ont été possibles que grâce à l'adoption et la mise en œuvre d'une stratégie participative qui s'inspire de nos valeurs ancestrales de partages : il s'agit de la solidarité nationale. Dans cette mouvance, les perspectives de protection sociale de l'enfance portent sur les domaines prioritaires suivants : amélioration et renforcement du cadre politique, juridique et institutionnel ; recensement et renforcement des capacités des Œuvres Sociales Privées d'encadrement de la petite enfance ; développement du partenariat, du plaidoyer et mobilisation des ressources ; renforcement des structures d'encadrement de la petite enfance.

2.4. Statistiques mondiales, africaines et camerounaises sur les enfants (selon leurs catégories socioprofessionnelles)

Les enquêtes nationales renseignant sur la situation des enfants vulnérables sont notamment : le tableau de bord social sur la situation des enfants et des femmes (1999, 2004 et 2009) ; le 3ème Recensement général de la population et de l'Habitat (2010) ; l'enquête à indicateurs multiples (MICS 1, 2 et 3) ; l'Enquête Camerounaise sur les Ménages (ECAM I, ECAM II et ECAM III) ; le rapport National sur le Travail des Enfants (2008).

Les données de ces études et enquêtes rapportent à titre d'illustration que : 1 Camerounais sur 2 à moins de 18 ans ; 40% de la population vit dans la pauvreté ; le taux net de scolarisation est de 22% au préscolaire, de 80% au primaire et de 38% au secondaire ; le taux d'abandon scolaire est de 44% ; 89% de la population en zone urbaine a accès à l'eau potable contre 49% en zone rurale ; le taux de malnutrition est de 32% chez les enfants de moins de 5 ans ; 30% des naissances des enfants de moins de 5 ans ne sont pas enregistrées ; 27% des enfants de 5 à 17 ans sont astreints aux travaux à abolir ; Seul 16,73% OEV identifiés ont reçu une prise en charge. Ces études et enquêtes mettent par ailleurs en exergue l'existence de certains phénomènes tels : les violences contre les enfants, l'abandon, la négligence, l'exploitation des enfants, la délinquance juvénile, les

enfants de la rue, la prostitution des jeunes filles, et l'émergence d'autres à l'instar du trafic et de la traite des enfants.

2.5. Les problèmes et problématique de l'enfance au Cameroun

Une problématique est un ensemble des questions, des problèmes concernant un domaine de connaissance ou qui sont posés par une situation. Ainsi donc la situation de l'enfance au Cameroun fait face à de nombreux problèmes.

Comme dans de nombreux pays en voie de développement, le Cameroun reste confronté à de nombreux problèmes concernant l'implémentation des politiques de l'enfance. Selon une étude menée par Kindzega (2020), plus de 2 millions d'enfants dans ce pays qui compte 25 millions d'habitants n'ont pas les certificats de naissance requis, selon lui le Cameroun attribuerait le déclin de l'enregistrement des naissances aux conflits qui affectent certaines parties du pays et la pandémie de COVID-19.

D'après Mbassa Menick (2014), l'abandon d'enfants est un phénomène qui a pris de l'ampleur au Cameroun, grâce à une population d'enfants abandonnés reçus au centre d'accueil pour enfants en détresse (CAED) de Yaoundé sur une période de 10 ans, l'auteur de ce travail fait état des différents mécanismes qui aboutissent à ce drame au Cameroun. Il constate de ce fait que sur 768 enfants accueillis, 507 étaient abandonnés par leurs parents, soit 66,01% de l'ensemble de l'échantillon. Deux principaux types d'abandon en ont été distingués dont 285 cas d'abandons provisoires ou dépannages (représentant 37,1% de l'ensemble de l'échantillon et 56,2% par rapport à la population des enfants abandonnés ; et 222 cas d'abandons complets ou définitifs (représentant 26,9% de l'ensemble de l'échantillon et 43,8% par rapport à la population des enfants abandonnés).

Les principales victimes étant des orphelins, les enfants malades mentaux, les enfants de parents vivants avec le VIH, les enfants de familles très nombreuses et pauvres, les enfants de familles en conflit et les enfants en conflit avec la loi... nous retenons de cette étude que les bases de la société traditionnelle Africaine qui garantissait la sécurité des enfants et de la stabilité des familles est entrain de muter. Pour l'auteur de telles mutations ne peuvent se faire sans changement environnemental impliquant le changement comportemental mais également de changement de l'homme et de sa pathologie.

Selon Le monde Afrique, d'après le rapport des résultats préliminaires Smart (2019), une méthodologie d'enquête nutritionnelle fournissant des résultats fiables, la situation des enfants camerounais de moins de 05 ans est « particulièrement précaire » dans les régions Est, Nord, et

Extrême-Nord. Dans cette dernière région, ébranlée par les attaques du groupe terroriste Boko Haram et théâtre d'inondation et de sécheresse, 38,2% des enfants souffrent de malnutrition chronique avec 20,2% d'insuffisance pondérale (minceur excessive), soient les taux les plus élevés dans le pays. Nous pouvons compléter ces données avec des informations recueillis à l'institut national de la statistique (INS) du Cameroun. Dans les pays en voie de développement, La malnutrition sévit surtout chez les enfants de moins de cinq ans. Le Cameroun est le 18ème parmi les 20 pays dans le monde où le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est le plus élevé, soit 148 pour 1000 (UNICEF, 2012).

Selon un rapport rédigé par Moutati Goma, il ressort que 15% des enfants de moins de 05 ans souffrent d'Insuffisance Pondérale ; les régions de L'Extrême-Nord, de L'Est, du Nord et de l'Adamaoua sont les plus exposées au phénomène d'insuffisance pondérale ; inversement, les villes de Yaoundé et de Douala sont les moins exposées à ce phénomène avec respectivement 3,8% et 3,2% des enfants de moins de cinq ans qui en souffrent. Il en découle également que 32,5% des enfants de moins de cinq ans souffrent de Retard de Croissance, soit en moyenne ; les villes de Yaoundé et de Douala sont les zones les moins exposées au Retard de Croissance tandis que les enfants de La région de L'Extrême-Nord sont ceux qui présentent le plus de risque de souffrir de retard de croissance. Nous remarquons également que 5,2% des enfants de moins de cinq qui souffrent d'émaciation.

Les enfants présentant les taux les plus élevés d'émaciation sont ceux de La région du Nord avec 10,4% de ses enfants qui en souffrent ; suivi de ceux de L'Extrême-Nord (9,0%) et de L'Est (8,1%) ; les enfants de La région de L'Ouest sont ceux qui présentent le niveau le moins élevé d'émaciation avec 0,8% d'entre eux qui en souffrent. De plus, 10,1% des enfants de moins de cinq ans qui souffrent d'obésité. On a donc Les enfants de La région de L'Ouest souffrent le plus d'obésité (18,0%) tandis que ceux du Nord y sont le moins exposés (2,6%).

D'après Diallo et al. (2013) cités par Ewondo Mbebi (2018) des estimations montrent que près de 121 millions d'enfants âgés de 5 à 14 ans (soit un taux de 9,9 %) travaillent actuellement dans le monde. Mais encore, en Afrique, au sud du Sahara particulièrement 21,7 % des enfants de cette tranche d'âge sont exploités. Concernant le cas du Cameroun par exemple, on s'aperçoit que le taux de travail des enfants âgés de 5 à 14 ans a pratiquement doublé en moins de dix ans, passant de 14,3 % en 2001 à 28,8 % en 2007. Ce pourcentage n'est cependant pas uniforme sur le plan

spatial ; en effet, par rapport au milieu de résidence, le taux de participation des enfants au travail est largement plus élevé en milieu rural (40,7 %) qu'en milieu urbain (16,6 %).

Au-delà de cette constance générale, lorsque l'analyse se rapporte au niveau régional, on remarque que dans les trois régions septentrionales, et plus singulièrement dans l'Extrême-Nord et l'Adamaoua, les taux de travail des enfants sont supérieurs à 60,0 % alors que dans les régions du Sud, du Sud-ouest et du Centre, ces taux sont inférieurs à 25,0 %⁵. Relativement au genre, ce taux est de 24,4 % pour les garçons et de 23,7 % pour les filles. L'écart est cependant plus prononcé dans les régions septentrionales. C'est le cas par exemple de l'Extrême-Nord où 60,0 % des filles participent au marché du travail contre 40,0 % des garçons (Ewondo Mbebi, 2018).

2.5.1. L'enfant au Cameroun dans la littérature scientifique

Hamidou Issa et Ousmanou Abdou, ont coécrit un article qu'ils ont publié en 2021 dans le site revues.acaref.net. Cet article intitulé : « La problématique des droits fondamentaux de l'enfant en droit positif camerounais » traite principalement de la question des droits fondamentaux de l'enfant en droit positif camerounais avec pour but d'examiner l'effectivité de la formulation et la mise en œuvre des droits de l'enfant au Cameroun. En effet, à partir des résultats d'un diagnostic sur la situation infantine dans le monde et au Cameroun en particulier, ils se sont sentis interpellés dans la remise en cause du degré de réalisation des mécanismes juridiques de protection en vigueur. Il leur est venu à l'idée de se poser la question fondamentale qui était celle de savoir si le droit camerounais favorise efficacement la promotion et la protection de l'enfant.

Selon ce diagnostic, bien que se retrouvant dans de grands textes européens et internationaux, le respect et l'application de certains droits de l'homme mis en place lors de la Révolution de 1789 restent problématiques dans les pays pauvres surtout ceux qui connaissent l'instabilité politique. Par ailleurs d'après ces auteurs, la dégradation constante de la situation de l'enfant lors de deux grandes guerres mondiales et la multiplication au sein de plusieurs pays, des pratiques coutumières inhumaines à l'enfant, incitent la communauté internationale à élaborer des règles qui visent à déterminer les droits de l'enfant et à conduire les pays membres à s'engager et à les garantir. De nombreux pays auraient consacré dans leurs différentes constitutions des mesures promouvant la protection de l'homme pour son épanouissement.

Cependant, La situation socio juridique des enfants demeure préoccupante. En effet, jusqu'en 2005 le monde compte environ 2,2 milliards et 1,9 milliard d'enfants vivent dans les pays du sud et se retrouvent dans des conditions précaires. En effet, 340 millions de ces enfants sont en

Afrique subsaharienne (Rapport UNICEF, 2005 : 9) dont le Cameroun en fait partie (INS, 2009 : 12-13). En outre, en 2006, au sein des 50 pays pauvres y compris le Cameroun, les risques encourus par les enfants s'empirent davantage à cause d'exclusion sociale non résolue (Rapport UNICEF, 2006 : 6). A l'heure actuelle, malgré la mise en place des organes internationaux, la situation reste toujours déplorable à cause des difficultés inspirées du vécu des enfants dans un environnement en forte et précoce urbanisation (Rapport UNICEF, 2012 : 12).

Pour les aider dans la quête à la réponse de la question qu'ils se sont posée au regard de ce diagnostic, ils se sont servis de la recherche documentaire accompagnée d'une enquête de terrain. Ils ont tour à tour interrogé les instruments juridiques internationaux liés aux droits de l'enfant, les types de droits fondamentaux reconnus à l'enfant camerounais et les insuffisances des droits civil et pénal dans l'encadrement des droits de l'enfant au Cameroun. Il ressort de ces multiples questionnements que, concernant les instruments juridiques internationaux liés aux droits de l'enfant, la mise en place de ceux-ci dédiés à la protection et à la promotion des droits de l'enfant s'est d'abord faite à l'échelle internationale à travers la Convention relative aux Droits de l'Enfant et ensuite au niveau africain par la création de la Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant. Tout ceci seulement après la création d'un Comité de protection des droits de l'enfance à la fin de la première guerre mondiale.

Après la seconde guerre mondiale, la Commission des Nations Unies en charge des droits de l'homme, réitère de nouveau, la nécessité de protéger l'enfance et engage après adoption de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, des travaux qui ont favorisé l'adoption d'une nouvelle Déclaration des Droits de l'Enfant le 20 novembre 1959 (Mbéna, 2013 : 95). Cette dernière a servi de Code de référence du bien-être de l'enfant. Cette Convention entrée en vigueur au niveau international le 02 novembre 1990 et ratifiée par le Cameroun le 25 septembre 1990. Une organisation semblable a été mise sur pied en Afrique. En effet, L'OUA dont le Cameroun est l'un des pays membres, témoigne son adhésion à ses idéaux pour le droit de l'enfant africain à travers l'élaboration d'un texte dédié à cet effet en 1979 lors du vingtième anniversaire de la l'adoption par les Nations Unies de la Déclaration des droits de l'enfant du 20 novembre 1959, avec pour principal objectif l'assurance à l'enfant d'une protection et d'un bien-être. Tenant compte droits particuliers aux réalités propres à l'Afrique en ce qui concerne l'encadrement des enfants.

En somme, d'après les auteurs, il ressort de cette analyse que la protection des droits fondamentaux de l'enfant en matière civile et pénale reste un travail à terminer en dépit de certaines

avancées observées Ainsi, les normes liées à l'existence de l'enfant y compris celles qui renvoient au principe d'égalité vont à l'encontre de la logique des droits fondamentaux, car, un retard considérablement est constaté en ce qui concerne la prise en compte de nouvelles exigences liées à l'évolution de la société. De ce fait, la mise à jour du système juridique camerounais nécessite à cet effet un toilettage méticuleux de chaque institution civile.

Dans son article intitulé : « Les représentations sociales et culturelles du handicap de l'enfant en Afrique noire » publié en 2015 dans la revue Perspectives Psy, Mbassa Menick met en exergue l'impact qu'ont les représentations collectives et sociales du handicap de l'enfant en Afrique noire quelle que soit sa forme, sur la démarche de soins de celui-ci ou comme il l'a lui-même exprimé, sur « l'histoire des soins ou l'itinéraire thérapeutique ».

En effet, selon cet auteur chaque culture interprète la maladie en lui donnant une signification propre à son histoire. Elle en éclaire l'origine et permet sa manifestation et sa prise en charge. C'est l'ensemble des idées partagées, des attitudes : cette notion regroupe les réactions affectives et les comportements attachés à une maladie (Tognidé et al., 2006).

Définissant le handicap selon dictionnaire petit Larousse, qui conçoit le handicap comme étant « désavantage quelconque ; infirmité ou déficience, congénitale ou acquise ». Il a envisagé son travail sur deux volets, physique et psychique. Selon (Zempléni, 1968 ; Collomb, 1976 ; Sow, 1978 ; Tognidé & al., 2006 ; Dassa & al., 2009a ;2009b) cités par l'auteur, il existe généralement deux types de systèmes de représentations de troubles psychiques et physiques en Afrique sous les tropiques quel que soit l'axe choisi, ceux qui se basent sur l'interrelation entre les hommes marqués par le biais d'un sort jeté ou d'une action d'un sorcier anthropophage (sens horizontal), et ceux qui se basent sur les conséquences de la transgression des tabous en rapport avec le monde des esprits, le sacré, la religion (sens vertical).

S'agissant du volet physique dans lequel il a inclus (le handicap moteur dans ces différentes facettes en nous appuyant sur les malformations apparentes (les déficiences visuelles, auditives et langagières), l'enfant épileptique, l'enfant drépanocytaire, l'enfant albinos...) l'auteur entame en expliquant que tout ce qui sort de la « norme », ou qui ne s'explique pas de manière raisonnable et scientifique de la culture occidentale, s'interprète chez les africains.

Les cultures africaines sont des cultures « sémantiques » au sens strict du terme, c'est-à-dire que tout est signe, tout est signifiant et tout est signifié, en d'autres termes, tout ce qui est même le plus anodin, a un sens caché, une signification renchérit-il. De nos jours les gens

emploieraient le terme « c'est le village » pour donner une explication à leurs malheurs. Ce qui entraîne d'abord la peur, l'ambivalence, les préjugés, quelques fois la violence et l'exclusion. Ces interprétations comme il le pense sont fonction de la culture c'est-à-dire de la zone dans laquelle on se trouve. Selon certaines cultures, les enfants seraient considérés comme des réincarnations des sages. Ainsi selon cette culture la venue d'un enfant mal formé serait perçue comme la réincarnation de mauvais esprits ou à d'autres causes supranaturelles. Au Cameroun et au Bénin par exemple des enfants polymalformés sont renvoyés au fleuve ou à la rivière Selon un rituel bien organisé. Mais encore, Dans d'autres sociétés où on a cessé de tuer ou d'abandonner les enfants comme au Sénégal par exemple, l'on a constaté que certains enfants handicapés sont encore cachés soit dans des chambres ou dans des arrières cours des maisons, parce qu'ils représentent une honte et un déshonneur pour leur famille. Dans certaines ethnies guinéennes et ivoiriennes (Malinkés, Akans, Krous), la venue d'un enfant malformé peut être interprétée comme une malédiction divine qui s'abat sur la famille ou l'œuvre d'un sorcier de voisinage.

La maladie épileptique est une affection chronique qui stigmatise encore le sujet qui en est atteint, parce que cette affection neurologique a un caractère brutal, soudain et imprévisible survenant chez quelqu'un d'apparemment normal (Pilard, Brosset et Junod, 1992) cité par l'auteur. Il existerait deux représentations de cette maladie, Elles peuvent être directes, c'est-à-dire en rapport avec le vécu propre du sujet face à son trouble ou en rapport aux répercussions sociales induites par l'entourage et la société, à l'exemple des Bafia au Cameroun où certaines personnes sont réputées être des « lanceurs ou jeteurs d'épilepsie ». Chez les Wolofs du Sénégal, l'épilepsie est rapportée à une attaque par les djinns, esprits qui se manifestent souvent sous la forme d'un tourbillon de vent (Adotévi et Stéphany, 1986).

En ce qui concerne l'enfant albinos, l'auteur affirme qu'au Cameroun, dans les tribus du Sud-ouest, des croyances rapportent qu'en cas d'éruption volcanique du Mont Cameroun, seul le sang des albinos peut apaiser la colère des dieux de la montagne. Par conséquent, les regards seraient tournés vers eux pour sauver la communauté en cas d'éruption. Des commentateurs de médias auraient constaté qu'à chaque éruption volcanique, les albinos disparaissent de la circulation et se réfugient pour ne pas être sacrifiés. En revanche, si dans les tribus du centre et du Sud du Cameroun, les croyances indiquent que des rapports sexuels avec un albinos protégeraient contre l'envoûtement ou l'ensorcellement, chez les Bulu, les enfants albinos sont ironiquement appelés « Nlo kon » (tête de sorcier), ce qui pourrait connoter comme des enfants du malheur dont

il faudrait se méfier. Ils sont même considérés comme des serpents qui peuvent tuer la mère qui l'allait ou un membre de la famille. D'où la tendance jadis admise d'inciter les mères à les délaisser et ne pas les allaiter. De qui a beaucoup changé aujourd'hui.

Le second volet est l'enfant handicapé mental, selon Ezembé (2003) cité par l'auteur, il existerait plusieurs approches concernant les représentations sociales et culturelles du handicap en Afrique noire à savoir : l'approche traditionnelle qui défend l'idée selon laquelle le handicap aurait une origine magico-religieuse soit par le biais d'une punition divine, d'une attaque par les mauvais esprits, de la sorcellerie, d'une transgression par les parents d'un interdit. Au Cameroun par exemple, Lolo (1991) cité par l'auteur aurait observé comme dans de nombreux autres pays africains que les enfants naissant avec un handicap mental (enfants naissant avec autisme pour le cas du Cameroun), sont souvent considérés comme des « enfants nés pour mourir ». Selon elle, ils ne veulent pas rester dans le monde des vivants et perturbent la dynamique familiale en naissant et mourant plusieurs fois. Les parents les perçoivent comme habités par un esprit malin, donc menaçant.

L'approche thérapeutique selon Menick, la prise en charge sociale de la maladie mentale dans les familles ; dépend de plusieurs facteurs : le niveau socio-économique des parents, les caractéristiques de la maladie mentale, le niveau du déficit, la présence de malformations, les troubles du caractère, l'auto ou l'hétéro agressivité, l'apathie, l'adynamie, l'aboulie, le sexe du malade et son statut socio-économique. Cependant la perception qu'ont les africains des enfants atteints de ce handicap n'est pas que péjoratif. En effet, Certains de ces enfants seraient perçus comme une manifestation de la volonté divine, ou une sainteté héréditaire. Ces enfants considérés comme « enfants rois », « porteurs de chance », bénéficieraient alors d'une grande attention de la part des parents (exceptionnellement).

L'approche psychosociale quant à elle est centrée sur les interactions anormales entre l'individu et son groupe d'appartenance. En effet, lorsque la vie sociale des familles devient inadaptée à un mode de vie urbaine ou rurale, les valeurs familiales loin d'être protectrices, précipitent les individus plutôt vers les maladies mentales. Selon l'auteur, compte tenu du melting-pot culturel dans lequel nous aurait conduit la mondialisation, il serait légitime de penser qu'une seule thérapie/modification ne puisse mettre fin à la souffrance de l'Africain, car en effet Chez chacun des thérapeutes une part de l'identité sera guérie Le psychiatre/médecin la part occidentale, le guérisseur la part traditionnelle, le religieux la part spirituelle.

Au regard de tout ce qui précède, nous pouvons conclure que le respect et la mise en place des droits de l'enfant sont un enjeu majeur de la politique camerounaise. L'enfant et l'enfance sont au centre de ses préoccupations et essaye autant que possible de les respecter et les applique. Cependant l'Etat se heurte à de multiples obstacles parmi lesquelles les perceptions erronées qu'ont les familles Africaines sur la maladie mentale.

2.2. LE TROUBLE DEFICITAIRE D'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITE

2.2.2. Approches théoriques

Les définitions et les théories sur le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité varient en fonction des auteurs. Ces variations révèlent entre autre la complexité et la difficulté qu'il y a à trouver un consensus sur ce trouble qui est pour la plupart du temps très difficilement perceptible et décelable auprès des personnes qui en sont atteintes. Ainsi de nombreuses associations et organisations se sont données pour objectif de trouver un juste milieu à la compréhension de ce trouble.

2.2.2.1. Le DSM5

Selon le DSM5, la caractéristique essentielle du trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement. L'inattention se manifeste sur le plan comportemental dans le TDAH par une distractibilité, un manque de persévérance, du mal à soutenir son attention et le fait d'être désorganisé et n'est pas due à une attitude de déni à un manque de compréhension. L'hyperactivité correspond à une activité motrice excessive (comme un enfant qui court partout) dans des situations où cela est inapproprié, ou par un excès de « bougeotte », de tapotements des doigts ou de bavardage. Chez les adultes, l'hyperactivité peut se manifester par une agitation extrême ou par une intensité d'activité épuisante pour les autres.

L'impulsivité se réfère à des actions précipitées survenant dans l'instant sans réflexion sur leurs possibles conséquences et avec un grand risque de causer du tort au sujet (p. ex. se précipiter dans la rue sans regarder). L'impulsivité peut refléter une envie de récompense immédiate ou une incapacité à différer les gratifications. Les comportements impulsifs peuvent se manifester par le fait d'imposer sa présence (p. ex. interrompre les autres de façon excessive) et/ ou de prendre des décisions importantes sans prendre en compte les conséquences à long terme (p. ex. accepter un emploi sans avoir reçu toute l'information suffisante).

Le TDAH débute dans l'enfance. L'exigence que plusieurs symptômes soient présents avant l'âge de 12 ans renvoie à l'importance qu'il y ait un tableau clinique significatif pendant l'enfance. En revanche, un âge plus précoce de début n'est pas spécifié en raison des difficultés à établir un début précis pendant l'enfance de manière rétrospective (Kieling et al. 2010). Les souvenirs à l'âge adulte de symptômes présents dans l'enfance ont tendance à être peu fiables (Klein et al. 2012 ; Mannuzza et al. 2002), et il est bénéfique d'obtenir des informations par d'autres sources.

Les manifestations du trouble doivent être présentes dans plus d'un contexte (p. ex. à la maison et à l'école, au travail). La confirmation de symptômes significatifs dans les différents contextes ne peut habituellement pas se faire de manière précise sans avoir obtenu des informations de tiers ayant observé le sujet dans ces contextes. Typiquement, les symptômes varient en fonction de l'organisation dans un contexte donné. Les signes du trouble peuvent être minimes ou absents quand le sujet reçoit des récompenses fréquentes pour un comportement approprié, quand il bénéficie d'une supervision rapprochée, quand il est dans un contexte nouveau, quand il fait une activité particulièrement intéressante, quand il reçoit une succession de stimuli externes (p. ex. par les écrans électroniques) ou quand il interagit dans des situations en seul à seul (p. ex. dans le bureau du médecin)

2.2.2.2. La CIM

La dernière version de la CIM qui est la CIM-11 propose une dénomination, "Troubles hyperkinétiques", et des critères diagnostiques comportant certaines divergences importantes avec la récente version du DSM qui est le DSM5. La CIM ferait donc reposer la subdivision principale des "Troubles hyperkinétiques", sur la présence ou l'absence d'un "Trouble des conduites" (c'est-à-dire de conduites "dyssociales, agressives ou provocatrices" marquées). Elle distingue ainsi la "Perturbation de l'activité et de l'attention" et le "Trouble hyperkinétique" et "Trouble des conduites". En outre, la "Perturbation de l'activité et de l'attention" répond à une définition beaucoup plus étroite du syndrome :

- les critères diagnostiques de la CIM exigent la présence simultanée de symptômes d'inattention (au moins six), d'hyperactivité (au moins trois) et d'impulsivité ;
- il n'y a pas de sous-types selon la nature des symptômes prédominants.

La CIM n'utilise pas le concept de "Trouble Déficitaire de l'Attention" parce qu'il conduirait à inclure dans cette catégorie diagnostique "des enfants sujets à des préoccupations

anxieuses, ou des rêveurs apathiques, dont les difficultés sont probablement de nature différente". Il est alors impossible de diagnostiquer un patient répondant aux critères du "TDA/H dans la présentation avec inattention prédominante" du DSM-5.

2.2.3. Réalité des TDAH dans le monde, en Afrique et au Cameroun

La prévalence du TDA/H varie fortement d'une étude à l'autre. Ces variations peuvent s'expliquer, entre autres, par des différences au niveau de la constitution des échantillons ou de la méthodologie utilisée pour diagnostiquer le TDA/H (Barkley, 2007). En général, on estime que 5 à 15 % des enfants d'âge scolaire souffrent de TDA/H (Wodon, 2009). Des études dans le monde entier révèlent un taux de prévalence des TDAH de l'ordre de 5,29 % (intervalle de confiance à 95 % : de 5,01 à 5,56) chez les enfants et les adolescents. Le taux est plus élevé chez les garçons que chez les filles, tout comme il est plus élevé chez les enfants de moins de 12 ans que chez les adolescents.

Les taux de prévalence estimés varient en fonction de la méthode diagnostique employée, des critères sur laquelle celle-ci se fonde et de l'inclusion ou de l'omission de critères mesurant les déficits fonctionnels. Dans l'ensemble, les données estimées sont remarquablement semblables d'un pays à l'autre, à l'exception des pays africains et moyen-orientaux, où les taux sont moins élevés qu'en Amérique du Nord et en Europe. (Charach, 2020)

2.2.3.1. Données épidémiologiques internationales

D'après les recommandations de l'AACAP (American Academy of Child and adolescent psychiatry) de 2007, la prévalence du TDAH aux Etats-Unis varie entre 7% et 10%, pour des échantillons d'enfants allant du primaire au secondaire (d'après des études réalisées au début des années 2000). Pour ces échantillons, 4,3% à 7% des enfants étaient ou avaient déjà été sous traitement pharmacologique (ce qui représente de 50% à 70% des enfants diagnostiqués positifs, selon les échantillons). Ces études, concernant de larges échantillons de 2800 à 6000 enfants scolarisés, étaient basées soit sur l'interrogation de bases de données médicales, soit sur des questionnaires remis aux parents : ces deux méthodes recensaient les enfants ayant eu un diagnostic de TDAH.

D'après Kessler et al 2006, les données de l'enquête « National Comorbidity Survey Replication » portant sur un échantillon de 3199 adultes estiment une prévalence actuelle du TDAH égale à 4,4% chez l'adulte. (Outil utilisé : Adult ADHD Clinical Diagnostic Scale (ACDS) :

entretiens face à face réalisés entre 2001 et 2003 aux Etats-Unis, sur un échantillon représentatif de la population).

En Finlande, la prévalence estimée est de 6.6% d'après une étude publiée en 1998. Les enfants avaient été recrutés par l'intermédiaire des écoles (sur registres). Méthode utilisée : une phase de screening avec 3 questionnaires : Rutter scale A2 pour les parents (Rutter et al. 1970), Rutter scale B2 pour les enseignants (Rutter 1967) et Children's Depression Inventory remplie par l'enfant lui-même, éventuellement avec un adulte pour aider à la lecture des questions mais sans assistance pour répondre (CDI ; Ko-vacs 1992). Une seconde phase était basée sur un entretien avec l'enfant et avec l'adulte (à part), puis sur une sélection des sujets de manière aléatoire parmi les répondants (2 groupes : positifs et négatifs aux questionnaires de screening). Les parents remplissaient le Isle of Wight Interview (IWI ; Rutter and Graham 1966).

En Allemagne, la prévalence était estimée à 10,9%, (étude publiée en 1995). Méthode utilisée : échelles passées dans des écoles (5 rurales, 5 urbaines). Celles-ci étaient complétées par les enseignants (1077 enfants) : items DSM-III-R (attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, conduct disorder), items DSM-IV (attention-deficit/hyperactivity disorders [AD/HDs], oppositional defiant disorder), et items DSM-III (attention deficit disorder, with and without hyperactivity). Puis, les enfants étaient évalués avec le Diagnostic Interview Schedule for Children, child version (DISC-C ; Costello et al. 1984). Au final, un diagnostic était réalisé avec les critères DSM III-R.

Au Royaume-Uni, le NICE (publié en 2008) donne différentes estimations de prévalence du TDAH chez les enfants : 1% à 2 % en se basant sur les critères de la CIM-10, et de 3% à 9% avec les critères DSM-IV. Une étude internationale parue en 2007 (méta-analyse d'articles publiés de janvier 1978 à décembre 2005 et références associées - articles inclus en Anglais, Allemand, Français, Espagnol ou Portugais) a eu pour objectif d'identifier les causes de la variabilité concernant l'estimation des prévalences du TDAH. Cette étude a établi que la variabilité des prévalences d'un pays à l'autre s'explique davantage par la variabilité des méthodes employées d'une étude à l'autre que par la différence géographique. Les études dont la méthode d'évaluation nécessitait qu'un retentissement significatif des symptômes de TDAH soit rapporté par le patient observent notamment des prévalences plus faibles que les études ne tenant pas compte de ce critère ressenti.

De même, les études utilisant les critères DSM III-R ou CIM-10 mesuraient des prévalences plus faibles que celles utilisant les critères DSM IV. Cette méta-analyse qui porte sur 102 études épidémiologiques comprenant 171 756 patients et menées sur le monde entier, rapporte un taux de prévalence moyen de 5,29% avec une grande variabilité entre les pays, liée essentiellement aux différents critères diagnostiques (DSMIV ou CIM 10) utilisés. Cependant, malgré leur différence culturelle, cette étude n'a pas mis en évidence de différence significative ($p=0,40$) de prévalence du TDAH entre le continent Nord-Américain et l'Europe. Cette analyse a été complétée en 2008 par le même auteur, qui a repris les données publiées entre 1997 et 2007, période au cours de laquelle les méthodes épidémiologiques pour l'évaluation du TDAH avaient gagné en rigueur.

Cette nouvelle revue, qui a porté sur 71 études internationales, a confirmé la large variabilité des taux de prévalence entre les pays (de 0,2% à 27%). Par ailleurs, cette analyse s'est intéressée aux caractéristiques démographiques et psychosociales des patients. Il a ainsi été retrouvé un taux de TDAH plus élevé chez les garçons (ratio moyen de 2,4 :1). Il n'a pas été possible de conclure concernant le niveau socioculturel et l'origine ethnique, pour lesquels les résultats étaient divergents. En revanche, le dysfonctionnement familial, les difficultés relationnelles avec les pairs, la faible estime de soi, l'échec scolaire ou un niveau d'étude faible étaient corrélés au TDAH. Les mêmes auteurs (Polanczyk et al.) ont mis à jour leur revue de littérature en 2014 afin d'évaluer les causes d'hétérogénéité dans les mesures de prévalence. Les études incluses (154 identifiées, dont 135 incluses dans la méta-analyse finale) utilisaient des mesures standardisées (critères DSM surtout) pour évaluer la prévalence de TDAH chez les enfants jusqu'à 18 ans, et avaient, cette fois, été menées entre 1985 et 2012. La méta-analyse a permis de contrôler notamment la méthodologie et le lieu des études. Il en résultait que l'année d'étude n'avait pas d'impact significatif sur les estimations de prévalence, et ce sur les 30 dernières années, lorsque ces éléments étaient pris en compte. Les éléments les plus associés à l'hétérogénéité des prévalences demeuraient donc la méthode utilisée (critères diagnostiques évalués), la prise en compte du critère de déficit ressenti et la source d'information (parents, école.), (HAS, 2014).

2.2.3.2. Les taux de prévalence

La prévalence est plus élevée chez les garçons que chez les filles : 2 à 4 garçons pour une fille dans la population générale, 9 garçons pour une fille dans la population clinique [11]. La plus grande différence de distribution entre garçons et filles est observée chez les enfants d'âge scolaire. A cet âge, la prévalence du TDAH est vraisemblablement sous-estimée chez les filles. Les garçons,

hyperactifs et impulsifs présentent des tableaux cliniques bruyants facilement repérables, tandis que les filles présenteraient plutôt des troubles de l'attention ce qui retarderait leur prise en charge, (Chekira, 2015).

La prévalence du TDAH est élevée dans l'enfance, puis diminue avec l'âge (pic de prévalence entre 6 et 11 ans). Le TDAH persisterait dans 66 à 85% des cas à l'adolescence. Cependant, les symptômes tendent à s'atténuer avec l'âge. L'hyperactivité et l'impulsivité peuvent même disparaître totalement alors que les troubles attentionnels ont tendance à persister (Chekira, 2015) op cit.

2.2.4. Modèle de prise en charge des enfants TDAH dans le monde, en Afrique et au Cameroun

Dans la littérature scientifique, nous constatons qu'il existe généralement deux approches dans la prise en charge des enfants vivant avec TDA/H à savoir une approche médicamenteuse et non médicamenteuse. Ces approches sont de plus en plus mondialement utilisées, car en effet on observe l'application de ces différentes approches aussi bien en Europe, en Amérique, en Asie qu'en Afrique. Le Cameroun n'est pas exempté de celles-ci. Parmi ces techniques, nous pouvons de manière non exhaustive citer :

2.2.4.1. L'approche médicamenteuse

La prise en compte médicamenteuse s'intègre dans un cadre plus global. Les médicaments qui stimulent l'attention n'ont de sens que pour des patients qui souffrent de déficits de l'attention. Il ne faut pas faire l'amalgame entre le symptôme, qui est l'hyperactivité ou l'impulsivité, et le syndrome qui est le trouble déficit de l'attention, avec ou sans hyperactivité. Faire cet amalgame reviendrait à peu près à déclarer abusivement qu'un malade ayant de la fièvre a forcément une méningite (Castelnau, 2018).

Différentes catégories de molécules ont été utilisées au cours du temps : clonidine, tricycliques, psychostimulants, dont le Méthylphénidate il faut éviter de parler de Ritaline, qui n'est que l'une des présentations de cette molécule. Le Méthylphénidate a été identifié en 1944 et a été diffusé aux États-Unis dans les années 1950. Plus de 1600 articles ont été publiés depuis 1950 sur les effets secondaires de la molécule, ce qui nous confère une assez bonne connaissance de son fonctionnement. Ce volume de données permet un relatif consensus en dépit des informations hasardeuses que l'on peut entendre dans les médias notamment. Cette molécule ne doit donc pas être diabolisée. Le Méthylphénidate agit en inhibant la recapture de la dopamine : il permet une

amélioration de l'activité dopaminergique sur les récepteurs du même nom, donc de la circulation de l'information dans le cerveau, et donc de l'attention et la vigilance. Le café possède le même mode d'action, à un degré moindre. Le Méthylphénidate n'est pas automatique. Il est affaire de spécialiste. Il stimule l'attention, et n'a pas vocation à endormir, ni à calmer. Il n'entraîne pas de dépendance. Son ratio efficacité-tolérance est bon. Les médicaments représentent un aspect de la prise en charge, mais n'en constituent pas la totalité.

2.2.4.2. Approche non médicamenteuse

Le programme de Barkley s'applique spécifiquement aux parents, en groupe restreints de quinze à vingt personnes, à raison de dix séances de 90 minutes, généralement bimensuelles. Il concerne principalement les comportements non compliant qui sous-tendent la plupart des interactions négatives : difficulté à suivre les règles en raison notamment des déficits cognitifs sous-jacents, déficit de l'attention soutenue, de la modulation et de l'autocontrôle du comportement, des stratégies de recherche et de résolution de problèmes, et plus encore. Il peut se généraliser à d'autres contextes, par exemple l'école ou les activités extrascolaires. Il est également un facteur prédictif de mauvaise adaptation sociale.

L'interaction non compliant peut être décrite par un diagramme mis sur pied par Barkley, qui explique bien comment se déroule l'escalade dans l'agressivité ou l'opposition. Les parents font une demande. Si l'enfant obéit, on passe à un autre type d'interaction. Si l'enfant refuse, le parent est souvent amené à réitérer sa demande. Si l'enfant répond, on passe à une autre forme d'interaction. S'il ne répond pas le parent a souvent recourt à la menace, qui peut être répétée en cas d'échec. Au cas où l'enfant s'entête à refuser, les parents se sentent souvent impuissants : ils peuvent répondre agressivement, le punir de façon disproportionnée par rapport à la demande initiale, ou pire encore, abandonner la demande. Cette formalisation a pour intérêt de désamorcer l'escalade le plus tôt possible.

Le programme comprend dix étapes : information sur le trouble ; analyse fonctionnelle : comprendre le fonctionnement de l'enfant, la notion de cohérence parentale, les stress intrafamiliaux qui viennent altérer la perception de l'enfant ; renforcement positif des comportements adaptés : « moments spéciaux » ; formulation efficace d'une demande ; système efficace d'une demande ; système de gommettes, de points et de privilèges ; travail et collaboration avec l'école ; « Time out » où l'on retire l'enfant de la situation qui pose problème ; gestion des lieux publics, par exemple les supermarchés et les restaurants ; anticipation des problèmes futurs.

2.2.4.2.1. La remédiation cognitive des troubles attentionnels

Loin d'être un élément indépendant et isolé, la remédiation s'insère plutôt de façon globale dans le traitement et la compréhension d'autrui, basée sur l'évaluation et la compréhension des déficits comportementaux et cérébraux du patient. Elle se sert du principe de plasticité cérébrale pour permettre le développement de réseaux neuronaux qui favoriseraient l'efficacité des fonctions exécutives et attentionnelles au travers de l'entraînement. Il serait question ici de proposer aux enfants qui présentent un trouble de l'attention, avec ou sans hyperactivité, une remédiation cognitive structurée en Phases distinctes. Cette remédiation peut être dirigée par des professionnels de seconde ligne formés aux méthodes cognitives et métacognitives à l'instar des (neuropsychologues, ortho/psychopédagogues).

La remédiation cognitive a pour objectif de : développer les fonctions cognitives à l'exemple de (l'attention, fonctions exécutives) ; développer les habiletés d'autorégulation comme (le discours interne, contrôle de l'impulsivité, résistance à la distraction, exécution séquentielle) ; développer des capacités d'apprentissage à l'instar de (la résolution de problèmes, gestion de l'information, mémorisation).

Elle peut être appliquée de façon individuelle, ou éventuellement en groupe (certains programmes métacognitifs). De 15 à 20 séances suivies d'une réévaluation. La motivation et l'implication de l'enfant étant importantes, en collaboration avec les parents et l'enseignant. Elle implique de toucher principalement : la Fonction des domaines déficitaires ; de stimuler les processus cognitifs déficitaires à l'aide d'exercices spécifiques ; de développer la capacité de l'individu à réfléchir sur ses propres processus cognitifs et à développer des stratégies compensatoires au travers de la remédiation métacognitive.

Elle peut se servir de programmes informatisés et/ou des programmes impliquant des stratégies métacognitives comme par exemple (Attentix, Réfecto, PIFAM, ...) Elle peut de façon idéale être accompagnée d'une intervention psychoéducative et du développement de stratégies en collaboration avec la famille et l'enseignant. Pour ce qui est de l'application de la remédiation cognitive au TDAH, l'idée est en partie issue des études de psychologie cognitive ayant identifié des déficits cognitifs associés au trouble tels que : déficits des fonctions attentionnelles et exécutives (inhibition, mémoire de travail, planification de l'action et résolution de problèmes). La remédiation cognitive adaptée aux "tâches d'attention partagée" et à des tâches scolaires de

compréhension de lecture et de copie montre des améliorations. Des améliorations des symptômes d'inattention ont aussi été notées par les parents dans certains travaux.

2.2.4.2.2. La psychoéducation

Née au Québec en 1971, la psychoéducation est une discipline qui tire ses racines de la psychologie et de l'éducation spécialisée, le volet « psycho » qui constitue ce terme est inspiré de la psychologie américaine et son volet « éducation », est grandement influencé par l'éducation spécialisée européenne.

La psychoéducation est une alliance thérapeutique centrée sur la collaboration, l'information et la confiance. Il ne s'agit pas simplement d'une transmission d'information, mais aussi d'une méthode pédagogique adaptée aux troubles, avec des objectifs thérapeutiques qui visent des aspects psychologiques, une modification des attitudes et des comportements, ainsi qu'une augmentation du soutien social. Gendreau décrit l'intervention psychoéducative comme « Une intervention spécialisée qui, en utilisant le milieu de vie d'un jeune aux prises avec des difficultés spécifiques d'adaptation, accompagne et soutient ce jeune dans sa démarche vers un meilleur équilibre face à lui-même et face à son entourage » (Chekira, 2015).

Elle peut être conduite par des professionnels de deuxième ligne qui participent au diagnostic ou au traitement, en groupe (partage d'expériences, soutien mutuel, etc.) ou en individuel. Et a pour objectif de : mieux comprendre et reconnaître les difficultés ; mieux comprendre les facteurs déclencheurs et les modèles de comportement ; lutter contre les idées fausses, ajuster les attentes à ce qui est possible ; déculpabiliser sans toutefois déresponsabiliser ; se sentir compris, soutenir l'estime de soi et la motivation de l'enfant ; avoir les connaissances nécessaires au choix de la prise en charge ; établir un contact avec l'école et améliorer la relation avec l'enseignant en lui expliquant les symptômes et en lui proposant des conseils appropriés ; interroger les croyances et connaissances sur le TDA/H ; donner des informations au sujet du TDA/H, des causes, des comorbidités et de l'évolution ; expliquer les options de traitement ; donner de la documentation ; dispenser de premiers conseils ; promouvoir un style de vie sain (alimentation, exercice, sommeil...).

2.2.4.2.3. La thérapie cognitivo-comportementale

Elle peut s'effectuer selon deux approches : une approche comportementale: auprès de l'enfant dès le plus jeune âge qui utilise des techniques de conditionnement, des méthodes de gestion du temps (calendrier, agenda, notes...) ; et une approche cognitive: l'enfant (>8 ans) et

l'adolescent: avec des techniques de résolution de problème, d'autocontrôle, de gestion du stress et des émotions, de relaxation, de gestion de l'environnement, entraînement des habiletés sociales et de communication efficace (jeux de rôle, modélisation, renforcement social), etc.

Lorsque les parents sont inclus dans cette thérapie, elle permettra de favoriser le transfert dans la vie quotidienne. Elle nécessite du temps et la collaboration des parents/enseignant, surtout pour les plus jeunes. Et surtout une implication active du jeune. Elle peut être appliquée individuellement ou en groupe.

Ses objectifs sont de : identifier les schémas de pensée et les modes de fonctionnement de l'enfant / jeune qui peuvent être source de souffrance et de mauvaise adaptation ; améliorer le fonctionnement social et comportemental, l'affirmation de soi ; reprendre le contrôle de ses réactions, favoriser l'autocontrôle, l'autonomie, la tolérance à la frustration ; améliorer le bien-être émotionnel, l'estime de soi ; favoriser l'adaptation aux exigences de la vie quotidienne, favoriser l'autocontrôle.

La procédure consiste en une analyse fonctionnelle pour identifier les comportements sur lesquels travailler (max 1 ou 2 comportements à la fois, adaptés à l'âge). Ensuite, il est important d'encadrer l'environnement et structurer les journées : promouvoir la routine, la constance, le suivi, viser l'automatisation.

2.2.4.2.4. Le neurofeedback

Le neurofeedback également connu sous le nom de biofeedback est un procédé qui provient des neurosciences et permet à un individu d'apprendre à modifier son activité cérébrale dans le but d'améliorer sa santé et ses performances. Des instruments bien spécifiques évaluent l'activité des ondes cérébrales, celles-ci renvoient directement et avec précision des informations à l'utilisateur. Ce procédé peut être conduit par un thérapeute formé aux méthodes du neurofeedback dont l'objectif principal vise l'augmentation de l'autocontrôle mental et comportemental. C'est un procédé qui se fait de façon individuelle et en plusieurs séances (une vingtaine de séances sont préconisées).

Les ondes cérébrales sont enregistrées par un électroencéphalogramme (EEG) et converties en rétroaction visuelle sur un écran (par ex : la hauteur à laquelle un avion vole). Quand les ondes cérébrales souhaitées sont enregistrées, cela est donc indiqué par un feedback visuel (par ex : l'avion vole plus haut). Ce feedback ludique permet d'aider le patient à améliorer le contrôle de son activité cérébrale, le but étant de créer un réflexe automatique, qui s'applique également dans la vie

quotidienne. Il existe de nombreux programmes qui épousent les différents paramètres neurophysiologiques. Par exemple : augmenter l'activité des ondes bêta (éveil, attention) et diminuer l'activité des ondes thêta (sommolence).

2.2.4.2.5. La psychomotricité

C'est une technique thérapeutique destinée aux enfants, adolescents et aux adultes qui ont des problèmes sur le plan moteur, comportemental, émotionnel. Cette méthode peut être appliquée par un Thérapeute spécialisé en psychomotricité (fonctionnelle et/ou relationnelle) en individuel ou en groupe et cela sur plusieurs séances. La rééducation psychomotrice du trouble de l'attention/hyperactivité est un des éléments de prise en charge thérapeutique multimodale, dont la supériorité est désormais bien établie (The MTA Cooperative Group, 1999) cité par Albaret, (2021).

Cette méthode a pour objectifs de permettre à l'enfant de : prendre conscience de son organisation psychomotrice ; réduire les dysfonctionnements d'origine psychique ou physique ; restaurer les capacités de participation et d'adaptation aux activités de son environnement ; rétablir les rythmes psychomoteurs. De nombreuses techniques peuvent être utilisées chacune ayant une fonction bien spécifique.

L'accent est mis sur l'exercice et l'expérience du corps (modèles de mouvement, langage corporel, respiration, posture du corps). Il faut également instaurer un lien thérapeutique via des techniques corporelles, sportives, manuelles ou par la médiation (jeu, expression artistique, jeux musicaux ou de balle, relaxation...). En outre, il est important d'introduire des apprentissages de canalisation de l'impulsivité, de maîtrise de soi, de gestion du temps, du contrôle moteur.

CHAPITRE 3 : TCC ET PRISE EN CHARGE DES TDA/H

Le principe de La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est basée sur la prémisse qu'il existe une forte interconnexion entre les pensées d'un individu, ses émotions, ses sensations physiques, ainsi que son comportement (Greenberger et Padesky, 1995). L'environnement extérieur, par exemple les évènements ou situations vécues par un individu dans son quotidien, peuvent influencer la survenue de ces quatre éléments. Par contre, ce ne sont pas les évènements ou situations en soi, mais plutôt la façon dont l'individu les interprète subjectivement qui déterminera les réactions émotionnelles, physiques et comportementales qu'il présentera face à ceux-ci (Padesky et Mooney, 1990).

Selon Chaloult, Goulet et Ngô (op. cit.) : « Les émotions des êtres humains résultent avant tout de leurs interprétations (pensées, perceptions, conceptions) plutôt que des évènements ». En d'autres termes, pour chaque individu les réactions émotionnelle, comportementale et physique sont très étroitement reliées à sa façon d'interpréter un évènement qu'à l'évènement en soi. Ainsi, l'identification de ces pensées et leur réévaluation afin de considérer des pensées plus réalistes ou adaptées représente le fondement du processus thérapeutique et permet aux patients de retrouver des émotions et des comportements qui sont plus adaptés face aux situations vécues.

Selon ce principe, si nous nous retrouvons face à un cas par exemple où un père a tendance à se mettre en colère de façon disproportionnée et anormale lorsque son enfant fait du bruit, la solution la plus facile serait de punir l'enfant ce qui aurait un effet direct mais inefficace à long terme, par contre au lieu de punir l'enfant si on aidait le père à augmenter son niveau de tolérance aux frustrations, cela prendrait du temps mais serait plus efficace à long terme.

Il résulte donc de ce qui précède que pour diminuer les émotions et les comportements dysfonctionnels, ce qui est un des principaux buts de plusieurs formes de psychothérapies, on doit d'abord examiner puis changer au besoin nos pensées ou notre interprétation plutôt que les évènements. Il nous viendrait à l'idée de nous demander comment serait-ce possible ? Comment réussir à changer nos pensées ? C'est à ce moment qu'intervient la restructuration cognitive.

La restructuration cognitive est un élément essentiel de la démarche en thérapie cognitivo-comportementale (TCC). On peut la définir comme étant une démarche consistant à remplacer les pensées dysfonctionnelles par d'autres plus fonctionnelles, c'est-à-dire plus réalistes et mieux adaptées. On commence par reconnaître les pensées à l'origine de nos émotions, on vérifie si elles

sont dysfonctionnelles ou non et, dans l'affirmative, on les remplace par des pensées plus fonctionnelles. Il en résulte presque toujours une diminution et parfois même une disparition des émotions dysfonctionnelles (Chaloult et al., 2018) (op. cit.).

3.1. Théories cognitivo-comportementales

Depuis la seconde moitié du 19^e siècle les TCC se sont développées de plusieurs manières, les recherches à ce sujet ont augmenté de façon fulgurante ce qui a permis de se rendre compte de son importance dans la prise en charge de problèmes psychologiques, tout ceci a également permis à ce que cette thérapie gagne en popularité. Les premières recherches qui ont contribué à la légitimité scientifique de cette approche thérapeutique sont issues de la psychologie expérimentale, concernant majoritairement la modification des peurs chez le jeune enfant. Trois hypothèses de base guidaient ces travaux :

La première hypothèse de base postule qu'un grand nombre de difficultés psychologiques est largement influencé par des phénomènes d'apprentissage. La deuxième hypothèse suppose que la persistance des conduites pathologiques est due à des facteurs de causalité ou de maintien qui persistent et qui empêchent la disparition du trouble (Vera, Leveau et Vera, 2009). La troisième hypothèse de base concerne la thérapie. L'apprentissage de conduites efficaces dans l'annulation de l'angoisse persistante, dans l'inhibition de comportements inadaptés, dans la modification de la façon de penser et la gestion émotionnelle a des effets thérapeutiques.

Au début du siècle dernier, l'expérience d'Ivan Pavlov décrit le conditionnement classique : si l'on présente un stimulus normalement neutre, par exemple un son, juste avant de donner de la nourriture à un chien et si l'expérience est répétée plusieurs fois, le chien finira par saliver uniquement par le son : il y a conditionnement par association. Mais si le son est présenté, plusieurs fois, sans nourriture, la salivation ne se produira plus, car il y a « extinction » du fait que le son sans être associé à la nourriture perd le pouvoir de déclencher la salivation et il redevient neutre dans le processus alimentaire, il y a déconditionnement. Ceci montre que certains stimuli peuvent s'associer à l'insu du sujet et acquérir des propriétés de déclenchement de conduites. On constate que l'association est souvent de courte durée. L'aspect transitoire de certains conditionnements permet une meilleure adaptation de l'enfant à son milieu.

Les habitudes acquises par conditionnement peuvent évoluer intégration dans le répertoire comportemental, modification, disparition — en fonction des exigences de l'environnement. Cependant, chez certains sujets cette association pour des raisons diverses va persister et provoquer

des troubles, notamment phobiques. Watson, en 1920, induit une phobie chez un enfant à partir de cette théorie du conditionnement classique. Tous ces changements n'auraient été possibles sans le travail en amont de nombreux chercheurs qui ont contribué à mettre sur pied des théories qui ont servi et continuent de servir de base à ces thérapies.

Les TCC se basent fondamentalement sur deux modèles théoriques. Ces deux modèles sont : le modèle de la théorie de l'apprentissage et le modèle cognitif fondé sur les traitements de l'information.

3.1.2. Les modèles de la théorie de l'apprentissage

Les théories de l'apprentissage servent à donner des explications de ce qui se passe lors du processus d'apprentissage. Selon Hill (1977), les théories de l'apprentissage sont utiles pour deux principales raisons : elles fournissent un cadre conceptuel pour l'interprétation de ce que nous observons et elles offrent des orientations pour trouver des solutions à des problèmes. L'évolution la plus remarquable a été le passage de l'approche behavioriste de l'apprentissage à l'approche cognitive qui a été prolongée par l'approche constructiviste et socioconstructiviste (Villiot-Leclercq, 2007).

3.1.3. L'apprentissage par conditionnement répondant

Au début du siècle dernier, l'expérience d'Ivan Pavlov décrit le conditionnement classique : si l'on présente un stimulus normalement neutre, par exemple un son, juste avant de donner de la nourriture à un chien et si l'expérience est répétée plusieurs fois, le chien finira par saliver uniquement par le son : il y a conditionnement par association. Mais si le son est présenté, plusieurs fois, sans nourriture, la salivation ne se produira plus, car il y a « extinction » du fait que le son sans être associé à la nourriture perd le pouvoir de déclencher la salivation et il redevient neutre dans le processus alimentaire, il y a déconditionnement. Ceci montre que certains stimuli peuvent s'associer à l'insu du sujet et acquérir des propriétés de déclenchement de conduites.

On constate que l'association est souvent de courte durée. L'aspect transitoire de certains conditionnements permet une meilleure adaptation de l'enfant à son milieu. Les habitudes acquises par conditionnement peuvent évoluer intégration dans le répertoire comportemental, modification, disparition en fonction des exigences de l'environnement. Cependant, chez certains sujets cette association pour des raisons diverses va persister et provoquer des troubles, notamment phobiques. Watson, en 1920, induit une phobie chez un enfant à partir de cette théorie du conditionnement classique, (Vera, Leveau et Vera, 2009) (op. cit.).

3.1.4. L'apprentissage par conditionnement opérant

Skinner en 1953, fortement influencé par les travaux d'Ivan Pavlov et ceux du premier behavioriste J. Watson, décrit ce qu'il nomme conditionnement opérant, qui montre comment les individus acquièrent leur comportement en sélectionnant ceux qui seront positifs pour eux. Il tentera de l'appliquer à une meilleure compréhension de l'éducation. Ce type de conditionnement marque profondément les thérapies comportementales. Le conditionnement opérant est obtenu par l'intermédiaire des stimuli qui suivent une réponse donnée ou qui en sont la conséquence. Le comportement est modifié par ses conséquences. Ainsi, il s'établit une relation fonctionnelle entre le comportement et le stimulus ou les stimuli qui suivent ce comportement : ce sont les renforcements. Le renforcement positif augmente la probabilité d'apparition d'un comportement, le renforcement négatif (qui est désagréable pour le sujet) augmente également la probabilité d'apparition d'un comportement, mais que l'on peut qualifier d'évitement ou d'échappement (le sujet se soustrait à la situation désagréable), (Vera et al., 2009).

3.1.5. L'apprentissage social

Bandura en 1973 révèle que, si l'on présente à des enfants de deux ans et demi des adultes maltraitant une poupée, et si ces adultes partent, les enfants imiteront ces comportements violents. En 1977, Bandura formalise l'idée d'apprentissage par modèle (que Mary Cover Jones utilisait déjà en 1924). Il s'agit d'une puissante innovation puisque les mécanismes cognitifs impliqués dans les différentes modalités d'apprentissage sont décrits. L'observation est l'un des mécanismes de l'apprentissage cognitif qui est à l'origine de certaines phobies, notamment les phobies sociales (Bandura, 2003). Un enfant qui observe les moqueries de camarades de classe lorsqu'un enfant récite une poésie peut avoir peur d'être lui-même l'objet de moqueries. Les techniques d'affirmation de soi, issues de

3.2. Le modèle cognitif fondé sur le traitement de l'information

Le cognitivisme (ou rationalisme) naît en même temps que l'Intelligence Artificielle, en 1956. Il est proposé par Miller et Bruner en réaction au behaviorisme. Il est centré sur les manières de penser et de résoudre des problèmes. L'apprentissage ne peut être limité à un enregistrement conditionné, mais doit plutôt être envisagé comme nécessitant un traitement complexe de l'information reçue. La mémoire possède une structure propre, qui implique l'organisation de l'information et le recours à des stratégies pour gérer cette organisation (Crozet, 2002).

La psychologie cognitive considère qu'il y a fondamentalement trois grandes catégories de connaissances : les connaissances déclaratives, procédurales et conditionnelles. Elle invite l'enseignant à développer des stratégies différentes pour faciliter l'intégration de chacune d'elles parce qu'elles sont représentées différemment dans la mémoire ; les connaissances déclaratives répondent en effet au « QUOI », les connaissances procédurales au « COMMENT » et les connaissances conditionnelles au « QUAND » et au « POURQUOI » (Legault, 1992).

Pour les cognitivistes, l'apprenant est un système actif de traitement de l'information, semblable à un ordinateur : il perçoit des informations qui lui proviennent du monde extérieur, les reconnaît, les emmagasine en mémoire, puis les récupère de sa mémoire lorsqu'il en a besoin pour comprendre son environnement ou résoudre des problèmes (Bibeau, 1996). L'enseignant est gestionnaire des apprentissages, il guide, anime, dirige, conseille, explique, régule, remédie. Les connaissances deviennent une réalité externe que l'apprenant doit intégrer à ses schémas mentaux et réutiliser plutôt qu'à acquérir des comportements observables (Bibeau, 2007). De plus, la méthode d'enseignement favorisée laisse place à de multiples cheminements d'apprentissage afin de tenir compte des différentes variables individuelles pouvant influencer la manière dont les élèves traitent l'information. L'enseignant cognitiviste sera invité à utiliser des TIC qui favorisent une grande interactivité avec les élèves, telles que des simulateurs, des expériences et des tutoriels intelligents. Toutefois, le modèle cognitiviste a une limite importante, liée au fait qu'un matériel bien structuré n'est pas suffisant pour assurer un apprentissage. La motivation des élèves est un facteur déterminant puisqu'il fournit l'énergie nécessaire pour effectuer les apprentissages (Chekour, Laafou, Janati-Idrissi, 2015.).

3.3. Les modèles de Thérapies Ccognitivo-comportementales dans la prise en charge des TDA/H

La thérapie cognitivo-comportementale n'est pas une technique de traitement à proprement parler. En réalité il s'agit d'un terme global qui indique un groupe de thérapies qui présentent des caractéristiques similaires en ce qui concerne leur méthodologie thérapeutique c'est la raison pour laquelle on parle « des thérapies cognitivo-comportementales ». Ces thérapies visent à traiter le patient sur deux principaux aspects. :

L'aspect cognitif, parce qu'elles permettent de corriger et/ou de remplacer les programmations (schémas) mentales négatives par celles plus adaptées.

L'aspect comportemental, parce qu'en modifiant la manière de penser de l'individu, elles modifient ipso facto les comportements et réactions inadaptées qu'elles génèrent.

Selon Emily Blake, 2021 ; les caractéristiques que partagent ces techniques sont les suivantes :

- elles sont limitées dans un temps assez court, entre 06 à 20 séances en général
- elles impliquent la discussion des difficultés actuelles « ici et maintenant »
- elles sont pratiques et orientées vers une solution, enseignent des stratégies et des compétences
- en collaboration le thérapeute et le patient développent une relation thérapeutique positive
- basées sur l'évidence
- impliquent la compréhension des interrelations entre les solutions, les pensées, les sentiments, les sensations corporelles, les comportements et les résultats
- impliquent la pratique de nouvelles compétences à l'intérieur et l'extérieur du cabinet thérapeutique.

Les TCC ont pour objectif de mettre en place des stratégies efficaces que la personne hyperactive pourra ensuite utiliser dans les divers contextes situationnels auxquelles elle sera confrontée. Leur but est donc de modifier à long terme la manière de penser et de raisonner de la personne vivant avec un TDA/H en vue de modifier son comportement de façon durable.

3.3.1. La psychoéducation

Selon Chekira (2015) (op. Cit.), la thérapie psychoéducative met en jeu trois dimensions :
la dimension pédagogique : Il s'agit ici de partager de façon méthodique, structurée et objective, les données que nous avons sur le trouble et d'en discuter avec le patient et sa famille. Bachrach cité par Chekira (2015) le mentionne très clairement : « Chaque fois que nous utilisons une pensée floue et des concepts imprécis dans nos soins aux patients, nous augmentons notre potentiel déjà considérable de confusion et d'obstacles pour les patients handicapés dans leur psychisme ». Les buts de cet enseignement sont de lever des équivoques, d'apporter des données étayées scientifiquement et surtout de proposer une nouvelle conceptualisation de la maladie, qui fournira un cadre de référence commun.

la dimension psychologique : bien qu'indispensable, la psychothérapie ne consiste pas uniquement à la transmission d'informations. Il doit s'y ajouter une démarche psychologique, un échange, une écoute et un soutien. C'est la prise en compte de problèmes sensibles et

incontournables. La psychoéducation contribue à la reconstruction de l'identité, au développement des compétences à faire face, et à l'exploration des émotions générées par les troubles. Les réactions des interlocuteurs face au partage d'information permettent d'ancrer les connaissances et contribuent à modifier les représentations de la maladie.

la dimension comportementale : elle consiste en la mise en œuvre d'une activation et d'une mobilisation. Il s'agit de stratégies particulières qui ont pour but la modification des comportements. Selon le modèle biopsychosocial, plusieurs facteurs influencent le développement du comportement. La prise en considération de ces facteurs dans une démarche psychoéducative aide les patients et leurs familles à développer des stratégies d'adaptation, de contrôle et de resocialisation.

3.3.1.1. La psychoéducation dans le TDAH

Administrer un traitement médicamenteux uniquement pourrait laisser croire que ce trouble est seulement d'origine organique. Par contre, les troubles affectifs, de la personnalité, le stress parental, nécessitent une intervention psychoéducative associée pour assurer une insertion du sujet dans son environnement. Les résultats de nombreuses recherches suggèrent une association bidirectionnelle entre les comportements de l'enfant et les stratégies éducatives des parents. En effet, au TDAH, on associe l'utilisation de pratiques éducatives plus négatives. Les parents d'un enfant ayant un TDA/H seraient plus disposés à adopter des méthodes éducatives directives et coercitives, utiliser une discipline inconstante, utiliser plus de critiques et être moins engagés envers leur enfant que des parents d'un enfant n'ayant pas de TDAH. Au-delà des vulnérabilités génétiques de l'enfant, on associe ces comportements parentaux à une gravité plus élevée de la symptomatologie du TDAH et à la présence d'un trouble concomitant, tel que le trouble oppositionnel ou le trouble du comportement chez l'enfant.

Ainsi, plusieurs études confirment l'influence réciproque entre les difficultés de l'enfant et les stratégies éducatives utilisées. C'est parce que le TDAH affecte aussi bien les interactions de l'enfant vis-à-vis de sa famille que celles des parents vis-à-vis de leurs enfants, que la psychoéducation s'adresse dans ce trouble aussi bien à l'enfant qu'à sa famille et ses enseignants. L'intérêt que revêt la psychoéducation pour le jeune enfant atteint de TDAH est de lui permettre de : s'informer, développer l'estime de soi, de se sentir moins seul, d'apprendre à mieux se connaître, de développer de meilleures habiletés sociales, d'apprendre à mieux gérer l'impulsivité et les frustrations et améliorer ses stratégies d'apprentissage, (Chekira, 2015) (op. cit.).

Quant aux parents, ces interventions psychoéducatives appliquées ont pour objectif de mettre en place une dynamique familiale positive en aidant les parents à modifier leurs pratiques éducatives pour gérer les comportements perturbateurs de leur enfant. Ceci au travers d'une psychoéducation destinées aux parents concernant les difficultés rencontrées par leurs enfants, les signes de leurs problématiques spécifiques, et les comportements à adopter pour gérer les situations difficiles, (Chekira, 2015) (op. cit.).

Grace à la psychoéducation, la famille est capable d'identifier les répercussions du TDAH dans la vie de leur enfant, mais également de les mettre en lien avec les difficultés émotionnelles et comportementales qu'elle rencontre.

Selon Chekira (2015) (op. cit.), Les buts qui peuvent être envisagés lors d'une intervention psychoéducatrice auprès du TDAH sont:

- l'amélioration des relations à l'intérieur des familles avec du TDAH par l'augmentation des compétences de gestion, la croissance des habilités de communication et de résolution des problèmes.
- la diminution de l'impact négatif du TDAH à l'école par l'amélioration chez les enfants de l'estime de soi, la capacité de faire le travail correctement et avec soin et de le mener jusqu'à la fin, sans l'abandonner.
- la diminution de l'isolation et du rejet social des enfants avec du TDAH par l'augmentation de leurs habilités sociales et des habilités de résolution des conflits, et par le développement de la capacité de réagir adéquatement dans diverses situations (par ex., le contrôle de la colère).
- l'amélioration de l'estime de soi de ces enfants par l'identification et le développement des compétences et du succès.
- l'amélioration du contrôle de soi et le contrôle des comportements impulsifs par les types d'intervention de contrôle de soi en combinaison avec la prise de la médication.

Le but principal d'une intervention thérapeutique quelle qu'elle soit est de permettre à l'enfant d'avoir un comportement qui s'adapte aux normes établies par la société à laquelle il appartient, de se conformer à son environnement que ce soit sur le plan familial ou scolaire, et par ricochet de permettre à son environnement d'agir de la bonne manière avec lui et réciproquement. De plus la prise en charge psychoéducatrice permet un accompagnement global de l'enfant et de ses parents leur permettant de mieux s'adapter aux symptômes compte tenu des connaissances

qu'ils auront acquises à ce sujet. L'intégration de l'enfant au sein de sa famille et de la société en général est assurée par la mise en place de moyens de compensation au quotidien.

3.3.1.2. Les programmes psycho éducatifs dans le TDAH

Un programme psycho éducatif désigne un ensemble de contenus à réaliser, planifié en fonction de buts et d'objectifs relativement spécifiques. Il est destiné à une population cible, véhiculé par des moyens de transmission appropriés, à l'intérieur d'un cadre spatio temporel donné, sous la responsabilité de personnes qualifiée en collaboration avec les acteurs concernés (Chekira, 2015) (op. cit.). Les programmes psycho éducatifs dans le TDAH s'adressent aussi bien à l'enfant qu'à sa famille et ses enseignants.

3.3.1.3. Programmes psycho éducatifs auprès de l'enfant

L'enfant qui souffre de TDAH est le personnage central des toutes les démarches d'intervention. En fait, le but principal de toute intervention, qu'elle soit auprès des parents ou dans le milieu scolaire, est d'aider cet enfant à mieux dépasser ses problèmes liés au TDAH. (Chekira, 2015) (op. cit.).

3.3.1.3.1. rogramme Attentix

Le programme Attentix est un programme psychoéducatif québécois qui vise principalement à gérer, structurer et soutenir l'attention. Il propose des actions concrètes pour stimuler l'attention de l'enfant, structurer son travail ainsi qu'améliorer sa capacité d'autocontrôle. Ce programme s'adresse principalement aux enfants âgés entre sept et dix ans.

Les modalités du programme sont simples :

Attentix, le héros du programme est un garçon d'une dizaine d'années qui part à la recherche du pays de l'attention, un pays qu'il est possible de visiter chaque fois que l'on est attentif. C'est à travers diverses métaphores qu'Attentix récolte des indices et fait la rencontre des autres personnages qui le guideront vers le trésor de l'attention. Toutes les métaphores sont présentées sur le cédérom qui accompagne le programme et c'est à travers d'elles que les enfants découvrent les stratégies favorisant l'attention. Les diverses stratégies proposées par Attentix sont : l'imagination, l'autocontrôle, la motivation et l'intérêt, les habilités cognitives, l'encadrement et l'intégration. (Chekira, 2015).

3.3.1.3.2. Programme Octopus :

Ce programme a été lancé par Charlebois, Gauthier et Rajotte (2003), ayant pour objectif principal l'apprentissage de l'autorégulation et d'habiletés sociales auprès des enfants âgés entre 6

et 12 ans. Il contient 26 activités portant sur les habiletés sociales (ex. : émotions, résolution des conflits, prise de contact, communication, toucher, partage, aide, collaboration, etc.) et 12 activités favorisant le développement de l'autorégulation chez l'enfant.

Pour l'apprentissage de l'autorégulation, l'enfant apprend à régler un problème par lui-même et à accomplir une tâche par étapes :

« - établir un objectif (se concentrer sur deux choses à la fois)

- décrire les étapes d'exécution (planifier les différentes opérations et choisir les moyens qui me permettront d'atteindre l'objectif)
- exécuter la tâche (utiliser les moyens que j'ai choisis et accomplir les opérations qui me permettront de terminer la tâche dans le temps prévu)
- évaluer les résultats (évaluer si j'ai réussi à atteindre l'objectif et si ma stratégie est efficace). » (Chekira, 2015) (op. cit.).
- programme de « Anciaux et de Schaetzen » :

Ce programme a été proposé en 2013 pour la prise en charge psychoéducatrice des enfants TDAH à partir de 6 ans et peut se poursuivre durant l'adolescence. Les objectifs poursuivis sont de dompter les difficultés liées au TDAH et de développer l'estime de soi. L'enfant va tout d'abord apprivoiser son TDAH par le biais de métaphores qui lui permettront de comprendre comment il fonctionne, ce qui est dû au TDAH et ce qui fait partie de sa personnalité.

Le travail porte ensuite sur la compensation de l'inattention, l'impulsivité et l'hyperactivité. L'enfant remplit un questionnaire qui lui permet d'identifier ses faiblesses et le thérapeute propose des idées pour y remédier. L'estime de soi de l'enfant hyperactif est souvent affectée. Or, avoir une bonne estime de soi facilite l'utilisation de ses capacités de libre-arbitre, d'apprentissage et permet de faire face aux événements quotidiens. C'est pour cela que la prise en charge comprend le développement de l'estime de soi.

Les enfants porteurs de TDAH ont en général des difficultés pour s'intégrer socialement, un travail en groupe peut alors être proposé. Les objectifs du groupe sont nombreux s'informer, se sentir moins seul, apprendre à mieux se connaître, échanger des outils, développer de meilleures habiletés sociales, apprendre à mieux gérer l'impulsivité et les frustrations et améliorer ses stratégies d'apprentissage. (Chekira, 2015) (op. cit.).

3.3.1.4. Programmes psychoéducatifs auprès des parents

Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) ont pour objectif de mettre en place une dynamique familiale positive en aidant les parents à modifier leurs pratiques éducatives pour gérer les comportements perturbateurs de leur enfant. Ces programmes agissent sur deux versants : celui de l'éducation, pour permettre aux parents de comprendre le trouble de leur enfant et d'être accompagné dans la prise en charge, et le versant psychologique qui tente de réduire le stress et le mal-être des parents. Le principe de base des PEHP est « l'augmentation des pratiques éducatives parentales adaptées qui, à leur tour, vont entraîner l'augmentation des comportements adaptés de l'enfant ». (Chekira, 2015) (op. cit.).

3.3.1.4.1. Programme de Barkley :

Le programme développé par Dr Russell Barkley est destiné spécifiquement aux parents d'enfants TDAH. Il est validé empiriquement. Il peut être utilisé avec les parents seuls, mais il semble plus efficace en groupe d'un ou deux parents de dix familles ayant un enfant hyperactif âgé de 4 à 14 ans. Le programme s'inscrit dans un champ comportemental et cognitif : il vise à la fois à modifier certaines pensées et certains comportements que les parents peuvent avoir vis-à-vis de l'enfant.

Les objectifs du programme sont : d'apprendre aux parents de modifier les attitudes par la compréhension du problème, d'utiliser des techniques de modification du comportement de l'enfant, d'améliorer la gestion parentale, d'accroître les compétences parentales et de cultiver le respect pour l'enfant. Il comprend dix séances de 120 minutes à raison d'une séance toutes les deux semaines sur une durée de quatre mois. (Chekira, 2015) (op. cit.).

Les thèmes abordés sont :

- séance 01 : Information sur TDAH et présentation du programme
- séance 02 : La non-compliance
- séance 03 : Le moment spécial
- séance 04 : Donner des ordres efficaces
- séance 05 : Prêter attention à l'enfant lorsqu'il ne dérange pas
- séance 06 : Le système des jetons et des points à domicile
- séance 07 : Mettre l'enfant à l'écart
- séance 08 : Les devoirs à la maison et le comportement à l'école
- séance 09 : Se comporter avec l'enfant dans les lieux publics

- séance 10 : Anticiper les comportements-problèmes futurs

3.3.1.4.2. Programme de formation pour les parents de Patterson

Ce programme s'adresse aux parents ayant des enfants qui ont des comportements agressifs et antisociaux. À cet effet, 5 sessions sont prévues. Le but de cette formation est de réduire les modèles éducatifs coercitifs chez les parents. Les intervenants expliquent aux parents la « théorie coercitive » pour les aider à comprendre comment les problèmes de comportement s'établissent et se maintiennent. La « théorie coercitive » soutient que :

- l'enfant apprend les comportements inadaptés à la maison, dans la famille ;
- les deux renforcements, négatif et positif peuvent déterminer le maintien du comportement problématique ;
- les problèmes de comportement ne peuvent pas diminuer si on n'élimine pas le cercle coercitif.

Les comportements inadaptés de l'enfant déterminent les réactions coercitives des parents qui, à leur tour, renforcent les comportements inadéquats de l'enfant. La formation de Patterson offre aux parents des techniques à appliquer pour gérer les comportements de l'enfant et rétablir les relations saines entre l'enfant et les parents. Les composantes de ce programme sont:

- évaluation des comportements des enfants ;
- explication de la théorie coercitive ;
- évaluation de la nature du non-respect ;
- identification des modèles de respect/non-respect ;
- contrôle et enregistrement des comportements ;
- élaboration des demandes/commandes effectives ;
- utilisation du système de pointage positif ;
- utilisation du time-out;
- utilisation du time-out en dehors de la maison ;
- utilisation des sessions de maintien/stimulation. (Chekira, 2015) (op. cit.).

3.1.3.2. L'Analyse Appliquée du comportement (ABA)

L'ABA est un traitement comportemental reposant sur les sciences de comportement. Ce traitement dispose de techniques permettant de faciliter l'apprentissage de nouveaux comportements, en analysant la tâche, en divisant en sous objectifs, en apportant des aides de façon

précise puis en programmant leur estompage. Les efforts de l'enfant sont motivés grâce à un travail important sur la motivation et à la recherche de nouveaux centres d'intérêts. Ce traitement permet de développer tout apprentissage : (habiletés sociales, propreté, autonomie, jeux autonomes, demandes...

Elle comporte un programme de techniques de modification du comportement et de développement de compétences. Elle se compose essentiellement de deux types d'enseignements : « structuré » et « incidentel » l'objectif de ces enseignements étant d'augmenter les comportements appropriés par le renforcement ; de développer de nouveaux comportements à travers (les guidances, le façonnement, le chainage, et l'imitation) ; de diminuer les comportements inappropriés (par l'évaluation fonctionnelle et le renforcement).

- L'enseignement « structuré », assis au bureau ainsi qu'un apprentissage scolaire classique. L'apprentissage est décomposé à la base en séances, répétées en successions rapides (Essais Distincts Multiples) jusqu'à ce que l'enfant puisse répondre correctement sans aide. Chaque essai ou étape consiste en :

1. une demande ou directive donnée à l'enfant pour qu'il accomplisse une action
2. un comportement ou réponse de l'enfant
3. une conséquence/réaction de l'intervenant

Toute réponse ou tentative de réponse correcte est renforcée positivement c'est-à-dire suivie immédiatement par quelque chose d'agréable pour l'enfant (jouet, bravo, ...) et toute autre chose est ignorée ou corrigée de façon neutre.

- L'enseignement « incidentel » qui s'applique partout (à l'école, à la maison, à l'extérieur...) et à tout moment possible : il s'agit de guider l'enfant

1. pendant les activités, de jeux, de loisirs afin de l'aider à jouer, à expérimenter et à découvrir son environnement
2. pendant les moments propices à l'apprentissage de l'autonomie personnelle comme les repas, la toilette, la propreté, ...
3. pendant les moments concernant l'autonomie et l'intégration sociale comme les repas en collectivité, les activités de groupe, les sorties en société... Ici également, toute action ou tentative d'action adaptée est encouragée et renforcée par quelque chose qui plaît et motive l'enfant.

De façon globale, l'enseignement se fait par petites étapes : Chaque compétence que l'on souhaite développer chez l'enfant est analysée en petites unités mesurables et enseignées une étape à la fois.

Exemple : « se brosser les dents » est composé de : on prend la brosse ; on la mouille ; on met de la pâte dentifrice ; etc.... On passe idéalement de la situation d'apprentissage « un pour un » (un adulte pour un enfant), à la situation de petits groupes puis à la situation en groupe plus large.

L'environnement doit être structuré dans un premier temps sans trop de stimulations parasites. Après, les acquisitions qui se déploient sont répétées et renforcées dans des situations moins structurées. Celles-ci doivent cependant être préparées avec soin et se reproduire constamment.

Le temps d'enseignement est optimisé pour réduire le temps dédié à des activités non productives comme l'autostimulation ou les comportements inappropriés, pour favoriser la concentration, l'attention et pour encourager l'enfant à interagir activement avec son environnement. Lors de tout apprentissage, il est indispensable de toujours prendre en compte de la motivation et des intérêts de l'enfant pour qu'il prenne plaisir à apprendre et à découvrir ce qui l'entoure. C'est la base même de sa réussite et de ses progrès. Mais encore, les progrès, les encouragements constants, les félicitations vont donner à l'enfant une image valorisante et structurante de lui-même ce qui concourra encore à favoriser son développement et son envie d'apprendre.

Les parents pourront participer de façon active en recevant conseils et orientation du personnel encadrant ainsi que probablement une formation spécifique pour pouvoir appliquer le programme à domicile dans un but de généralisation, de continuité et de cohérence. C'est la généralisation des apprentissages concrets acquis dans l'établissement et extrapolés dans l'environnement quotidien/social qui viendra participer au développement et renforcement des mécanismes et compétences recherchés.

3.1.3.3. Le Traitement et éducation des enfants autistes ou ayant des troubles de la communication (TEACCH).

Le TEACCH se veut une méthode d'éducation structurée à la base pour des personnes vivant avec autisme. Il donne aux personnes auxquelles on l'applique la possibilité d'apprendre dans un cadre d'éducation structurée. Son but est de développer l'autonomie de chaque enfant par la structuration et la compréhension.

Le TEACCH s'intéresse moins à la modification des comportements inappropriés que la méthode ABA. Il correspond plus à une méthode d'éducation qui vise la réussite des apprentissages.

Ce modèle vulgarise la nécessité d'une évaluation individualisée pour une identification des compétences émergentes de chaque personne TDAH et la structuration de l'environnement pour faciliter les apprentissages. L'élaboration d'un programme d'enseignement personnalisé permet de prendre en considération du niveau de développement et de s'adapter aux besoins spécifiques de chacun d'eux.

Pour mettre en place le développement des compétences, le programme TEACCH prend en compte différents domaines d'intervention : imitation, perception, motricité, performances cognitives, langage, intégration sociale, comportement, autonomie.

Le programme TEACCH a pour objectif de clarifier l'environnement avec l'utilisation de supports visuels en reproduisant des tâches précises jusqu'à acquérir l'autonomie nécessaire à la réalisation d'une activité. Cette prise d'autonomie doit permettre à l'enfant ou à l'adulte de progresser dans l'apprentissage scolaire, professionnel et dans son intégration sociale. Grâce à cette méthode, vous proposez en effet des stratégies de communication leur permettant une meilleure compréhension de leur environnement.

Le programme TEACCH emploie les méthodes qui sont les suivantes :

Afin que les enfants comprennent mieux leur environnement, il faut établir des espaces destinés à des activités spécifiques (travail, repos, jeux, repas...). Pour un meilleur repérage dans l'espace, vous pouvez utiliser des repères visuels.

Le recours au programme TEACCH permet aux enfants de se repérer dans le temps. Pour aider dans l'accompagnement de ce dernier, il est important d'élaborer un emploi du temps visuel. A base de ce support, vous prévenir l'enfant des étapes à venir, l'aider à comprendre les changements et diminuer son anxiété. Vous l'informez de la nature des activités et du temps de travail à y consacrer. La structuration de ces tâches nécessite une planification claire et minutieuse du déroulement de chaque étape. Une fois les activités terminées, vous les indiquez avec un repère visuel précis et annoncez ce qui va se passer dans l'immédiat.

Il est très important de particulariser l'emploi du temps et les supports visuels utilisés en fonction du niveau de compréhension de la personne.

La méthode TEACCH se fixe aux routines. Elle permet de créer un environnement propice à la répétition d'un comportement. Un environnement prévisible contribue à la réduction du stress et de l'anxiété et facilite donc l'apprentissage.

Chaque activité ou nouvelle compétence doit être détaillée sur un support visuel, tâche par tâche c'est-à-dire de façon séquentielle. Elle sera répétée à chaque fois de la même manière. Un document agrémenté d'images représentant chaque tâche permet à l'enfant de savoir ce qu'il a à faire maintenant et ce qu'il fera juste après. Il est vrai que la création d'une fiche visuelle prend du temps cela va demander de la réflexion notamment pour qu'elle soit adaptée au niveau de compréhension de la personne. Elle devra être reproduite pour chaque activité qui aura été déterminée dans le programme d'enseignement personnalisé. Cependant, ces fiches sont indispensables aux progrès et à la prise d'autonomie de l'enfant.

La mise sur pied de la routine de travail se fait aussi par l'organisation. Aménager la table de travail, enseigner la réalisation du travail de gauche à droite, structurer l'activité pour une compréhension visuelle de la tâche : ces étapes font partie intégrante de la méthode TEACCH.

3.2. Prise en charge TCC des TDA/H au Cameroun

La prise en charge des TDAH au Cameroun est multi sectorielle et pluridisciplinaire. Avant de se lancer dans une quelconque prise en charge, ces différents secteurs s'accordent tous au préalable à accueillir des patients qui ont été diagnostiqués TDAH ou en poser eux-mêmes le diagnostic en respectant les critères proposés par le DSMV. Selon lesquels :

A. Un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement, caractérisé par (1) et/ou (2) :

1. Inattention : Six (ou plus) des symptômes suivants persistent depuis au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles :

N.B. : Les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement opposant, provocateur ou hostile, ou de l'incapacité de comprendre les tâches ou les instructions. Chez les grands adolescents et les adultes (17 ans ou plus), au moins cinq symptômes sont requis.

- 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 (p. ex. néglige ou ne remarque pas des détails, le travail est imprécis).

- a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (p. ex. a du mal à rester concentré pendant les cours magistraux, des conversations ou la lecture de longs textes).
- semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (p. ex. semble avoir l'esprit ailleurs, même en l'absence d'une source de distraction évidente).
- 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 (p. ex. commence des tâches mais se déconcentre vite et se laisse facilement distraire).
- a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (p. ex. difficulté à gérer des tâches comportant plusieurs étapes, difficulté à garder ses affaires et ses documents en ordre, travail brouillon ou désordonné, mauvaise gestion du temps, échoue à respecter les délais).
- souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (p. ex. le travail scolaire ou les devoirs à la maison ; chez les grands adolescents et les adultes, préparer un rapport, remplir des formulaires, analyser de longs articles).
- perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (p. ex. matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuilles, clés, documents, lunettes, téléphones mobiles).
- se laisse souvent facilement distraire par des stimuli externes (chez les grands adolescents et les adultes, il peut s'agir de pensées sans rapport).
- a des oublis fréquents dans la vie quotidienne (p. ex. effectuer les tâches ménagères et faire les courses ; chez les grands adolescents et les adultes, rappeler des personnes au téléphone, payer des factures, honorer des rendez-vous).

2. Hyperactivité et impulsivité : Six (ou plus) des symptômes suivants persistent depuis au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles :

N.B. : Les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement opposant, provocateur ou hostile, ou de l'incapacité de comprendre les tâches ou les instructions. Chez les grands adolescents et les adultes (17 ans ou plus), au moins cinq symptômes sont requis.

- remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège.
- se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (p. ex. quitte sa place en classe, au bureau ou dans un autre lieu de travail, ou dans d'autres situations où il est censé rester en place).
- souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié

- (N.B. : Chez les adolescents ou les adultes cela peut se limiter à un sentiment d'impatience motrice.)
- est souvent incapable de se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.
- est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts » (p. ex. n'aime pas rester tranquille pendant un temps prolongé ou est alors mal à l'aise, comme au restaurant ou dans une réunion, peut être perçu par les autres comme impatient ou difficile à suivre).
- parle souvent trop.
- laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (p. ex. termine les phrases des autres, ne peut pas attendre son tour dans une conversation).
- a souvent du mal à attendre son tour (p. ex. dans une file d'attente).
- interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex. fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités, peut se mettre à utiliser les affaires des autres sans le demander ou en recevoir la permission ; chez les adolescents ou les adultes, peut être intrusif et envahissant dans les activités des autres).

B. Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité étaient présents avant l'âge de 12 ans.

C. Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité sont présents dans au moins deux contextes différents (p. ex. à la maison, à l'école, ou au travail ; avec des amis ou de la famille, dans d'autres activités).

D. On doit mettre clairement en évidence que les symptômes interfèrent avec ou réduisent la qualité du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p.ex., trouble de l'humeur, trouble anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité, intoxication par, ou sevrage d'une substance).

Outre la médication parmi les interventions les plus recommandées, on trouve l'intervention directe auprès des parents de ces jeunes, en particulier les Programmes d'Entraînement aux Habiletés Parentales (PEHP). L'efficacité de ces programmes est très bien documentée au plan empirique. Dans de nombreuses études, des effets positifs sont observés tant sur les comportements des enfants que sur ceux de leurs parents la plupart des programmes relevés s'inspirent des

principes de l'apprentissage social et enseignent aux parents des techniques de modification de comportement.

Les comportements qui caractérisent les enfants avec un TDAH, leur inattention leurs comportements impulsifs, leur désorganisation leur niveau élevé d'activité et leur faible tolérance à la frustration entraînent fréquemment des problèmes au plan familial.

Les PEHP ont généralement pour objectif d'informer les parents sur la problématique du TDAH, et d'augmenter leurs compétences parentales en les aidant à adopter des attitudes et des pratiques éducatives favorisant la réduction des comportements inadaptés de leur enfant et le remplacement de ceux-ci par des comportements adéquats. Les thèmes les plus souvent touchés incluent la connaissance du TDAH, les facteurs influençant l'apparition des problèmes de comportement, l'attention positive, l'attention sélective, l'établissement de limites et de règles ainsi que leur renforcement, les systèmes de renforcement ou de récompense, l'utilisation de conséquences négatives

Les parents sont considérés comme étant les premiers agents de changement par rapport à l'enfant, ils agissent comme agents de modification de comportements émis par l'enfant (renforcement ou punition) et comme modèle pour l'apprentissage de nouveaux comportements. Dans les PEHP ils sont entraînés à utiliser des renforcements positifs pour augmenter l'apparition de comportements désirés, à prendre conscience de leur rôle de modèle pour l'apprentissage des comportements appropriés par leur enfant.

Les PEHP sont offerts selon différents formats : thérapie individuelle (parents seulement ou parents/enfants) ou rencontre de groupe. D'un point de vue clinique, plusieurs avantages sont associés à l'un ou l'autre des formats. Pour le format individuel on relève les avantages suivants (Braswell et Bloomquist, 1991 ; Chronis et al., 2004 ; Kazdin, 2005 ; Robin, 1998, 2005) : l'intervention peut être taillée sur mesure pour répondre aux besoins des parents et de leurs enfants ; ce format offre plus de flexibilité pour le parent et l'intervenant par rapport au rythme des apprentissages ou à l'horaire et favorise une implication plus active de la part des parents dans le processus de changement. On reproche toutefois aux PEHP offerts sur une base individuelle d'être très coûteux en termes de temps et d'argent et ainsi moins efficaces (Webster-Stratton, 1992). En plus d'avoir un coût de revient moins élevé, le format de groupe présente d'autres avantages (Chronis et al., 2004 ; Braswell et Bloomquist, 1991, p.173-174) : il offre des possibilités de support social par les autres membres du groupe ; les parents sont souvent moins réticents à mettre

en pratique les idées émises par d'autres parents que celles proposées par les intervenants ; la présence des autres parents ayant des problèmes semblables aide à dédramatiser la situation, les parents ne se sentent plus seuls à affronter les mêmes difficultés et se culpabilisent moins par rapport aux comportements perturbateurs de leurs enfants.

3.2.1. Les stratégies et les moyens utilisés

Dans une recension des écrits portant sur les programmes d'habiletés parentales pour les jeunes présentant des problèmes de comportement, Kazdin (1997) énumère certaines caractéristiques des PEHP favorisant leur efficacité : fournir aux parents une connaissance approfondie des principes d'apprentissage social plutôt que seulement des techniques ; inclure des procédures de punition légère associées à des procédures de renforcement ; offrir la formation dans la communauté (dans une maison de la famille) ou à l'école plutôt que dans une clinique

3.3. QUELQUES EXTRAITS DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE SUR LES TCC DANS LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS TDA/H

- Céline Clément et Stéphane Hauth-Charlier ont coécrits un article intitulé : « Articulation des programmes de formation aux habiletés parentales et des interventions en milieu scolaire dans le cadre du TDAH : vers une collaboration école-famille » ; paru dans, la nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation 2014/4 (N° 68), pages 71 à 84. Article dont la visée était de présenter les éléments clés des programmes de formation aux habiletés parentales et leur cohérence avec les recommandations faites aux enseignants pour l'adaptation de l'enseignement aux élèves avec un TDAH.

Ils initient leurs propos en donnant un bref aperçu sur le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH). En effet, Le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) serait actuellement diagnostiqué dans la classification DSM-V (APA, 2013), sur l'axe 1, à partir de l'addition de plusieurs signes d'impulsivité/hyperactivité et d'inattention disent-ils. De plus, selon le rapport de la Haute Autorité de Santé sur les bonnes pratiques (HAS, 2012) évoqué par les auteurs, le TDAH se présenterait rarement seul. Ainsi, plus de 60% des enfants et adolescents présentent des concomitances, l'une des plus fréquentes étant le Trouble Oppositionnel avec Provocation (comportements inappropriés, provocateurs, désobéissants et hostiles envers les personnes en situation d'autorité), dans près de 50% des cas. Ils rajoutent que les facteurs génétiques bien que contribuant à l'émergence des symptômes du TDAH, ne peuvent à eux seuls justifier l'hétérogénéité du trouble, la présence de troubles

concomitants, ni même les différentes trajectoires développementales retrouvées dans une population ayant un TDAH (Hauth-Charlier & Clément, 2013). Ce ne serait qu'en considérant ensemble les aspects neurobiologiques et environnementaux dans une approche bio-comportementale, qu'on pourra comprendre de façon holistique ce trouble (Clément, 2010). Selon (DuPaul, 2007), le traitement le plus de satisfaisant est l'approche dite combinée où une intervention psychosociale est associée à un traitement pharmacologique. Ce traitement apparaît plus efficace que la médication ou l'approche psychosociale seules, ce qui est confirmé par les résultats de plusieurs études (p.ex. Van der Oord, Prins, Oosterlaan, & Emmelkamp, 2008). Ce qui donne de meilleurs résultats en ce qui concerne la réduction des comportements opposants et à l'amélioration du comportement social (Conners et al., 2001).

Le premier objectif de cet article est de présenter brièvement les programmes destinés aux parents afin que les professionnels de l'éducation puissent comprendre les fondements, le déroulement de ceux-ci et leur action.

Le second objectif est de montrer en quoi ces programmes de formation aux habiletés parentales s'articulent à l'accompagnement quotidien de l'élève TDAH en milieu scolaire.

Et en fin, le troisième objectif est de préciser comment cette articulation peut être réalisée par un partenariat entre l'enseignant/l'école et la famille de l'enfant.

D'après Céline Clément et Stéphane Hauth-Charlier, Les programmes de formation aux habiletés parentales s'inscrivent dans une approche psychoéducative. Dans le contexte du TDAH cette approche tend d'abord à informer et à éduquer les parents sur le trouble de leur enfant et sur la manière de gérer ses difficultés au quotidien (Hauth-Charlier & Clément, 2009 ; Montoya, Colom, & Ferrin, 2011 ; Nussey, Pistrang, & Murphy, 2013). Car, les comportements opposants et défiants sont en quelques sortes responsables d'un appauvrissement de l'investissement affectif des parents envers l'enfant et de la communication parentale (Burke, Pardini, & Loeber, 2008). Dans ce contexte le volet psychologique que revêt la psychoéducation dans le contexte du TDAH aurait pour intérêt l'amélioration de la qualité des relations parents-enfant et à leur qualité de vie en général (HauthCharlier & Clément, 2009 ; Montoya et al., 2011). Selon une étude menée par (Anastopoulos, Sommer, & Schatz, 2009) citée par (Clément et Stéphane Hauth-Charlier), de manière générale, la qualité de vie des familles d'enfant ayant un TDAH est plus faible que dans les familles témoins. Le mécanisme à la base des programmes de formation aux habiletés parentales est par conséquent de modifier les comportements des parents, leurs pratiques éducatives, pour

modifier les comportements des enfants, soit augmenter leurs comportements adaptés (Hauth-Charlier & Clément, 2013).

Ces programmes poursuivent trois principaux objectifs : le premier est d'informer les parents sur le trouble de leur enfant, le second éduquer les parents sur la gestion des difficultés associées au TDAH de leur enfant, et le dernier est d'améliorer la qualité de vie de la famille (Hauth-Charlier & Clément, 2009). Parmi ceux-ci le plus connu est le programme dit de « Barkley » il n'est cependant pas le seul car de nos jours il en existe une multitude. Bien que reposant tous sur les principes du conditionnement opérant (avec comme pierre angulaire le renforcement positif des comportements adaptés de l'enfant (i.e. l'apparition, le maintien ou l'augmentation en fréquence, en durée ou en intensité d'un comportement adapté grâce à l'ajout d'une conséquence agréable pour l'enfant.) et de la théorie de l'apprentissage social, le contenu de ces différents programmes est variable selon les auteurs et les objectifs spécifiques poursuivis, ils ont en commun également de comprendre différentes étapes, soit différentes séances qui suivent une progression prédéfinie et adaptée aux caractéristiques parentales. Cette progression des étapes serait pensée selon la disponibilité affective, émotionnelle et matérielle des parents.

Selon (Pelham & Fabiano, 2008) cités par les auteurs, Les programmes de formation aux habiletés parentales comptent aujourd'hui parmi les programmes psychosociaux les plus pertinents dans le contexte du TDAH. Mais encore, ces programmes permettent d'améliorer le sentiment de compétence parental, les relations parent-enfant et le fonctionnement parental, ainsi que la réduction du stress parental (p.ex. Gerdes et al., 2012).

S'agissant de la cohérence entre les programmes de formation aux habiletés parentales et l'intervention en milieu scolaire, (Clément & Stephan, 2006) cités par Céline Clément et Stéphane Hauth-Charlier pensent que Les professionnels de l'éducation semblent souvent démunis pour faire face aux difficultés de comportement ou au déficit d'attention des élèves. Pour pallier à ce problème, les auteurs recommandent d'établir une bonne communication « école-famille ». Il serait inapproprié voire inutile de vouloir adapter les programmes de formation aux habiletés parentales aux situations de classe affirment les auteurs. En effet, un point différencie fondamentalement les interventions auprès des parents des interventions auprès des enseignants : les programmes à destination des parents visent la dynamique familiale en améliorant la relation parent-enfant et la qualité de vie familiale, et ce en donnant aux parents les moyens d'être des parents, tandis que les recommandations aux enseignants visent avant tout à augmenter leurs habiletés, principalement sur

le plan de la gestion du comportement de l'enfant avec un TDAH. Une bonne communication « école-famille » permettrait au parent d'être impliqué dans la scolarité de son enfant, cette implication tiendrait compte de plusieurs aspects, de la supervision des devoirs en passant par la participation aux sorties scolaires. La communication entre l'école et la famille peut prendre la forme d'échanges d'informations sur une base régulière tandis que la collaboration fait référence à des échanges et à un partage de responsabilité qui a pour but de lier les contextes d'apprentissage de l'enfant pour faciliter ses apprentissages et favoriser son développement (Christenson & Sheridan, 2001) cités par les auteurs.

L'approche combinée, alliant approche pharmacologique et interventions psychosociales, serait le traitement de choix dans le cadre du TDAH chez l'enfant et l'adolescent. Il est vrai que Les interventions psychosociales sont le plus souvent adressées aux familles. Mais, il est recommandé aux enseignants adapter non seulement leur pédagogie aux élèves présentant un déficit attentionnel ou des comportements hyperactifs-impulsifs, mais pour davantage communiquer avec la famille des élèves avec un TDAH. Les programmes de formation aux habiletés parentales favorisent la communication « école-famille » en dotant les parents des documents d'information sur le TDAH à transmettre aux enseignants mais surtout en consacrant une séance aux comportements des enfants à l'école. Puis vice versa, elle permet aux enseignants d'évaluer de manière précise les progrès comportementaux des enfants et des adolescents à l'école puis d'en faire part aux parents.

Céline Clément et Stéphane Hauth-Charlier concluent en affirmant que les programmes de formation aux habiletés parentales, en s'adressant aux parents démunis face aux comportements problématiques de leur enfant et en permettant l'amélioration tant des comportements de l'enfant que de la qualité de vie familiale, viennent élargir l'offre de soin proposée dans le contexte du TDAH. De plus, Pour améliorer les interventions auprès des élèves avec un TDAH, l'avenir semble être au développement d'outils formalisés favorisant la collaboration « école- famille ».

- Sofia Lantz, Charlotta Fornwall, Mans Loof et Johan Isaksson ; on en 2021 publié dans le Journal scandinave de psychologie, 62, P.460–467 ; un article intitulé « SKILLS – A psychoeducational group programme for children with ADHD ». Ils ont mené une recherche qui avait pour but d'étudier l'acceptabilité et l'efficacité d'une intervention psychoéducative de groupe pour les enfants atteints de TDAH. En effet, ils sont partis du constat selon lequel les recherches précédentes se sont attelées à ne fournir que des données portant sur la psychoéducation pour les

patients adultes ou les parents d'enfants atteints de TDAH, en laissant de côté les psychoéducations portant sur les enfants qui sont eux même atteints de TDAH.

Les auteurs introduisent leurs propos en définissant le TDAH selon l'American Psychiatric Association (APA, 2013), qui le considère comme étant un trouble neurodéveloppemental caractérisé par un schéma persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement. Tout en ajoutant que ce trouble est très souvent accompagné d'un ou de plusieurs autres troubles associés comme, un trouble oppositionnel avec provocation, un trouble des conduites, une dépression ou une anxiété.

Bien que le traitement pharmacologique soit le plus usité, il ne fait cependant pas l'unanimité car selon (Faraone & Buitelaar, 2010) cité par les auteurs, il n'aide pas tout le monde. et serait associé à des effets secondaires tels que l'irritabilité, les troubles du sommeil, la nervosité et la perte d'appétit (Cortese, 2020 ; Fredriksen, Halmøy, Faraone & Haavik, 2013) cité par les auteurs. De plus il est incertain que ces médicaments soient efficaces sur le long terme. Selon ces auteurs, il a été démontré conformément au modèle des croyances en matière de santé (Champion et Skinner, 2008), que les connaissances sur le TDAH augmentent la probabilité que les parents acceptent un traitement pour leurs enfants et adhèrent au plan de traitement (Corkum, Rimer et Schachar, 1999).

Mais encore, une revue systématique sur les interventions psychoéducatives dans le TDAH, révèle selon les recherches des auteurs que la psychoéducation a un impact positif sur les symptômes du TDAH et les problèmes de comportement signalés par les parents (Dahl, Ramakrishnan, Spears et al., 2020) cités par ceux-ci. Sofia Lantz, Charlotta Fornwall, Mans Loof et Johan Isaksson affirment après leurs investigations qu'une grande partie des études incluses concernait des interventions destinées aux parents et aux enseignants, une seule faisant état d'une intervention dispensée à des enfants atteints de TDAH. Dans cette dernière, réalisée par MacKay et Corkum (2006), 25 enfants atteints de TDAH ont reçu une intervention psychoéducatrice de deux heures et les auteurs ont rapporté que les enfants avaient acquis une meilleure connaissance du TDAH et une attitude plus positive envers les différentes options de traitement.

Compte tenu de tout ceci, les auteurs ont construit un programme psychoéducatif manuel à utiliser pour les enfants atteints de TDAH dans un cadre clinique, pour déterminer si les interventions destinées aux enfants sont acceptables et efficaces.

Dans cette étude, les données étaient multicentriques utilisant une conception à méthode mixte pour explorer l'acceptabilité et l'efficacité d'une intervention psychoéducative destinée aux enfants atteints de TDAH, le plus grand nombre des participants était satisfait de l'intervention, la recommanderait à leurs pairs et environ la moitié pensaient qu'ils avaient acquis un plus dans les connaissances sur le TDAH. Au terme des évaluations, aucun effet sur la réduction des symptômes ou l'amélioration de la fonction n'a été trouvé, et environ la moitié des participants ont indiqué qu'aucun ou seulement quelques-uns de leurs besoins avaient été satisfaits. Les parents ont jugé plus positive l'attitude envers le TDAH de leur enfant après l'intervention. L'analyse qualitative centrée sur les commentaires des parents a révélé un accent mis sur la valeur du format de groupe et la possibilité pour les enfants de rencontrer d'autres enfants du même âge qui présentent des symptômes similaires. Les parents ont exprimé leur appréciation d'avoir trouvé un terrain d'entente qui a permis de continuer les conversations à la maison. Les parents souhaitaient plus d'éléments interactifs et plus d'opportunités pour les enfants de partager leurs expériences.

La quasi-totalité des interventions psychoéducatives disponibles pour les enfants atteints de TDAH sont adressées aux parents ou aux enseignants (Dahl et al., 2020), ou incluent soit une psychoéducation conçue à la fois pour les parents et les enfants (Fields & Hale, 2011), soit principalement une intervention familiale pour les adolescents et leurs soignants (Schoenfelder, McCabe, Fife, Herzig & Ahrens, 2020). Une seule étude antérieure s'est concentrée sur la psychoéducation visant particulièrement les enfants (MacKay & Corkum, 2006).

Les auteurs ont rapporté que les enfants avaient acquis une meilleure connaissance du TDAH et une attitude plus positive envers les différentes modalités de traitement (MacKay & Corkum, 2006). Conformément aux conclusions de MacKay et Corkum, les auteurs ont constaté qu'une majorité des enfants étaient satisfaits de la qualité de l'intervention, telle que mesurée avec le CSQ-8, et environ la moitié des enfants et des parents pensaient en avoir appris un peu ou beaucoup plus sur le TDAH. Une accentuation des connaissances perçues sur le TDAH a également été signalée après un atelier familial psychoéducatif d'une seule séance dans un petit échantillon d'adolescents et de leurs soignants (Schoenfelder et al., 2020). Contrairement à l'étude de MacKay et Corkum (2006), Sofia Lantz, Charlotta Fornwall, Mans Loof Et Johan Isaksson n'ont trouvé aucun changement dans l'attitude évaluée envers le traitement chez les enfants ou les parents, bien qu'il y ait eu une tendance selon laquelle les enfants étaient plus positifs au traitement psychologique à l'issue l'intervention.

Les raisons possibles des résultats différents intègrent le fait que MacKay et Corkum se concentraient beaucoup plus sur le traitement pharmacologique et qu'aucun enfant de leur étude n'a été exclu en raison de la comorbidité, ce qui peut avoir entraîné un échantillon plus cliniquement altéré, mais également plus écologiquement valide. Une autre raison pourrait être les attitudes relativement positives au début de leur étude ; les parents, en particulier, avaient initialement des attitudes très positives à l'égard du traitement. Les résultats de cette étude n'ont montré aucun effet sur les symptômes notés du TDAH ou sur le niveau de déficience fonctionnelle. Il est question ici de la première étude portant sur l'efficacité sur les principaux symptômes et les mesures fonctionnelles d'une intervention psychoéducative visant spécifiquement les enfants atteints de TDAH.

Leurs résultats nuls n'ont rien de surprenant, compte tenu du fait que le TDAH est un trouble neurodéveloppemental qui persiste souvent tout au long de l'âge adulte. Selon les auteurs, un effet sur les principaux symptômes et les troubles fonctionnels serait plutôt attendu à long terme, en raison d'une adhésion plus grande aux recommandations de traitement. Mais encore, l'effet attendu des interventions psychoéducatives serait spécifiquement une connaissance plus importante de la condition et de la façon de mieux gérer ses difficultés (Dahl et al., 2020). La majorité des enfants et des parents ont estimé l'intervention bénéfique, car ayant aidé les enfants à gérer plus efficacement leurs problèmes de, ils ont constaté que les parents étaient légèrement plus positifs envers le diagnostic de leur enfant après l'intervention.

Le TDAH est un facteur de risque de conflits familiaux (Harold et al., 2013 ; Lifford et al., 2009). Une attitude plus positive face au diagnostic d'un enfant pourrait contribuer à une meilleure compréhension des difficultés de l'enfant et avoir un impact positif sur l'atmosphère familial. En ce qui concerne la question ouverte, certains parents ont décrit que l'intervention avait accru l'acceptation par leur enfant de son diagnostic.

D'autres ont mentionné que l'intervention a créé un terrain d'entente, permettant à l'enfant et au parent d'avoir des discussions à la maison. MacKay et Corkum (2006), cités par les auteurs ont également discuté de l'importance d'un terrain d'entente et ont conclu que même si les parents pouvaient posséder beaucoup d'informations sur le TDAH, cela ne signifiait pas nécessairement qu'ils les avaient partagées avec leur enfant. Ce qui souligne l'importance d'avoir une intervention visant les enfants eux-mêmes. Les enfants qui en savent davantage peuvent prendre des décisions plus éclairées et mieux contrôler leur propre situation. Selon le modèle des croyances en matière

de santé (Champion & Skinner, 2008) cités par les auteurs, la probabilité de rechercher un traitement dépend de la connaissance que le patient a de sa propre condition. Compte tenu du risque élevé de comorbidités telles que l'anxiété et la dépression (Gillberg et al., 2004 ; Spencer et al., 1999), il est important qu'un enfant affecté comprenne le diagnostic et les conséquences possibles du trouble.

Le modèle actuellement perçu de l'intervention défile les principaux symptômes du TDAH en étant présentée comme une conférence, les enfants devant rester assis et écouter. Bien que les participants soient encouragés à se lever s'ils deviennent agités, leur attention doit toujours être orientée sur l'écoute des informations présentées. Concernant la question ouverte, les parents ont fait quelques suggestions sur la manière d'améliorer l'intervention ; beaucoup ont demandé un format plus interactif. Le besoin de plus d'exercices d'activation et expérientiels a été évoqué dans le traitement de groupe pour les adolescents atteints de TDAH (Meyer et al., 2020). De nombreux parents ont insisté sur la valeur du format de groupe, car il a donné aux enfants l'occasion de se rendre compte de leurs propres forces et défis reflétés chez d'autres enfants et d'échanger leurs expériences. De nombreux parents ont demandé plus de temps pour que les enfants interagissent les uns avec les autres.

D'autres ont aussi commenté l'importance d'avoir des groupes d'enfants du même sexe, du même âge et présentant des symptômes similaires, pour augmenter la probabilité d'identification. Selon la théorie de l'apprentissage social, les gens ont tendance à imiter les autres personnes auxquelles ils s'identifient (Bandura, 1986). Selon ces auteurs, l'accent devrait être davantage mis sur la manière dont l'information est transmise dans les programmes psychoéducatifs destinés aux enfants. Les participants doivent pouvoir interagir les uns avec les autres, et davantage d'occasions doivent être données aux participants pour être actifs, à la fois dans les discussions et physiquement. Pour que cela soit effectif, les compétences pourraient être développées pour intégrer des éléments plus interactifs, le thérapeute étant également formé à l'utilisation de méthodes d'activation. Cela pourrait être fait en intégrant plus de séances, comme suggéré par les parents par ailleurs, inclure plus de séances prendrait plus de temps et serait plus exigeant pour les familles et les cliniques.

Une alternative serait d'introduire des sessions complémentaires qui pourraient être proposées à certains ou à tous les participants, ciblant des problèmes spécifiques qui sont courants chez les enfants atteints de TDAH, comme par exemple les problèmes de régulation des émotions (Christiansen et al., 2019).

DEUXIÈME PARTIE : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRAIRE

CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Selon de Mourat et al., (2015) : « La notion de méthodologie, entant qu'ensemble de règles et de démarches adoptées pour conduire une recherche, si importante dans l'histoire de la structuration des disciplines scientifiques est cruciale ». Elle peut être comprise comme étant la manière dont une recherche donnée est effectuée.

Ce chapitre inévitable sans lequel notre travail ne saurait être objectif, reprend entre autres les éléments suivants : le problème, la question de recherche, l'hypothèse. Il expose également : le type de recherche, la population d'étude, le cadre géographique de l'étude, l'instrument de collecte des données, la technique de collecte de données, la validité de l'instrument, la procédure de collecte des données, la méthode d'analyse des données, les techniques d'analyse des données, l'espace temporel de l'étude, la vérification des hypothèses, l'outil statistique et les questions d'éthique.

4.1. RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE

La question de recherche constitue l'essence même de tout contenu scientifique qui présente des études et des expériences. Il s'agit d'une question propre au domaine scientifique qui a un rôle et une position bien définis. C'est le questionnement initial qui précède la formulation d'hypothèses. C'est un problème non résolu, et il a pour fonction de produire une recherche qui puisse l'éclairer ou l'expliquer.

Notre étude porte sur les stratégies de prise en charge susceptibles d'impacter le comportement des enfants TDAH sur le plan social. De façon spécifique, nous nous sommes intéressés au lien de détermination qui existerait entre lesdites stratégies et le développement des compétences sociales. En effet, le trouble déficitaire de l'attention est à l'origine de comportements qui socialement ne sont pas valorisés. Lorsque ces comportements sont déployés dans certains environnements ils peuvent être source de de discrimination ou d'exclusion sociale de la part des pairs.

De nombreuses stratégies sont déployées dans le but de remédier à ce problème. Cependant, on constate que très souvent ces stratégies s'avèrent inefficaces ou inappropriées car celles-ci ne s'adaptent pas aux besoins spécifiques des enfants atteints de trouble déficitaire d'attention avec ou sans hyperactivité.

Notre étude présente des stratégies qui semblent être adaptées aux besoins des enfants atteints de ce trouble, ces stratégies mettent l'accent non seulement sur les aspects comportementaux, mais également sur les aspects cognitifs pour une meilleure prise en charge.

De tout ce qui précède, est né un question principale qui est celle de savoir :

Q.P: dans quelle mesure est-ce que les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) améliorent-t-elles les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire ?

4.2. DESCRIPTION ET OPERATIONNALISATION DE L'HYPOTHESE GENERALE

La variable indépendante (VI) : Thérapies cognitivo-comportementales.

La variable dépendante (VD) : conduites sociales

4.2.1. La VI et sa description

VI : Thérapies cognitivo-comportementales

M1 : programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP)

Indicateur

- Le protocole du programme
- Modalités de fonctionnement en atelier de guidance parentale modalités de fonctionnement en atelier de guidance parentale

Indice

- Nbre de séances (10 à 12)
- Timing des séances (1h30 à 2heures tous les 15 jours)
- Taille des groupes (5 à 7 familles)
- Engagement de la famille dans sa totalité
- Entraînement des parents à la maison
- Cinq thématiques (non compliance ; moment spécial ; ordres efficaces ; tableaux à points ; time out)

M2 : ABA (analyse appliquée du comportement)

Indicateur

- Protocole du programme

Indice

- Apprentissage décomposé en séances, répétées en successions rapides (enseignement structuré pour renforcer les réponses ou comportements positifs)
- Enseignement fait par petites étapes (enseignement incidentiel pour guider l'enfant et favoriser la concentration, l'attention et pour inciter l'enfant à interagir activement avec son environnement)

M3 : TEACCH (Traitement et éducation des enfants autistes ou ayant des troubles de la communication)

Indicateur

- Le protocole du programme

Indice

- Aménagement de l'espace (établir des espaces destinés à des activités spécifiques telles que pour le travail, le repos, les jeux, les repas...)
- Structuration du temps (planification individuelle claire, minutieuse et visuelle du déroulement de chaque étape)
- Structuration par la routine de travail (aménager la table de travail, enseigner la réalisation du travail de gauche à droite, structurer l'activité pour une compréhension visuelle de la tâche)

4.2.2. La VD et sa description

VD : conduites sociales

M1 : amélioration des interactions avec l'altérité

Indicateur

- Apaisement des relations familiales

Indice

- Meilleur épanouissement de l'enfant au contact de ses parents et des autres membres de la fratrie
- Diminution des comportements à problème
- Reprise d'activités familiales abandonnées

M2 : participation aux activités sociales

Indicateur

- Insertion dans les groupes des pairs

Indice

- respect d'une consigne
- capacité à attendre son tour
- collaboration à la réalisation des tâches

4.2.3. Le tableau synoptique

Dans le tableau que nous allons présenter ci- après, il s'agira de montrer l'influence ou l'impact de la VI sur les modalités de la VD selon notre hypothèse générale.

Hypothèse générale	Variable indépendante	Modalités	Indicateurs	Indices	Variable dépendante	Modalités	Indicateurs	Indices
Les TCC améliorent les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire	Thérapies cognitivo-comportementales	Programme d'entraînement aux habiletés parentales	-le protocole du programme -modalités de fonctionnement en atelier de guidance parentale modalités de fonctionnement en atelier de guidance parentale	- nbre de séances (10 à 12) -Timing des séances (1h30 à 2heures tous les 15 jours) -Taille des groupes (5 à 7 familles) -Engagement de la famille dans sa totalité -Entraînement des parents à la maison -Cinq thématiques (non compliance ; moment spécial ; ordres efficaces ; tableaux à points ; time out)	Conduites sociales	Amélioration des interactions avec l'altérité	-apaisement des relations familiales	-meilleur épanouissement de l'enfant au contact de ses parents et des autres membres de la fratrie -diminution des comportements à problème -reprise d'activités familiales abandonnées
		ABA (Analyse du Comportement Appliquée)	-protocole du programme	- cadre spatio-temporel - enseignement structuré (en classe) - enseignement incidentale (partout)		Participation aux activités sociales	-insertion dans les groupes des pairs	- respect d'une consigne - capacité à attendre son tour - collaboration à la réalisation des tâches
		TEACCH (Traitement et éducation des enfants autistes ou ayant des troubles de la communication)	-le protocole du programme	-aménagement de l'espace (établir des espaces destinés à des activités spécifiques telles que pour le travail, le repos, les jeux, les repas...) -structuration du temps (planification individuelle claire, minutieuse et visuelle du déroulement de chaque étape) -structuration par la routine de travail (aménager la table de travail, enseigner la réalisation du travail de gauche à droite, structurer l'activité pour une compréhension visuelle de la tâche)				

4.3. LES HYPOTHESES DE RECHERCHE

L'hypothèse générale que nous avons énoncée nous a permis de relever deux autres hypothèses dites hypothèses secondaires.

HR1 : le programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) améliore les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire.

HR2 : l'ABA (Analyse du comportement appliqué) améliore les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire.

HR3 : le TEACCH (Traitement et éducation des enfants autistes ou ayant des troubles de la communication) améliore les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire.

4.4. LA DEMARCHE DE L'ETUDE

Selon Lavarde (2008), « Il n'y a pas de recherche scientifique sans démarche scientifique. Cette démarche est caractérisée par des « grandes méthodes d'investigation » qui sont communes à toutes les sciences. Chaque communauté scientifique les met ainsi en œuvre entant que méthodes académiques appropriées aux objectifs scientifiques visés ». De plus, la démarche scientifique a pour objectif de tester les hypothèses pour démontrer si elles sont fausses ou non et conserver uniquement celles qui sont cohérentes. Ainsi notre démarche est basée sur la recherche appliquée.

4.4.1. La méthode de la recherche : l'étude de cas

L'étude de cas permet une compréhension profonde des phénomènes, des processus les composant et des personnes y prenant part. Etant donné qu'il est question d'étudier une situation complexe (l'impact des thérapies cognitivo-comportementales sur l'acquisition des conduites socialement valorisées chez les enfants d'âge scolaire), notre étude nous appelle à emprunter l'étude de chaque paramètre susceptible d'avoir une influence sur les conduites sociales des protagonistes de notre recherche. Pour se faire, l'étude de cas est appropriée dans la mesure où elle nous permet d'étudier de façon holistique les caractéristiques d'un sujet (Collerette, 1997). Elle permet d'observer et d'analyser ces phénomènes comme un tout intact et intégré (Bullock, 1986) cité par Gagnon (2012). Plus précisément, L'étude de cas comme méthode de recherche est appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus inhérents à divers phénomènes, individuels ou collectifs (Thomas, 2011 ; Woodside et Wilson, 2003) cités par Gagnon (2012). Elle permet de fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur

contexte ; elle offre la possibilité de développer des paramètres historiques ; elle assure une forte validité interne, les phénomènes relevés étant des représentations authentiques de la réalité étudiée.

Le choix de cette méthode se justifie également par le fait qu'elle nous a permis de mettre en exergue l'influence positive des TCC sur l'amélioration des conduites sociales chez des personnes en situation de handicap (PESH) en général, et des enfants TDAH en particulier. Selon Nissen, et Wynn (2014), les études de cas ont le mérite sur la détection de nouveauté sur la génération des hypothèses applicables lorsque les autres modèles ne sont pas disponibles, sur la compréhension approfondie et ont également une valeur éducative.

Les rapports de cas jouent un rôle très important dans la description détaillée des évènements nouveaux ou notables, ces éléments justifient la plupart du temps une enquête formelle plus approfondie (Sedgwick, 2012).

4.4.2. L'entretien semi-directif

L'entretien tant qu'instrument de collecte de données de la recherche a été défini par Blanchet (1987) cité par Fernandez et Catteeuw (2001 : 74) comme étant « un entretien entre deux personnes, un interviewer et un interviewé conduit et enregistré par l'interviewer ; ce dernier ayant pour objectif de favoriser la production d'un discours linéaire de l'interviewé sur un thème défini dans le cadre d'une recherche »

L'entretien semi directif permet l'élaboration d'un guide d'entretien recensant les thèmes à aborder lors de cet échange clinique particulier où c'est l'enquêteur qui est demandeur. Le thème à traiter est introduit par une consigne. Notons que le guide thématique n'est pas un questionnaire ou un questionnement ouvert, mais bien un dialogue structuré ; le plus important étant que tous les thèmes repris dans le guide soient abordés dans chaque entretien qu'importe leur ordre de passage ou d'évocation au cours de l'interview. C'est l'interviewer qui dirige les échanges. Il sait d'où il part, il sait où il va, il détermine les grandes lignes du parcours.

Dans ce contexte, l'interviewé est libre de ses réponses et de l'ordre dans lequel il aborde les différents thèmes car, les questions restent ouvertes et donc les réponses sont libres, L'interviewer veillera simplement que toutes les étapes du parcours prévues soient réalisées.

Les entretiens semi-directifs s'appliquent à toute problématique de validation d'hypothèse dans laquelle il est question de connaître le rôle et l'influence des attitudes fondamentales sur les perceptions et les comportements des publics concernés. Ceux-ci sont généralement corporatistes

ou les sujets sont suffisamment intimistes (d'ordre personnel ou éthique) pour nécessiter une relation de personne à personne.

4.4.2. Le protocole d'entretien

Ce protocole d'entretien nous a guidé tout au long des procédures de collecte et de traitement des données que nous avons effectuées.

Thème1: identification du répondant et anamnèse (nom, genre, âge, situation matrimoniale etc.).

Thème 2 : Thérapies cognitivo-comportementales.

Sous-thème1: programme d'entraînement aux habiletés parentales, le protocole du programme, modalités de fonctionnement en atelier de guidance parentale modalités de fonctionnement en atelier de guidance parentale (nbre de séances (10 à 12), timing des séances (1h30 à 2heures tous les 15 jours), taille des groupes (5 à 7 familles), engagement de la famille dans sa totalité, entraînement des parents à la maison, cinq thématiques (non compliance ; moment spécial ; ordres efficaces ; tableaux à points ; time out)).

Sous-thème 2 : Analyse du Comportement Appliqué (ABA), (aménagement du cadre, cadre spatio-temporel, le type d'enseignement, enseignement structuré (en classe), enseignement incidental (partout)).

Sous-thème 3 : TEACCH, le protocole du programme (aménagement de l'espace (établir des espaces destinés à des activités spécifiques telles que pour le travail, le repos, les jeux, les repas... structuration du temps (planification individuelle claire, minutieuse et visuelle du déroulement de chaque étape, structuration par la routine de travail (aménager la table de travail, enseigner la réalisation du travail de gauche à droite, structurer l'activité pour une compréhension visuelle de la tâche)

Thème 3 : conduites socialement valorisées

Sous-thème 4 : amélioration des interactions avec l'altérité, apaisement des relations familiales, (meilleur épanouissement de l'enfant au contact de ses parents et des autres membres de la fratrie, diminution des comportements à problème, reprise d'activités familiales abandonnées).

Sous-thème 5 : participation aux activités sociales, insertion dans les groupes des pairs (respect d'une consigne, capacité à attendre son tour, collaboration à la réalisation des tâches)

4.5. Déroulement de la collecte

La collecte d'informations auprès de nos participants a requis de nombreuses étapes :

- nous avons commencé par sensibiliser nos participants en leur présentant nos objectifs de recherche qui étaient les nôtres et la contribution qu'ils pourraient apporter dans notre travail tout ceci était fait dans le but d'obtenir leur consentement,
- nous avons explicité le processus d'entretien aux participants ; leur disant comment nous procéderions, également en leur exposant la nécessité de parler librement sans crainte d'exprimer leur subjectivité,
- un entretien individuel de 45min avec chaque participant et par phase a suivi dans le but de collecter des informations spécifiques de chaque enfant.

4.5.1. Le temps requis

Planifier une tâche qui doit être effectuée permet d'augmenter sa productivité et son efficacité. Cette planification implique de définir des indications temporelles, les étapes et les moments de collecte de données pour mener au bon terme la tâche. Les entretiens se déroulaient généralement les jours de classe avec les parents et enseignants d'enfants TDA/H. en outre, notre collecte a été réalisée durant le mois de novembre de l'année scolaire en cours, soit sur une durée de 08 semaines. Nous allons joindre en annexe un calendrier qui renseignera la période et les étapes temporelles de notre étude.

- semaine 1-2- prise de contact et repérages (documentation et échange avec les responsables de l'établissement et les enseignants)
- semaine 3-4- prise de contact avec les enfants TDA/H ciblés et sensibilisation des parents
- semaine 5-6*- entretiens non directif avec les participants,
- semaine 7-8- entretiens semi directif et directif avec les parents.

4.5.2. Méthode de traitement des données et analyse des résultats

Les données collectées feront l'objet d'une transcription et d'un dépouillement. Les résultats feront quant à eux l'objet d'une analyse de contenu thématique.

Pour analyser des données, les chercheurs peuvent utiliser de nombreuses méthodes tenant compte de la nature des données. Les différentes énonciations qui constituaient notre instrument de collecte nous ont permis au moment du dépouillement de recourir à une analyse qualitative.

Grace à celles-ci nous nous sommes orientés vers une analyse psychologique des données récoltées laissant de côté les calculs.

L'analyse de contenu consiste à rendre compte de ce qui est dit dans les entretiens avec les participants de la façon la plus objective possible. Berelson (1952) pense que l'analyse de contenu est « une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste de la communication ». En psychologie clinique, le but est d'analyser l'enquête collectée par le biais d'observation c'est ce qui nous a permis d'utiliser les transcriptions des données verbales en texte écrit et le traitement des données.

4.5.2.1. La transcription des données des entretiens

Pour Bloch et al (2005), il s'agit d'une méthode de traitement des communications utilisant des techniques rigoureuses et systématiques dans le seul but d'interpréter sous un angle psychologique et ou sociologique. Cette analyse de contenu trouve son essence dans le fait qu'elle invite à étudier les différents aspects des réponses que proposent les participants, car elle prend en compte les éléments de la communication non verbale (gestes, émotions, signes etc.).

Les entretiens conduits ont été retranscrits en données saisies ; nous avons analysé les échanges dialogiques entre les participants lors des programmes mis sur pied par les personnels de l'école. L'analyse des transcriptions écrites issues des entretiens nous a permis de dévoiler les facteurs pouvant influencer les conduites des enfants TDA/H et par ricochet celles des individus qui constituent leur environnement social. Nous avons analysé les informations suivantes :

- nous avons observé et étudié les marques de langage lors des transcriptions des entretiens, ce qui nous a permis de mesurer la présence d'un facteur satisfaisant par rapport aux thérapies cognitives et comportementales. À ce sujet, Bakhtine (1984, p.299) affirme que « l'instance sur certains points de répétition, le choix d'expressions plus tranchées (ou au contraire moins tranchées), la tonalité provocante ou au contraire concessive, etc. ». L'expression des émotions (le rire, les malaises, le mécontentement ou au contraire, d'une satisfaction face à l'image que son enfant à désormais de lui-même. La voix, les réactions émotionnelles qui peuvent constituer des marques de satisfaction, de surprise agréable ou de confirmation.
- les expressions polyphoniques qui revenaient de façon récurrente sur les discours les nouveaux discours portés sur leurs enfants, des discours qui étaient auparavant péjoratifs.

- les répétitions et les hésitations ont également été analysées, les périodes au cours desquelles les discours étaient interrompus par les hésitations et les répétitions des mots pouvaient selon nous traduire un conflit intrapsychique dans la mesure où le participant ne veut pas forcément exprimer une chose dont il a honte, ce qui est répétitif dans le vécu du handicap. Inversement, les expressions répétées avec calme et conviction pouvaient traduire chez le parent, l'acceptation du handicap de son enfant. Ces éléments peuvent être interprétés comme les marques de délibération à propos des conflits des normes sociales (Saujat 2010).
- le langage non verbal a également été interprété, le besoin de traduire une expression par un mot revenait constamment, les gestes destinés à remplacer des expressions pourraient selon Faïta, (2011) traduire une mise en débat des normes
- l'analyse des données ayant rapport à l'auto-affectation nous a permis de répertorier des informations objectives car, pour Spinoza cité par Clot (2008), le développement du pouvoir d'agir est indissociable du pouvoir d'être affecté. Ces marques ont ainsi été interprétées par des signes de préoccupation des acteurs face à la prise en charge de leurs enfants.
- les indicateurs relatifs à la création de nouveaux buts, au cours des entretiens, les parents envisageaient de développer de nouvelles habitudes quotidiennes comme, l'inscription des enfants aux activités pendant les vacances, faire participer leurs enfants aux jeux de sociétés.

4.5.2.2. Le traitement des données

Nous nous sommes appuyés sur les étapes suivantes pour traiter nos données :

- la production d'un registre de traitement des données, nous avons pu grâce à cette recenser la totalité de nos données pour nous permettre d'avoir une vue globale sur tous les traitements de données que nous devons effectuer.
- la sélection des données, elle nous a permis de nous rendre compte du fait que certaines données ne nous ont été d'aucune grande utilité, d'où la nécessité de faire une sélection. Nous avons par cette manœuvre pu minimiser les données. Mais encore, grâce à ces tris nous avons classé les données par cas dans le but de réaliser un travail qui clarifie la particularité de chaque individu ainsi que les facteurs de son vécu.

- la sécurisation des données traitées, afin d'éviter la perte d'informations au cours la recherche.

4.5.2.3. Le dépouillement des données

Le dépouillement est la phase d'une enquête pendant laquelle les résultats obtenus sur un support papier sont traités manuellement et saisis lorsqu'ils sont exploitables. Plusieurs techniques peuvent être utilisées à cet effet : on peut recourir au traitement direct ou préalable, c'est-à-dire qu'il faut effectuer un traitement préalable qui consiste à analyser le contenu des réponses données lorsque celles-ci sont ouvertes, dans le but de pouvoir classer ces dernières par grande catégorie. Les réponses directes quant à elles peuvent faire l'objet d'un traitement direct par simple comptage des réponses.

On peut également avoir recours à un traitement manuel ou informatique. Le traitement manuel est utilisé pour un nombre de questionnaire assez réduit, dans ce cas on utilise des grilles de dépouillement qui permettent d'effectuer un comptage des réponses sans erreurs. Le traitement informatique est utilisé pour un grand nombre de questionnaire. Les réponses devant être codifiées soit à l'avance soit au retour des questionnaires. Un logiciel de base des données peut servir au stockage des réponses.

Le traitement des données peut être fait de plusieurs façons : on peut utiliser un tri à plat, c'est-à-dire en faisant un simple comptage des réponses pour chaque question. Ce genre de tri est employé pour l'exploitation d'un seul critère.

On peut également utiliser un tri croisé, qui est employé pour un comptage combiné sur deux ou plusieurs critères.

4.6. POPULATION ET ECHANTILLON DE L'ETUDE.

4.6.1. La population cible

D'après Tsafack (2004), la population de l'étude peut être comprise comme étant « l'ensemble fini ou infini d'éléments déterminés à l'avance sur lesquels portent les observations. ». Cette dernière intègre les individus qui correspondent aux critères recherchés dans l'étude. C'est l'ensemble des individus visés par une étude dont on voudra récolter des informations et généraliser les résultats qui en seront obtenus. Elle désigne l'ensemble des éléments qui ont une ou plusieurs caractéristiques en commun qui les distingue d'autres éléments et sur lesquels porte l'investigation.

Cependant, le choix de la population d'une étude est imposé par la nature des données à recueillir. Les individus qui constituent cette population doivent pouvoir donner des réponses pertinentes aux questions du chercheur. Ce choix n'est donc pas anodin, il prédétermine la distribution des réponses que le chercheur veut obtenir. Au regard de ce qui précède, et compte tenu de l'intitulé de notre recherche, la population qui fera objet de notre recherche est constitué des parents et des enseignants des enfants handicapés mentaux scolarisés au Centre Nationales de Réhabilitation des Personnes Handicapées, Cardinal Paul Emile Leger d'Etoug-Ebe, ayant en commun un trouble déficitaire d'attention avec ou sans hyperactivité.

4.6.2. Échantillon de l'étude

En ce qui concerne la tranche d'âge à laquelle nous nous faisons allusion, il s'agit de celle qui correspond à l'âge scolaire. Nous dénombrons bien évidemment une pluralité de limites d'âges proposées par différents auteurs. Cependant, dans la littérature psychanalytique, cette période caractérise généralement l'ensemble de l'époque comprise entre six ans et douze ans. Notre choix s'est porté spécifiquement sur les enfants d'âge scolaire car selon le DSM5, le « TDAH débute dans l'enfance. L'exigence que plusieurs symptômes soient présents avant l'âge de 12 ans renvoie à l'importance qu'il y ait un tableau clinique significatif pendant l'enfance. En revanche, un âge plus précoce de début n'est pas spécifié en raison des difficultés à établir un début précis pendant l'enfance de manière rétrospective (Kieling et al. 2010). De plus, il serait peu fiable de poser un diagnostic avant et/ou après l'âge scolaire. Avant l'âge scolaire les comportements d'inattention, d'hyperactivité/impulsivité sont considérés comme normaux car à cette période l'esprit de l'enfant est guidé vers le jeu, la découverte de son environnement, et son cerveau n'a pas encore atteint la maturité suffisante pour inhiber ses comportements. Après l'âge scolaire on entre dans la période de puberté et les symptômes essentiels de ce trouble auront soit laissé place à des troubles associés (des troubles d'apprentissage qui auront persistés créant chez la personne atteinte une perte de motivation ce qui débouchera sur un échec scolaire), soit auront pris d'autres formes (l'hyperactivité/impulsivité qui va se muer en agressivité).

4.7. SITE DE L'ETUDE

Notre étude est menée au CNRPH Cardinal Paul Émile Léger d'Etoug-Ebe dans le pavillon de l'Ecole spécialisée du centre compte tenue de la forte présence dans cette école des enfants ayant divers handicaps parmi lesquels le handicap mental de manière générale et le TDA/H en particulier

qui est la principale cible de notre étude. Notre étude porte sur l'amélioration des conduites sociales chez les enfants TDA/H, au travers des thérapies cognitives et comportementales.

4.7.1. La localisation

Le CNRPH est situé dans la Région du Centre, à Yaoundé capitale politique du Cameroun. Son Département est celui du Mfoundi, tandis que son Arrondissement de rattachement est Yaoundé VI. Le Quartier Etoug-Ebe à environ (10) m du côté gauche du lycée bilingue d'Etoug-Ebe venant du carrefour Biyem-assi est sa zone de localisation effective.

4.7.2. Description de la structure

Le CNRPH s'étend une superficie de neuf (09) hectares environ. Quatre (04) hectares ont à ce jour fait l'objet d'une exploitation en termes de bâtiments une piscine un terrain de basket-ball, des aires de jeux et des espaces verts. Il est composé de (18) bâtiments à savoir : Bâtiment 1 : accueil, dispensaire, pharmacie ; Bâtiment 2 : haut standing ; Bâtiment 3 : direction générale, agence comptable, consultation, radiologie ; Bâtiment 4 : salle d'écoute, section des interventions sociales , Bâtiment 5 : ateliers d'appareillage, cordonnerie , soudure, contrôle financier ,sections affaires administratives et financières ; Bâtiment 6 : menuiserie, buanderie , section d'apprentissage et formation ; Bâtiment 7 :rééducation fonctionnelle ; Bâtiment 8 : salle de conférence- section hôtellerie ; Bâtiment 9 : maison astreinte ;Bâtiment 10 :pavillon homme ; Bâtiment 11 : pavillon femme ; Bâtiment 12 : bloc opératoire – ateliers de couture ; Bâtiment 13 : section d'ergothérapie-salle d'hospitalisation : Bâtiment 14 : chapelle ; Bâtiments 15 et 16 : section éducation spéciale et inclusive , salle de fête , salle multimédia ; Bâtiment 17 et 18 : chambres d'accueil haut standing.

4.7.3. Historique de la structure

Le Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile Leger (CNRPH) est un Etablissement Public Administratif doté de la personnalité juridique, et de son autonomie financière. Il est placé sous la tutelle technique du Ministère chargé des Affaires Sociales et sous la tutelle financière du Ministère chargé des Finances. Le CNRPH a été créé en 1971 par un prélat de nationalité canadienne, le Cardinal Paul Emile Leger. Il a été inauguré le 15 janvier 1972 par le Président de la République Fédérale du Cameroun, Son Excellence El Hadj Hamadou Ahidjo comme Œuvre Sociale Privée dénommée « centre de rééducation de Yaoundé » (CRY). En 1978, il a été cédé à l'Etat Camerounais sous la dénomination de « Centre National de Réhabilitation des Handicapés » (CNRH) comme Institution Spécialisée du Ministère des Affaires

sociales. En 2009, après trente-sept (37) ans au service des personnes handicapées physiques et moteurs, le Centre est érigé en Etablissement Public Administratif à la faveur du décret N°2009/096 du 16 mars 2009 portant création, organisation et fonctionnement du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile Leger en abrégé CNRPH avec une extension de ses missions à la prise en charge globale de toutes les catégories de personnes handicapées

4.7.4. Evolution de la structure

Le Centre National de Réhabilitation des personnes Handicapées à sa création était destiné à la rééducation des enfants atteints de poliomyélite, de méningite et de malformation congénitale. Par la suite, cette mission s'est étendue à la prise en charge des personnes handicapées physiques et moteurs. Depuis 2009, le décret N°2009/096 du 16 mars précité lui assigne des nouvelles missions étendues à la prise en charge globale de tous types de handicaps. Cette mission se regroupant sur des cibles précises telles que :

- Les handicapés physiques et moteurs (déficience du système locomoteur) ;
- Les handicapés sensoriels (déficiences des organes de sens) ;
- Les handicapés mentaux (déficience intellectuel, trouble du comportement) ;
- Les handicapés sociaux (déficiences dû aux tares de la société de toutes sortes) ;
- Les familles des personnes handicapées.

Le handicap touche tant l'individu même que son entourage, raison pour laquelle hormis la prise en charge de l'individu, sa famille est aussi prise en charge pour faciliter son intégration sociale et son acceptation dans son milieu de vie.

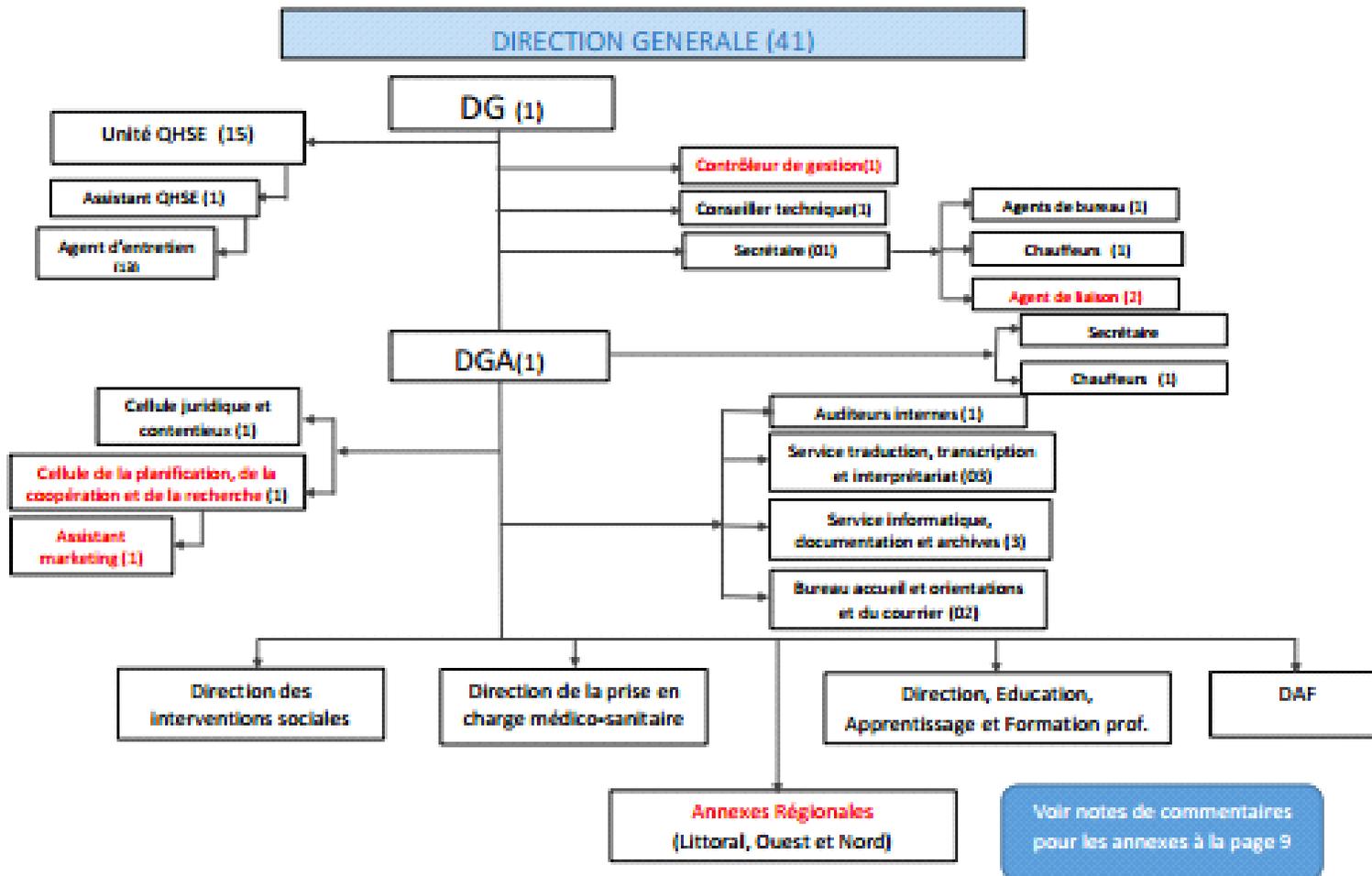
4.7.5. Mission de la structure

Le CNRPH à la faveur du N°2009/096 du 16 mars 2009 est érigé en établissement public administratif sous la tutelle technique du Ministère des affaires sociales et sous la tutelle financière du Ministre des finances. A cet effet, le CNRH devenu CNRPH est désormais investi d'une mission de mise en œuvre de la politique gouvernementale en matière de réhabilitation et de reconversion des personnes handicapées et a pour mission, entre autres :

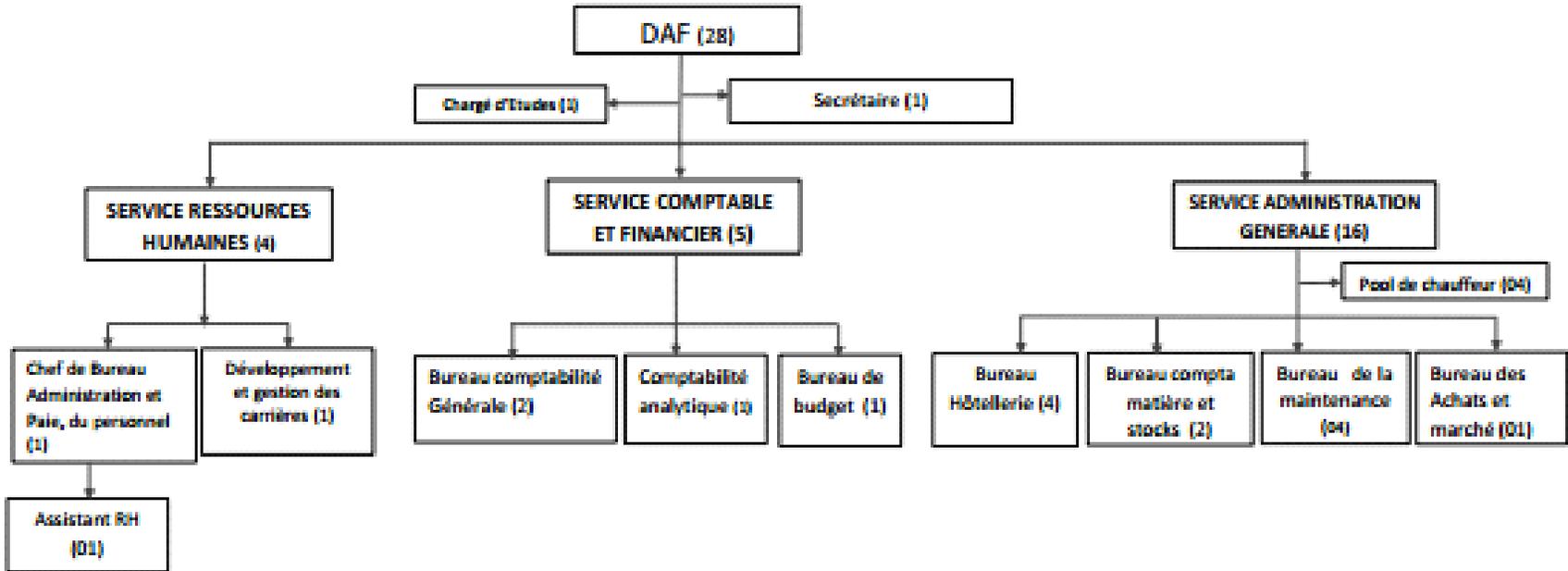
- la mission principale étant la mise en œuvre de politique gouvernementale en matière de réhabilitation et de reconversion des personnes handicapées
- mission secondaire

- le CNRPH est chargé de :
- la prise en charge psychosociale des personnes handicapées et de leur famille ;
- la prise en charge médico-sanitaires des personnes handicapées ;
- l'apprentissage de la formation et de la reconversion socio-professionnelle des personnes handicapées ;
- la promotion de la recherche en vue de l'amélioration de l'intervention en matière de réhabilitation ;
- la coopération technique avec d'autres centres nationaux ou étrangers de réhabilitation des personnes handicapées, ainsi que des organismes ou associations à but humanitaire ;
- la participation à toute activité ou opération en rapport avec ses missions et susceptible d'assurer le développement des personnes handicapées.

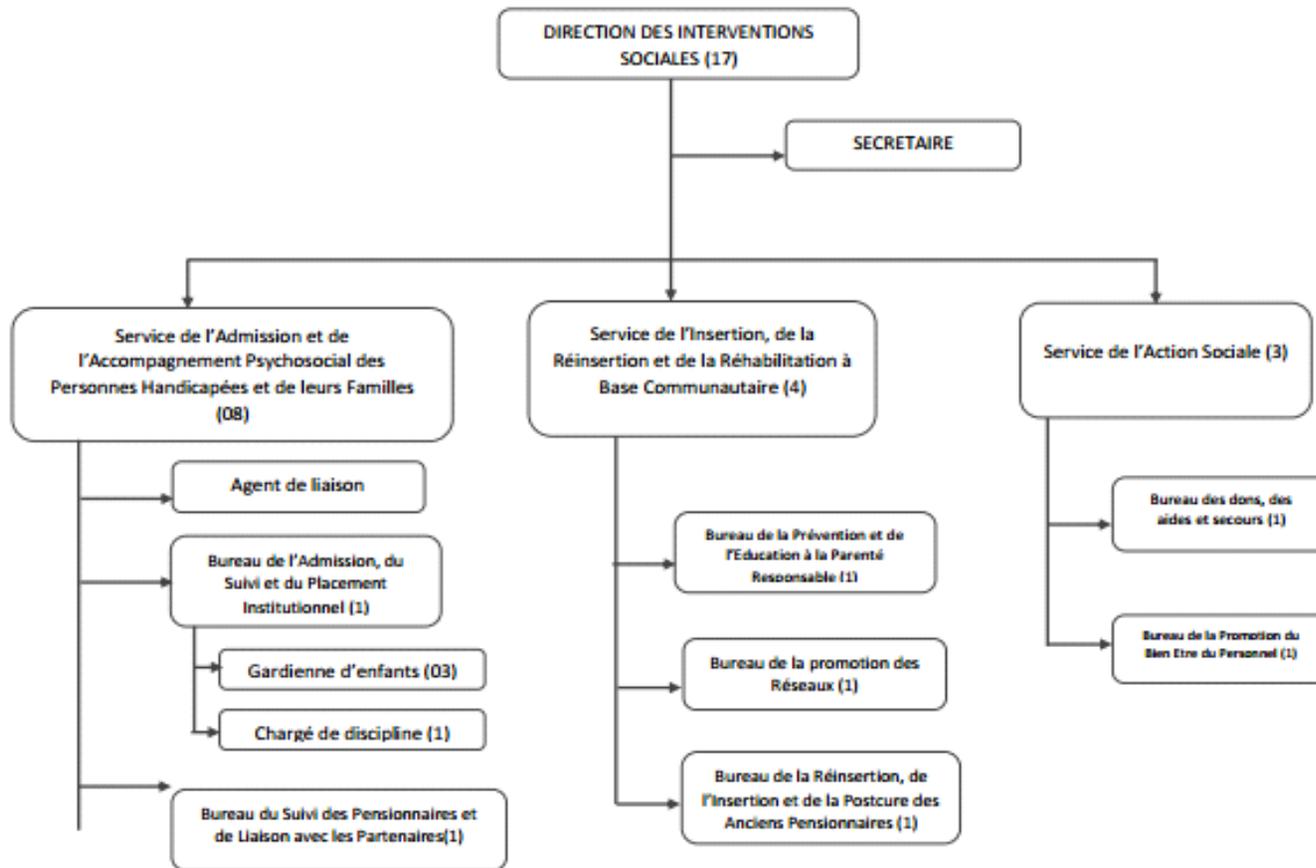
4.7.6. Organisation administrative



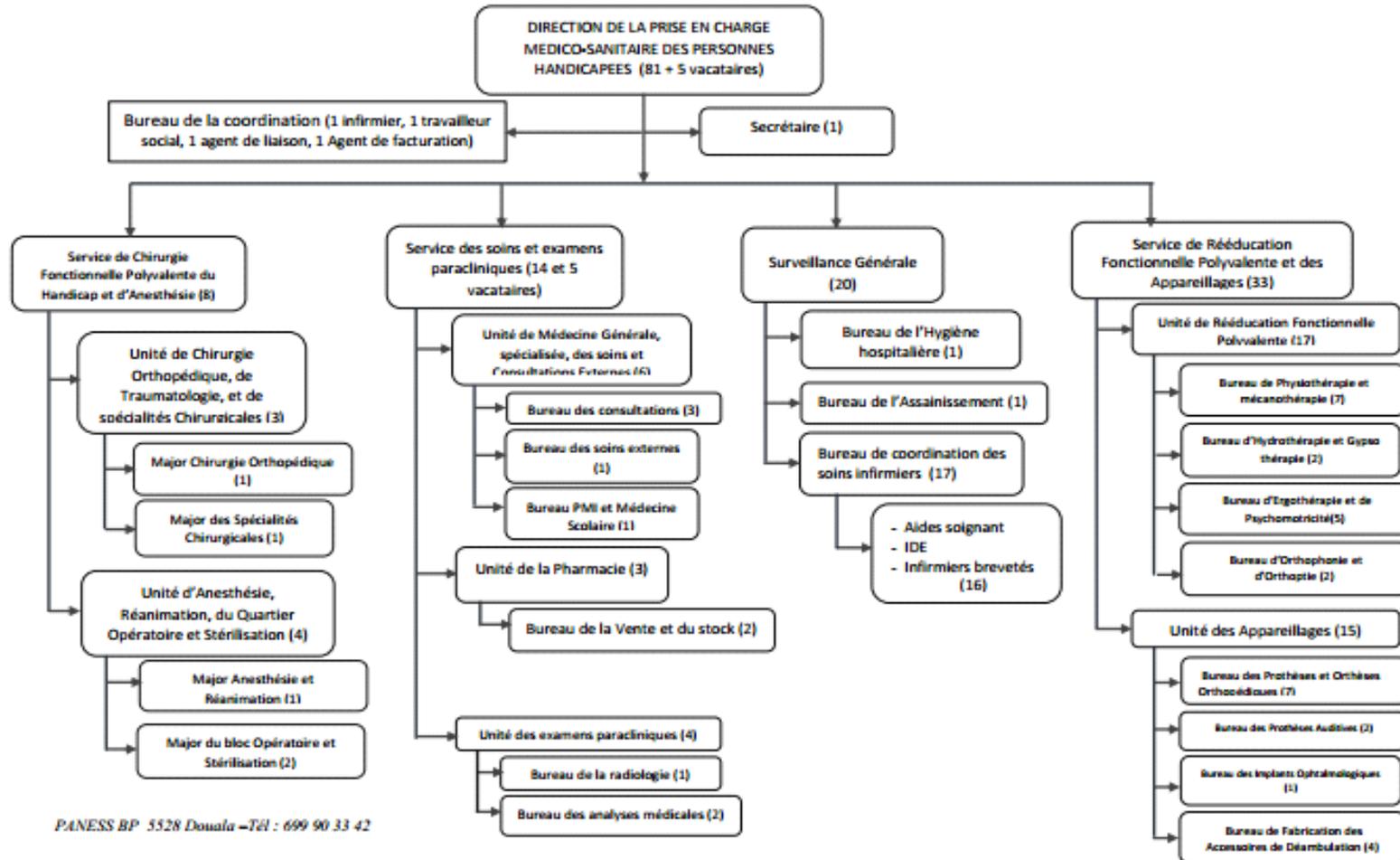
DIRECTION ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE



DIRECTION DES INTERVENTIONS SOCIALES

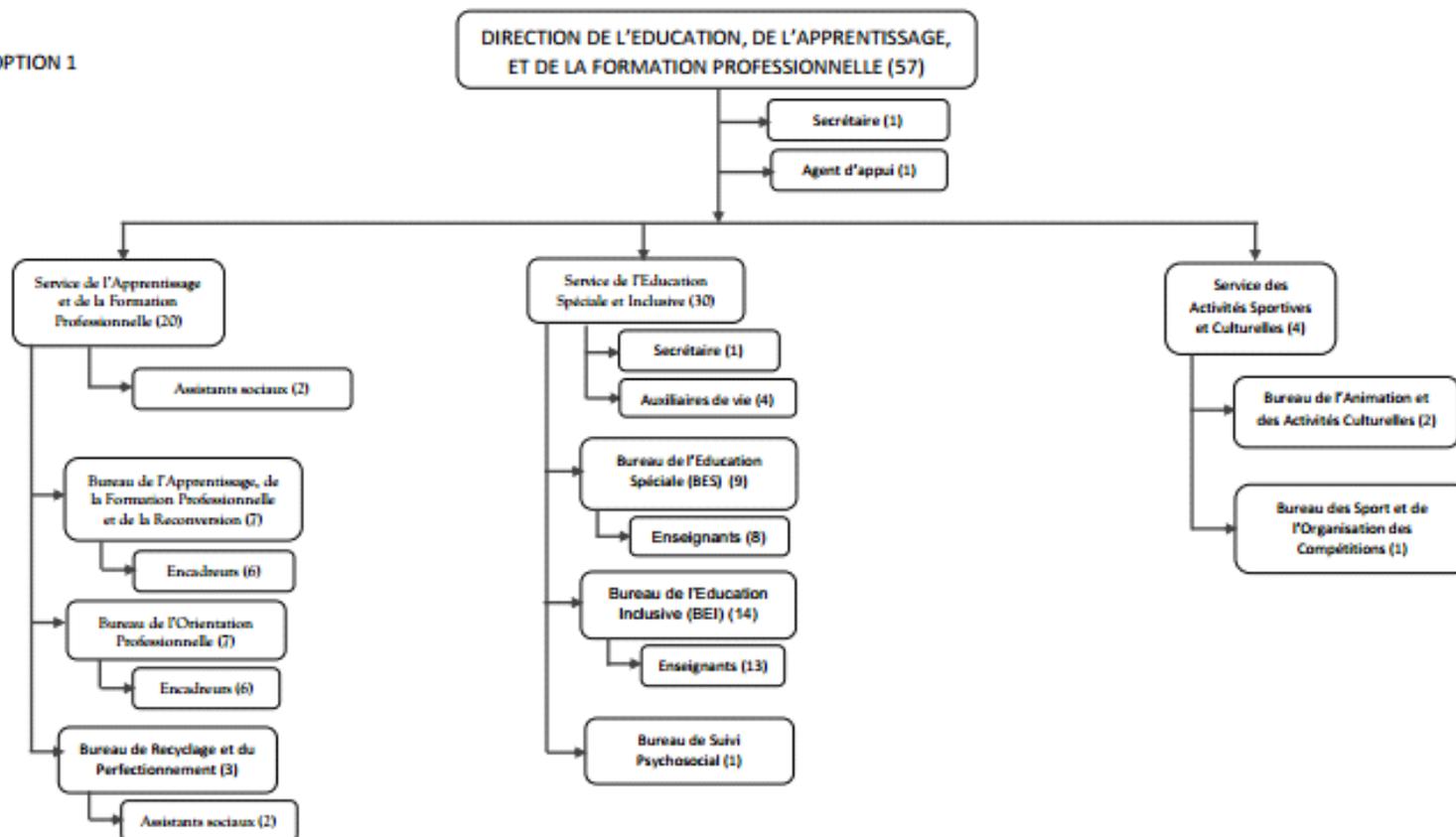


DIRECTION DE LA PRISE EN CHARGE MEDICO SANITAIRE



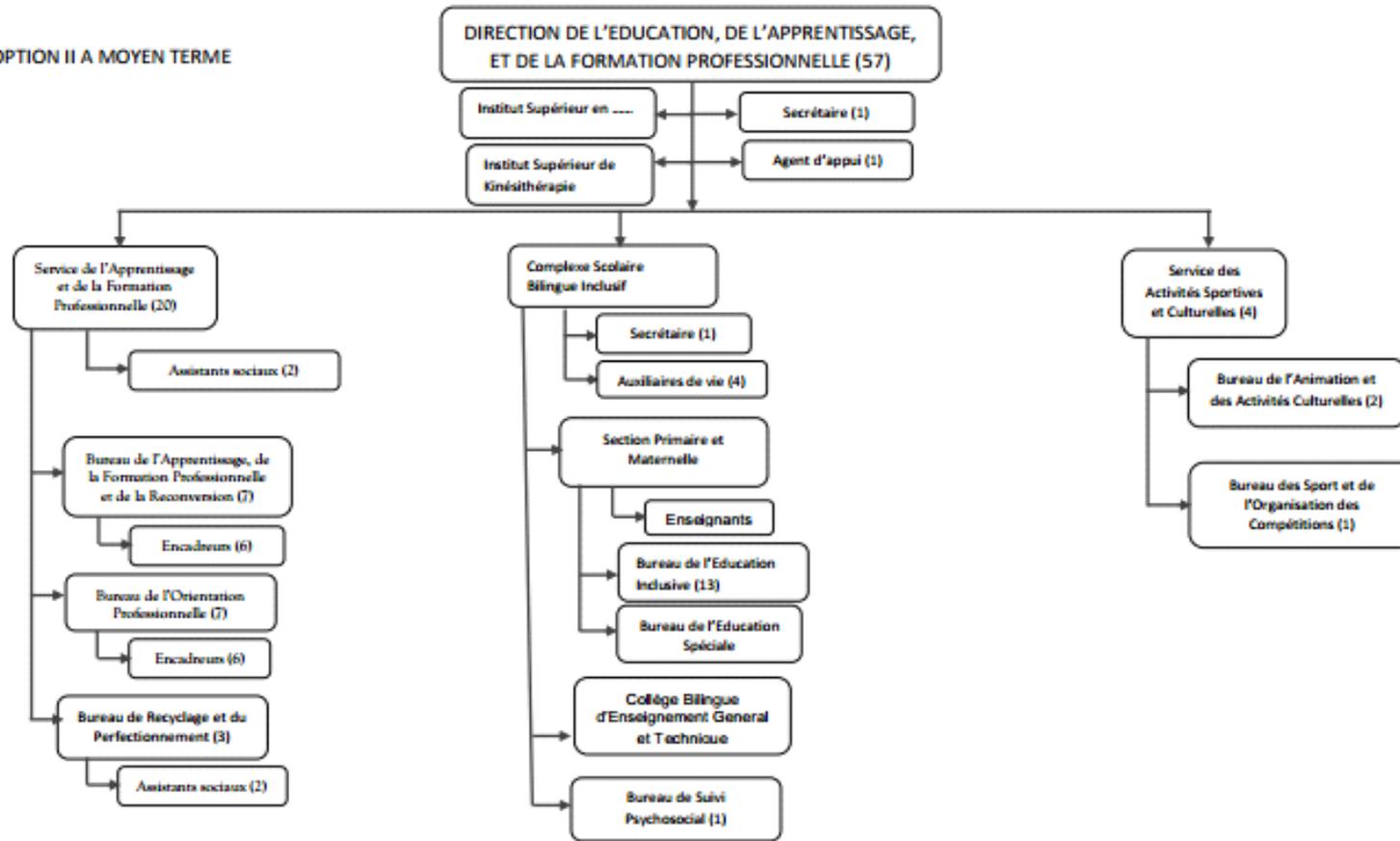
DIRECTION DE L'ÉDUCATION, DE L'APPRENTISSAGE ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

OPTION 1



DIRECTION DE L'ÉDUCATION, DE L'APPRENTISSAGE ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

OPTION II A MOYEN TERME



4.8. LES DONNEES EN RAPPORT AVEC L'ETHIQUE DE LA RECHERCHE

La déclaration universelle des droits de l'homme relative aux personnes en situation de handicap (PESH), met en exergue les valeurs et les principes qui assurent le respect de la dignité des PESH. Selon Fortin, les principaux droits évoqués dans les codes d'éthique pour la recherche, applicables à toute forme d'intervention auprès des personnes sont :

- le droit d'auto-détermination
- le droit de l'intimité,
- le droit de la confidentialité,
- le droit de la protection,
- le droit du traitement juste et équitable

Voulant nous inscrire dans cette logique, nous avons renseigné les informations complètes sur le but et le déroulement de l'entretien à chaque participant ceci dans le but d'avoir leur approbation, ou du moins celle des parents. Car tout mineur est sous la responsabilité de son parent ou tuteur légal. En ce qui concerne l'autorisation de l'administration, nous avons déposé les pièces suivantes :

- une demande de stage à la direction générale du CNRPH Cardinal Paul Émile Léger
- une demande de collecte de données à la direction générale et à la direction de l'école inclusive.
- une demande de prolongement de collecte de données étant donné que nous avons été obligés de réajuster les échéanciers à cause des imprévus qui nous ont empêchés de respecter notre intervalle de temps préalablement établi.

CHAPTRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Cette phase comprend essentiellement les opérations de segmentation, de classement, de regroupement, de comparaison, etc., de chacune des informations recueillies afin d'en trouver le sens et de dégager des conclusions. L'objectif de cette phase est de traiter les informations recueillies lors de la réalisation du travail dans le but d'en dégager des interprétations et des conclusions. Elle nous permet de comprendre les aspirations de la population par rapport à notre recherche, c'est le lieu de présenter les résultats de l'enquête.

5.1. Présentation des cas

Pour des besoins d'anonymat et de respect de la vie privée de nos participants, nous n'avons pas conservé les vrais noms et avons utilisé des noms fictifs. Nous présentons ci-après les sujets que nous avons recrutés pour la présente étude. Nous entendons par sujets, les enfants d'âge scolaire et leurs parents qui ont librement consentis à participer à notre collecte des données.

5.1.1. Kennedy

Kennedy est né en 2014. Il est donc âgé de 09 ans. Il est le dernier enfant d'une fratrie de trois, dont l'aînée est une fille de 15 ans et le second un garçon de 12ans. La famille nucléaire réside sous un même toit. Il est inscrit au CNRPH Cardinal Paul Emile Léger depuis l'année 2020. Et, c'est à la suite de l'observation par ses parents de comportements atypiques que ces derniers ont décidé de rencontrer un spécialiste. Il a été diagnostiqué TDAH à l'âge de 06 ans par les professionnels du CNRPH. Son dossier indique qu'il n'a subi aucun traumatisme à la naissance.

Sur le plan scolaire, Kennedy fréquente la classe du cours élémentaire première année de l'Ecole spécialisée du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile Leger d'Etoug-Ebe. Ses résultats le situent comme un élève moyen.

Sur le plan social...

Présentation du parent

Monsieur Isaak, le père de Kennedy, est âgé de 46 ans. Il est marié et père de trois enfants. Il exerce la profession de chauffeur de taxi dans la ville de Yaoundé où il réside. C'est un chrétien protestant fervent pratiquant. Il appartient à la tribu des Ewondo et est originaire de la Région du Centre, région dans laquelle il a toujours vécu.

Sur le plan de l'encadrement et du suivi de Kennedy, il est à noter que Monsieur Isaak semble plus impliqué que la mère. Il participe de façon régulière au programme depuis deux ans.

5.1.2. Awaou

Awaou est un jeune musulman âgé de 08ans donc né en 2015, il est le premier d'entre deux, son cadet est âgé de 04 ans. La famille nucléaire vit sous le même toit, il a été diagnostiqué TDA/H à 05 ans par les professionnels du CNRPH à la suite de l'observation par ses parents de comportements atypiques. Et il y est régulièrement inscrit depuis 2021. Son dossier révèle que sa naissance a été sans complication.

Sur le plan scolaire, Awaou fréquente la classe d'initiation IIB de l'Ecole spécialisée du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile Leger d'Etoug-Ebe. Ses résultats le situent comme un élève moyen.

Présentation du parent

Mme Housseinatou âgée de 29 ans est musulmane mariée depuis 07 ans, elle est originaire de l'Adamaoua, elle est fervente pratiquante de l'islam elle réside à Yaoundé depuis 20 ans. Elle est femme au foyer et n'a aucun emploi fixe.

Sur le plan de l'encadrement, Mme Housseinatou participe de façon régulière au programme. Elle semble ainsi être plus impliquée que le père.

5.1.3. Marianne

Marianne est née en 2012 et est âgée de 11 ans, elle est la seconde d'une fratrie de trois avec un grand frère de 13ans et un petit frère de 08ans avec lesquels elle ne vit pas, la famille nucléaire a été recomposée. Depuis ses cinq ans elle vit avec sa grand-mère. Son dossier ne révèle aucun traumatisme avant ou pendant sa naissance, elle a été diagnostiquée TDA/H à 06 ans par les professionnels du CNRPH à la suite de l'observation par ses parents de comportements atypiques. Et elle est régulièrement inscrite au CNRPH Paul Emile Léger depuis 2020.

Sur le plan scolaire Marianne fréquente le cours élémentaire première année de l'école inclusive du CNRPH. Ses résultats la situent comme une élève moyenne.

Présentation du parent

Mme Christine, est une grand-mère de 56 ans, protestante, elle appartient à la tribu des Manguissa et est originaire de la région du centre. Elle exerce la profession de commerçante au marché d'étoug-ebe. Elle est veuve depuis de nombreuses années et célibataire. Sa petite fille lui a

été confiée par sa mère pour lui permettre d'être proche d'un établissement qui cadrerait avec ses besoins.

Sur le plan de l'encadrement, Mme Christine assiste régulièrement au programme et est la seule qui s'implique réellement.

5.1.4. Godwin

Godwin âgé de 10ans, il est né en 2013, il est fils unique à son père et second à sa mère. La famille nucléaire vit sous le même toit. Il a été diagnostiqué TDA/H par les professionnels du CNRPH à 07ans à la suite de l'observation par ses parents de comportements atypiques. Il a subi un traumatisme à la naissance et a dû être oxygéné pour avoir mis du temps à respirer. Il a une déficience intellectuelle et est inscrit au CNRPH Paul Emile Léger depuis 2020.

Sur le plan scolaire, Godwin fréquente le cycle spécial de l'école spécialisée du CNRPH. Ses résultats le situent comme un élève moyen

Présentation du parent

Mr Alain est un militaire de 48 ans, protestant, marié et père de Godwin, il est originaire de la région du centre et appartient à la tribu des bassa 'a. il est en service à Yaoundé depuis dix ans. Il est régulier au programme.

Sur le plan de l'encadrement, Mr Alain tout comme sa femme participent régulièrement au programme, ils sont tous les deux très impliqués dans la prise en charge de leur enfant.

5.1.5. Anne

Anne est née en 2011, elle a 12ans, elle est troisième d'une fratrie de quatre, dont deux grands frères âgés de 16 ans et 13 ans et une petite sœur de 09 ans. Elle a été diagnostiquée TDA/H à 07 ans par les professionnels du CNRPH, et fréquente régulièrement l'école du CNRPH Paul Emile Léger depuis 2020. Son dossier révèle qu'elle souffre d'une déficience intellectuelle.

Sur le plan scolaire, Anne fréquente le cycle spécial de l'école spécialisée du CNRPH, ses résultats la situent comme une élève moyenne.

Présentation du parent

Mme Fotso est âgée de 40ans, elle exerce le métier de commerçante au marché du Mfoundi. Originaire de l'ouest elle appartient à la tribu des Bamiléké et est baptisée catholique, elle est mariée et réside à Yaoundé depuis 20 ans.

Sur le plan de l'encadrement elle est toujours présente au programme, et est quelques fois accompagnée de son mari. Le couple est uni et est très impliqué dans la prise en charge d'Anne.

5.1.6. Christiane

Christiane 08ans, vient d'une famille recomposée et vit avec sa mère et son beau-père. Elle est ainée d'une fratrie de deux, son petit frère étant âgé de 05 ans la famille nucléaire vit sous le même toit. Elle a été diagnostiquée TDAH à 06 ans par les professionnels du CNRPH. Elle fréquente l'école du CNRPH Paul Emile Léger depuis 2021. Son dossier montre qu'elle n'a subi aucun traumatisme avant ou pendant la naissance, mais qu'à deux ans elle a été touchée d'un mutisme total, et depuis lors est restée dans cet état.

Sur le plan scolaire, Christiane fréquente la classe inclusive de l'école inclusive du CNRPH. Ses résultats la situent comme une élève moyenne.

Présentation du parent

Mme Céline est âgée de 38 ans, elle est catholique, originaire de l'Ouest et appartient à la tribu des Bamiléké. Elle exerce professionnellement en tant qu'employée de bureau. Elle est mariée depuis 07 ans et vit à Yaoundé.

Sur le plan de l'encadrement, Mme Céline est régulière au programme. Elle semble être plus impliquée que son mari.

5.1.7. Brenda

Brenda est née en 2015, elle a 08 ans. Elle est la dernière d'une fratrie de 05 dont une grande sœur de 16 ans et deux grands frères de 13 et 10 ans, a été diagnostiquée TDAH à 05 ans par les professionnels du CNRPH, la famille nucléaire vit sous le même toit. Son dossier montre qu'elle n'a subi aucun traumatisme avant et pendant la naissance. Elle fréquente l'école du CNRPH Paul Emile Léger depuis 2021.

Sur le plan scolaire, Brenda fréquente classe d'initiation II B de l'école inclusive du CNRPH. Ses résultats montrent qu'elle est une assez bonne élève.

Présentation du parent

Mme Bernadette a 37 ans, elle est baptisée à l'église catholique, elle est mariée depuis 05ans et exerce la profession d'officier de l'armée, elle est originaire de la région du centre et appartient à la tribu des Ewondo, elle réside à Yaoundé dans l'une des bases du quartier général.

Sur le plan de l'encadrement, Mme Bernadette est régulièrement présente au programme. Elle est présidente de l'association des parents d'élèves et prend son rôle à cœur, elle semble être plus impliquée.

5.1.8. Abigaël

Présentation de l'enfant

Abigaël est né en 2016, il a 07 ans, il est dernier d'une fratrie de cinq. Il a trois grandes sœurs de 16ans, 14ans, 11ans et un grand frère de 09 ans. Il a été diagnostiqué à 05ans ayant un trouble autistique avec comme comorbidité un TDAH par les professionnels du CNRTH. Il fréquente régulièrement l'école du CNRPH Paul Emile Léger, et la famille nucléaire vit sous le même toit. Son dossier ne révèle aucun traumatisme durant la grossesse ou pendant l'accouchement.

Sur le plan scolaire, Abigaël fréquente la classe d'initiation IIA de l'école inclusive du CNRPH ;

Présentation du parent

Mr Jean a 46ans, il exerce la profession d'ingénieur, il est originaire du centre et appartient à la tribu des bassa'a, il réside et travaille à Yaoundé depuis de nombreuses années. Il est marié à l'église catholique romaine.

Sur le plan de l'encadrement, il participe régulièrement au programme et est quelques fois accompagné de sa femme, qui sont tous les deux très impliqués.

5.2. ANALYSE THEMATIQUE DES CONTENUS DES ENTRETIENS

Pour Blaise et Martineau (2006), cités par Gonin (2008 : 139) « l'analyse inductive générale est définie comme étant un ensemble de procédures systématiques permettant de traiter des données qualitatives, ces procédures étant essentiellement guidées par les objectifs de recherche. Elle s'appuie sur différentes stratégies utilisant prioritairement la lecture détaillée des données brutes pour faire émerger des catégories à partir des interprétations du chercheur qui s'appuie sur ces données brutes ». Mais encore, allant dans la même lancée, Poussin (2012) affirme que, l'analyse thématique permet de ramener le texte (discours des participants) à des proportions raisonnables, non seulement en conservant le sens, mais en le comparant avec d'autres textes.

Notre étude porte principalement sur les enfants ayant un trouble déficitaire d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Cependant, compte tenu de leur incapacité à répondre efficacement et clairement aux questions qui seront posées lors des entretiens, nous avons mené les entretiens avec les parents et enseignants de ces enfants préalablement sélectionnés. Après leur avoir expliqué le but de notre recherche, nous leur avons demandé l'autorisation d'enregistrer leurs propos et de

pouvoir les utiliser fidèlement dans le cadre de notre recherche tout ceci dans le respect de la vie privée et de la confidentialité.

5.2. ANALYSE DES RESULTATS PAR RAPPORT A LA VI

5.2.1. Thème 1 : Le programme d'entraînement aux habiletés parentales.

Programme d'entraînement aux habiletés parentales	
parent Isaak enseignant Pascaline	<p>« Le programme pour les parents d'enfants qui ont un problème m'aide énormément. D'abord j'ai apprécié l'initiative qu'a eue l'établissement pour penser aux parents. C'est vrai que le programme tourne autour des enfants mais il est aussi important pour les parents eux-mêmes. »,</p> <p>« Avant de participer à ce programme je n'avais aucune réelle connaissance du problème de mon enfant. Grâce au programme j'ai eu assez d'informations pour saisir ses problèmes et ses réels besoins. »,</p> <p>«Bon! Moi je pense que le temps qu'on a mis pour le programme et même le nombre de parents par groupe ça va. », « Les enseignants et les spécialistes viennent nous donner des stratégies pour gérer tout ça. »</p> <p>« L'école des parents je dirais est très importante, ça permet aux parents de nous aider dans l'éducation de leurs enfants et d'être vraiment impliqués. »,</p> <p>« Et quand un parent respecte et applique les consignes données par les encadreurs de l'école des parents ça se répercute positivement et on voit les améliorations que vivent les enfants. »</p>
le parent Housseinatou enseignant Magellan	<p>« J'assiste aux rencontres de l'école des parents depuis que j'ai inscrit mon enfant ici. »,</p> <p>« Avant d'entamer le programme j'étais désespérée, je n'arrivais pas à maîtriser mon enfant, même en le menaçant avec le fouet j'avais des difficultés à le canaliser, je ne savais plus comment m'y prendre »,</p> <p>« Pendant ces séances on nous apprend comment donner des consignes à nos enfants, comment les motiver », « Les échanges sont riches et collaboratifs. »</p> <p>« Les thèmes varient en fonction des parents pour éviter qu'ils aient l'impression de faire les mêmes choses à chaque fois. »,</p>

	« Le programme est comme un système de relais avec les parents, on essaye de les aider à acquérir des notions, à leur donner des astuces pour leur permettre de gérer leur enfant »
le parent Christine enseignant Lionel	« Mon fils, l'école des parents m'a beaucoup aidé et m'aide encore aujourd'hui, c'est vrai que l'école faisait déjà beaucoup pour aider ma petite fille, mais avec le programme les choses se sont encore plus améliorées non seulement pour l'enfant mais même pour moi. », « Bon ! Généralement les thèmes c'est quand on arrive à la réunion. Lorsqu'on nous a montré les techniques, chacun est parti faire à la maison, quand vous revenez chacun explique comment il a fait, il dit les problèmes qu'il a eu et si beaucoup de parents ont les mêmes problèmes on peut parler de ça en plus de ce qui a été prévu », « Nous sommes souvent nombreux lors des séances, le parent peut venir seul ou accompagné ça dépend », « Après avoir évalué les parents pour voir leur degré d'implication et leur problème on part en ateliers pour la pratique »
le parent Alain enseignant Cédric	« Avant de commencer le programme les spécialistes et les personnes qui encadrent le programme se sont d'abord entretenus avec chaque parent individuellement pour essayer de déterminer les attentes de chacun d'entre eux, de voir leurs besoins propres afin d'adapter le programme pour qu'il puisse apporter des réponses appropriées. », « Après chaque séance on nous propose des exercices pratiques que nous devons aller appliquer à la maison, à la séance suivante les formateurs nous interrogent sur le déroulement des jours écoulés, ce qui va lui permettre d'adapter et de réajuster le thème suivant en fonction des difficultés précédemment rencontrées »
le parent Fotso enseignant Pauline	« L'école des parents est bien parce que ça nous aide à comprendre et connaître les problèmes de nos enfants. Parfois quand tu es à la maison tu penses que ton cas est unique mais quand tu pars dans un endroit comme l'école où on gère les enfants malades tu comprends que tu n'es pas seule dans ton cas, et que parfois même certains sont pires que toi. » « Tu sais on ne peut pas travailler sans interaction, le parent c'est le premier enseignant de l'élève. », « Le parent est celui qui facilite l'application des comportements dans les environs externes »
le parent Céline enseignant Juliette	« L'école des parents là si tu ne viens pas tu ne vas rien entendre sur ton enfant, ça nous aide vraiment, quand il y a la réunion tous les parents sont là, on t'explique les problèmes de ton enfant sans savoir que c'est ton enfant »,

	<p>« Le programme nous montre les techniques pour aider nos enfants. Par exemple pour l'hygiène on veut rendre nos enfants autonomes. »</p> <p>« L'école des parents c'est ce qu'on fait c'est qu'on leur apprend des stratégies pour qu'ils s'occupent des enfants »,</p> <p>« Donc pendant l'école des parents, première des choses c'est que le parent doit accepter le handicap de son enfant. »</p>
le parent Bernadette enseignant Elvis	<p>« La chose qui m'a le plus marquée pendant les programmes c'est le partage d'expérience, quand tu rencontres les autres parents vous essayez d'échanger sur comment chacun s'occupe de son enfant, tu comprends un peu les difficultés des autres parents. »,</p> <p>« En partageant mon expérience je leur ai expliqué comment j'ai réussi à autonomiser ma fille en ce qui concerne l'hygiène. », « Le programme nous a appris de nombreuses stratégies, pour améliorer certains comportements »</p> <p>« Les parents sont d'une grande aide, surtout ceux qui suivent le programme. Ça aide énormément, non seulement les enfants mais aussi les parents et les enseignants. »</p>
le parent Jean enseignant Ruth	<p>« L'école des parents est importante »,</p> <p>« J'ai acquis des compétences et des stratégies pratiques pour mon enfant à gérer les symptômes de son trouble et à l'aider à améliorer son comportement pour qu'il puisse réussir sur le plan scolaire et social »,</p> <p>« On commence par s'entraîner sur des éléments très simples, avant de généraliser les acquis à d'autres situations et de les pérenniser dans le temps »,</p> <p>« Travailler avec les autres parents nous permet d'avoir un soutien social, ces échanges nous sont d'un très grand apport »</p>

	<p>« Ce premier programme aide dans la relation triangulaire (parents-enseignants-enfants). La majorité des parents n'acceptent pas la situation de leur enfant, ça nous aide à sensibiliser les parents et les aider à prendre en charge leurs enfants. On leur donne des techniques et des méthodes pour aider les enfants à être plus sociables. »,</p> <p>« L'apprentissage sans l'aspect socioaffectif ne fonctionne pas, on apprend aux parents à être attentionnés et à l'écoute de leurs enfants, ça les aide à développer l'autonomisation chez leur enfant. »</p>
--	---

Ce premier tableau présente fidèlement les informations que nous avons relevées auprès de certains participants que sont les parents, et les enseignants au sujet de notre variable indépendante qui repose sur « les thérapies cognitivo-comportementales », qui sont appliquées par les parents sur leurs enfants dans divers milieux, à la maison et dans des lieux publics. Il montre comment les parents et enseignants en symbiose avec le programme d'entraînement aux habiletés parentales s'y prennent pour améliorer les conduites sociales chez ces enfants. A partir de ce tableau que les parents se focalisent beaucoup plus, si ce n'est uniquement, sur le programme d'entraînement aux habiletés parentales et les techniques qui leurs sont apprises. Mais encore, ce tableau nous montre à quel point le programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) est d'un apport indéniable en ce qui est de l'aide dans l'amélioration des conduites des enfants, mais également pour le bien être des parents. Le partage d'expérience leur permet de mieux comprendre les difficultés de leurs enfants, de mieux les aborder et de se sentir eux même utiles et capables de venir en aide à ces enf

5.2.2. Thème 2 : Analyse Appliquée du Comportement

	ABA (Analyse Appliquée du Comportement)
le parent Isaak enseignant Pascaline	<p>« On utilise énormément le conditionnement ici avec les punitions et les récompenses »,</p> <p>« Le triage des perles les aide beaucoup à se concentrer, les jeux comme le remplissage des bouteilles d'eau les met en compétition et leur permet d'interagir en équipe avec les autres et d'établir des liens »,</p> <p>« Le triage des perles les aide beaucoup à se concentrer, les jeux comme le remplissage des bouteilles d'eau les met en compétition et leur permet d'interagir en équipe avec les autres et d'établir des liens »,</p> <p>« En plus, le programme nous aide à développer des compétences et à apprendre des techniques pour aider nos enfants à améliorer leurs comportements. »,</p>
le parent Housseinatou enseignant Magellan	<p>« Pour que l'enfant apprenne un comportement on le segmente en petits apprentissages. »,</p> <p>« il faut être patient et ne pas attendre le résultat immédiatement. »</p>
le parent Christine enseignant Lionel	<p>« L'enseignement ne se passe pas seulement à l'école, mais aussi par les sorties extrascolaires, Ce qui nous permet de faire découvrir de nouveaux environnements à l'enfant et de voir comment il se comporte ailleurs qu'à l'école »,</p> <p>« Souvent les enfants TDAH sont très impulsifs et alors on va utiliser le conditionnement, c'est-à-dire qu'à chaque fois qu'il est violent envers un de ses camarades je vais le punir, par exemple en le mettant au coin ou en le privant de la petite récréation, mais le conditionnement n'est pas seulement négatif mais aussi positif. »</p>
le parent Alain enseignant Cédric	<p>« Pour l'enseignement en classe, il y a un programme annuel que nous utilisons, sauf que ce programme s'adresse aux enfants normaux, donc on devra adapter les enseignements en fonction des enfants et de leurs besoins »,</p>
le parent Fotso enseignant Pauline	<p>« Pour travailler sur l'attention des enfants, j'utilise le triage des objets (sutting object or grains) c'est à dire que je mets les graines de maïs ou de soja, puis je demande à l'enfant de trier et de ranger en fonction des graines. Comme ça je lui apprends en même temps à comprendre et respecter une consigne. »,</p>

	<p>« En classe et même partout le conditionnement est la base »,</p> <p>« Quand on nous montre les techniques pour gérer nos enfants, chaque parent vient à la prochaine séance expliquer comment il applique les techniques et aussi dire les problèmes qu'il a. »</p>
<p>le parent Céline</p> <p>enseignant Juliette</p>	<p>« Pour les enfants qui n'ont pas d'attention, première des choses on dessine leur main sur la table pour attirer leur attention. »,</p> <p>« Pour ceux qui sont turbulents, leur donne une tâche », « Pour qu'il se concentre c'est comme le jeu mais il apprend. »</p> <p>« Avec le jeu là quand on a fait une voyelle comme ça (dessinant la voyelle au tableau), je le mets au sol je dessine la voyelle O ou A quelque chose comme ça et je lui demande décrire avec les petits carreaux. »,</p> <p>« Il y a aussi l'enfilage des perles, quand on donne ça comme ça on lui donne avec le fil, ça le rend concentré. »,</p> <p>« On utilise aussi les pierres de couleurs à classer dans chaque chambre. C'est le jeu et il apprend aussi, on appelle ça les "primary color" donc les couleurs que tu peux mélanger à une autre ça forme une nouvelle couleur. »</p> <p>« Quand on fait quelque chose à la maison on doit faire avec elle »,</p>
<p>le parent Bernadette</p> <p>enseignant Elvis</p>	<p>« Dans l'analyse appliquée du Comportement je me sers beaucoup du conditionnement »,</p> <p>« J'ai mis sur pied un jeu où je faisais participer tous les enfants. Un enfant jouait le rôle de la maîtresse et moi et les autres on était les élèves. »,</p> <p>« Avec le temps et progressivement il a commencé à apprendre par imitation, et à chaque fois qu'il faisait un effort je lui permettais de jouer avec les jeux de construction à la fin de l'activité. »,</p> <p>« Les enseignements se font également hors de l'établissement grâce aux activités extra scolaires on apprend à l'enfant comment se comporter en public »,</p>

	<p>« Le conditionnement nous aide beaucoup, quand il fait une bonne action on le félicite, et quand il se comporte mal on le puni ou on le blâme. »</p> <p>« Je me lavais avec elle et je lui montrais sur moi ce qu'elle devait faire et comment elle devait le faire. Il n'y a pas de tabou »,</p> <p>« Donc quand tu fais une chose tu dois la faire participer activement et même de façon répétitive parce que les enfants à besoins spécifiques ont besoin qu'on leur répète plusieurs fois les mêmes choses pour qu'ils comprennent. »,</p> <p>« Pendant le programme on nous a montré comment canaliser sont hyperactivité et son impulsivité. On doit tracer deux cercles sur la table, lui demander de mettre ses mains dans les cercles pendant un moment même 30mn, bien-sûr en la surveillant, parce que ce n'est pas chose facile, il faut parfois l'y obliger. Puis tu lui demande de mettre ses mains sur les cuisses un moment et puis elle les remet dans les cercles. »</p>
<p>le parent Jean enseignant Ruth</p>	<p>« La salle n'est pas suffisamment grande pour accommoder les enfants. Mais l'espace est bien réparti, en fonction de leur QI et leur capacité de mémorisation ils arrivent à apprendre chacun à sa vitesse. »,</p> <p>« Il faut savoir être impartial le renforcement doit suivre l'action immédiatement sinon l'enfant ne saura pas pourquoi on le félicite ou on le puni si on met longtemps à le faire. Avec le renforcement là les enfants comprennent bien les limites. »,</p> <p>« Les enfants apprennent bien les comportements en imitant et en voyant faire les autres. »</p> <p>« On nous apprend à utiliser des renforçateurs, on commence par des récompenses artificielles qu'on accompagne d'encouragements »,</p> <p>« Avec les méthodes d'apprentissage éducatives on apprend aux enfants des gestes simples »</p>

Ce second tableau présente fidèlement les informations que nous avons relevées auprès de certains de nos participants, au sujet de notre variable indépendante qui repose sur « les thérapies cognitivo-comportementales ». Il nous révèle que les enseignants et certains

parents mettent un point d'honneur à ce que toutes les techniques possibles soient utilisées pour permettre aux enfants d'améliorer leurs conduites. Ils ne se limitent pas à utiliser les techniques qui leurs sont propres, mais s'intéressent également triangulaire (parents-enfants-enseignants) pour une meilleure prise en charge.

5.2.3. Thème 3 : Traitement et éducation des enfants autistes ou ayant des troubles de la communication

TEACCH (Traitement et éducation des enfants autistes ou ayant des troubles de la communication)	
le parent Isaak enseignant Pascaline	<p>« Quand on parle de l'aménagement du cadre, en effet on ne peut pas permettre aux enfants de s'asseoir n'importe où quand ils arrivent en salle. C'est à nous enseignants d'organiser la salle en fonction de nos multiples déplacements et des activités que nous allons mener. »,</p> <p>« Le jour où les leçons sont uniquement produites sur le tableau, on va organiser la salle de telle sorte que leur champ visuel soit dirigé vers le tableau »,</p> <p>« Le temps qu'on met pour chaque leçon est bien défini »</p>
le parent Housseinatou enseignant Magellan	<p>« Pendant ces séances on nous apprend comment organiser le temps et l'espace par les différentes activités »</p> <p>« Généralement le teacch c'est en classe, dans notre déroulé il y a la partie éveil, donc on met l'enfant en confiance »,</p> <p>« Bien que l'espace soit restreint, on a souvent certaines façons d'aménager notre classe. En fonction des activités on peut mettre les bancs soit en (V), en arc de cercle ou bien en (U) pour avoir une vue d'ensemble. »,</p> <p>« Honnêtement il y a un timing à chaque activité mais on ne le respecte pas. »,</p> <p>« Le timing dépend aussi de la capacité de l'enseignant de donner l'essentiel, parfois une activité peut être laissée de côté ou changée en fonction soit de l'humeur soit de la capacité d'acquisition »,</p>
le parent Christine enseignant Lionel	<p>« Par exemple le Teacch quand tu parles de l'aménagement de l'espace, effectivement ici dans ma salle chaque espace a une fonction précise, »,</p> <p>« On lui demande de mettre son sac à un lieu précis, c'est le coin sac, sa place assise doit être la même, la poubelle est toujours placée au même endroit. Quand on se comporte comme ça, l'enfant va intégrer certaines routines et même avec le temps il va apprendre de nouveaux comportements »</p>

<p>le parent Alain enseignant Cédric</p>	<p>« On commence par organiser l'espace, c'est à dire qu'on clarifie chaque environnement (le coin sac, le coin poubelle, le bureau de la maitresse), cette clarification peut souvent être accompagnée d'images pour un meilleur repérage par les enfants. » »,</p> <p>« Le temps de chaque activité est également bien défini mais il peut changer en fonction des besoins de chaque enfant.»,</p> <p>«. Nous avons également des activités extrascolaires qui ne sont pas de simples balades, mais c'est un moyen pour nous d'éduquer les enfants, de leur apprendre à se comporter en public »</p>
<p>le parent Fotso enseignant Pauline</p>	<p>« Le teacch nous aide énormément, surtout dans le management de la salle »,</p> <p>« On fait en sorte d'avoir un contact visuel permanent sur les enfants qui ont un TDAH, donc on les met aux premiers bancs. » »,</p>
<p>le parent Céline enseignant Juliette</p>	<p>« La disposition de la salle c'est important, ceux qui sont hyperactifs là je les mets près de moi. Ils connaissent déjà l'emplacement des choses. La poubelle, la table des sacs, quand chacun vient il connait que c'est là-bas que je dois mettre mon sac. Ils ne mettent pas les choses au hasard. »</p>
<p>le parent Bernadette enseignant Elvis</p>	<p>« Pour le faire asseoir et éviter qu'il ne frappe ses autres camarades je l'ai mis à côté de moi, comme ça je pouvais avoir une vue directe sur lui et le contrôler »,</p> <p>« Le temps et l'espace dédiés à chaque activité sont très importants. On aménage l'espace en fonction des activités, par exemple quand on fait une activité culturelle (la danse), on ne peut pas le faire avec les tables bancs qui prennent toute la salle, on va donc disposer les bancs le long des murs pour laisser de l'espace au centre afin de mener notre activité. »,</p> <p>« On tiendra également compte du temps, parce qu'il y a certaines activités qui lorsqu'elles mettent long l'attention de l'enfant diminue. »,</p> <p>« Sur le fait d'individualiser les apprentissages, c'est vrai que tous les enfants ne vont pas apprendre de la même façon et on ne va pas utiliser les mêmes techniques chez tous. Donc on doit d'abord comprendre les besoins de chacun et on observe les comportements à améliorer »</p>
<p>le parent Jean enseignant Ruth</p>	<p>« Dans la salle il y a le coin sac, si je change l'emplacement d'un élément ça les déstabilise. Les plus turbulents restent devant moi. Pour le temps d'apprentissage ils ne restent pas concentrés longtemps, après 15mn ils sont déjà distraits, il faut changer d'activité si non ils ne seront plus intéressés »</p>

5.2.4. Thème 4 : Analyse de la VD « conduites sociales »

	Amélioration des interactions avec l'altérité	Participation aux activités sociales
le parent Isaak, enseignant Pascaline	<p>« Aujourd'hui mon enfant je peux dire s'est amélioré, son comportement est plus acceptable, il peut déjà aller dans n'importe quel environnement et interagir positivement avec les gens qui s'y trouvent »</p> <p>« ça marche parce qu'aujourd'hui ils interagissent bien mieux avec les autres camarades.»,</p> <p>« Mais au fur et à mesure qu'on mettait en application ces techniques, ils ont amélioré leur comportement »</p>	<p>« Que ce soit à l'école où à la maison c'est beaucoup mieux. »</p> <p>« Ces techniques leurs permettent d'interagir en équipe avec les autres et d'établir des liens »</p>
Le parent Housseinatou enseignant Magellan	<p>« Je ne peux qu'encourager ce programme parce que grâce à lui mon enfant est plus docile »,</p> <p>« Nos relations sont plus amicales, », « les consignes il les comprend et les effectue déjà mieux qu'avant. »</p>	<p>« Avec ses camarades tout va mieux, même quand on est en public il est moins agité, son comportement a vraiment changé, »</p> <p>« Sa sociabilité avait quelques problèmes, mais aujourd'hui elle aide tous les autres »,</p> <p>« J'ai appelé sa mère pour lui dire qu'elle a des compétences sociales énormes »</p>
le parent Christine enseignant Lionel	<p>« Elle respecte déjà les consignes et fait même déjà des travaux ménagers »</p> <p>« Il devient moins agité, moins impulsif et prête plus attention aux autres. »</p>	<p>« Dans l'ensemble le programme m'a aidé à améliorer le comportement de ma petite fille, on est très complice, même avec ses frères et camarades tout va mieux »</p> <p>« Cela nous permet aussi de constater que le travail que nous menons porte ses fruits, le comportement de l'enfant sur le plan social s'améliore considérablement, il joue déjà avec ses autres camarades, participe aux activités de groupe »</p>

<p>le parent Alain enseignant Cédric</p>	<p>« Mais depuis que j'ai intégré le programme, nous sortons déjà sans souci, il coopère déjà bien avec les autres et participe aux activités. Je suis satisfait. »</p> <p>« Grâce à la routine des activités que nous mettons sur pied, le comportement des enfants déficients s'améliore nettement, que ce soit sur le plan familial ou amical, les parents sont plus joviaux, ils sont complices avec leurs enfants »</p>	<p>« Il cause moins de problèmes maintenant, nos relations se sont améliorées, que ce soit avec moi, ses frères et sœurs ou ses amis. »</p> <p>« Les relations avec les autres deviennent plus paisibles. »</p> <p>« Les comportements à problèmes diminuent »</p>
<p>le parent Fotso enseignant Pauline</p>	<p>« L'interaction avec les autres camarades et les étrangers est plus fluide ils sont moins violents, plus accessibles »</p>	<p>« Elle est devenue plus calme et peut déjà rester parmi les gens sans déranger »</p> <p>« Mais maintenant grâce aux techniques que nous utilisons, il est capable de s'asseoir c'est un grand progrès »</p>
<p>le parent Céline enseignant Juliette</p>	<p>« Maintenant elle lave les assiettes, elle connaît où se trouve le panier des assiettes, le panier des plats. »</p>	<p>« Maintenant grâce à l'école des parents et aux enseignants elle est plus calme ».</p> <p>Quand ils venaient d'arriver ils ne jouaient pas ensemble. Mais avec le temps maintenant ils jouent ensemble »,</p> <p>« Maintenant il joue avec ses camarades, »</p>
<p>le parent Bernadette enseignant Elvis</p>	<p>« À l'église elle est capable déjà de finir la messe sans déranger assise tranquillement. »,</p> <p>« Godwin respecte déjà les consignes », «, il est moins violent et un peu plus concentré »</p>	<p>« Elle est devenue sociable et même très embêtante surtout avec ses frères et sœurs. »</p> <p>« Même sur le plan familial les parents nous font comprendre qu'il s'améliore, il est capable de</p>

	« Avec le temps et progressivement il a commencé à apprendre par imitation »	reconnaitre les objets, de les identifier sans se tromper »
le parent Jean enseignant Ruth	« Mon fils comprend mieux les autres », « Il est moins agressif » « Avec les parents les relations sont plus amicales surtout qu'eux même sont les premiers éducateurs de ces enfants »	« Il est plus sociable et participe déjà aux activités de groupe » . « Aujourd'hui grâce à l'application de ces différentes techniques il interagit plus gentiment avec les autres, », « Il participe aux activités de groupe sans mettre les autres mal à l'aise. »

Ce tableau présente fidèlement les informations que nous avons relevées auprès des participants que sont les enseignants d'enfants TDAH, au sujet de notre variable dépendante qui repose sur « les conduites sociales ». Il nous présente les données en lien avec la subjectivité et l'altérité chez un enfant TDAH d'âge scolaire, la nature des aptitudes physiques, mentales et du contact avec l'autre. L'altérité peut être comprise comme étant le caractère de ce qui est autre, ou encore, la représentation de soi par rapport à l'autre. La mise en place d'une atmosphère fusionnelle dans la relation parent-enfant au travers du PEHP. Ces résultats révèlent des effets significatifs chez les parents avec une diminution du stress parental et une augmentation du sentiment de compétence parentale et chez les enfants avec une diminution des comportements agressifs

CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSION

Il sera question pour nous dans ce chapitre d'interpréter les données théoriques avec les résultats que nous avons obtenus lors de notre recherche. Pour y parvenir, nous allons procéder par l'interprétation selon nos hypothèses de recherche préalablement élaborées.

6.1. INTERPRETATION PAR L'HYPOTHESE DE RECHERCHE 1.

Notre hypothèse de recherche est la suivante :

HR1 : le programme d'entraînement aux habiletés parentales améliore les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire.

Vivre tous les jours avec un enfant faisant preuve d'opposition est une épreuve pour les parents. Quand la situation est quotidienne, elle cause du stress, de la fatigue et de l'anticipation négative. De ce fait, les parents peuvent être déboussolés face à ces situations problèmes soit en réagissant de façon excessive soit en évitant le conflit.

Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) ont pour but de rendre aux familles le sentiment de compétence parentale grâce à une meilleure connaissance des réactions de leur enfant et l'adoption de stratégies éducatives simples, ce qui contribuera à diminuer le niveau de stress parental et influencera favorablement l'ensemble du système familial en y apportant plus de sérénité et de satisfaction dans la relation avec l'enfant. Ils permettent de supprimer les manifestations déjà présentes d'un trouble du comportement et d'en prévenir l'intensification.

Selon ce qu'en disent les parents, et même certains des enseignants que nous avons interrogés ce programme a joué son rôle comme peuvent l'attester ces propos :

- le parent Isaak : « Le programme pour les parents d'enfants qui ont un problème m'aide énormément... C'est vrai que le programme tourne autour des enfants mais il est aussi important pour les parents eux-mêmes. », « Avant de participer à ce programme je n'avais aucune réelle connaissance du problème de mon enfant. Grâce au programme j'ai eu assez d'informations pour saisir ses problèmes et ses réels besoins. », « En plus, le programme nous aide à développer des compétences et à apprendre des techniques pour aider nos enfants à améliorer leurs comportements. »,
- le parent Housseinatou : « Pendant ces séances on nous apprend comment donner des consignes à nos enfants, comment les motiver », « Avant d'entamer le programme j'étais

désespérée, je n'arrivais pas à maîtriser mon enfant, même en le menaçant avec le fouet j'avais des difficultés à le canaliser, je ne savais plus comment m'y prendre »,

- le parent Christine : « Mon fils, l'école des parents m'a beaucoup aidé et m'aide encore aujourd'hui, ... avec le programme les choses se sont encore plus améliorées non seulement pour l'enfant mais même pour moi. »,
- le parent Fotso : « L'école des parents est bien parce que ça nous aide à comprendre et connaître les problèmes de nos enfants. »
- le parent Céline : « Le programme nous montre les techniques pour aider nos enfants. »
- le parent Bernadette : « La chose qui m'a le plus marquée pendant les programmes c'est le partage d'expérience, quand tu rencontres les autres parents vous essayez d'échanger sur comment chacun s'occupe de son enfant, tu comprends un peu les difficultés des autres parents. »,
- le parent Bernadette : « En partageant mon expérience je leur ai expliqué comment j'ai réussi à autonomiser ma fille en ce qui concerne l'hygiène. »,
- le parent Jean : « j'ai acquis des compétences et des stratégies pratiques pour mon enfant à gérer les symptômes de son trouble et à l'aider à améliorer son comportement pour qu'il puisse réussir sur le plan scolaire et social »,
- enseignant Magellan : « Le programme est comme un système de relais avec les parents, on essaye de les aider à acquérir des notions, à leur donner des astuces pour leur permettre de gérer leur enfant ».
- enseignant Elvis : « Les parents sont d'une grande aide, surtout ceux qui suivent le programme. Ça aide énormément, non seulement les enfants mais aussi les parents et les enseignants. »
- enseignant Ruth : « Ce premier programme aide dans la relation triangulaire (parents-enseignants-enfants). La majorité des parents n'acceptent pas la situation de leur enfant, ça nous aide à sensibiliser les parents et les aider à prendre en charge leurs enfants. On leur donne des techniques et des méthodes pour aider les enfants à être plus sociables. »

Nous constatons qu'il y a une cohérence entre les résultats que nous avons obtenus sur l'hypothèse concernant le programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) et les données théoriques concernant les TCC et les conduites sociales. De plus, s'agissant de l'amélioration des conduites sociales, ces résultats montrent que le programme d'entraînement aux

habiletés parentales a permis aux parents de mieux interagir avec leur(s) enfant(s), mais a également permis à ces enfants d'améliorer considérablement leurs conduites tant sur le plan des interactions avec l'altérité que sur celui de la participation aux activités sociales. Ces éléments de réponse peuvent nous permettre de renchérir nos propos.

- le parent Isaak : « Aujourd'hui mon enfant je peux dire s'est amélioré, son comportement est plus acceptable, il peut déjà aller dans n'importe quel environnement et interagir positivement avec les gens qui s'y trouvent », « Que ce soit à l'école où à la maison c'est beaucoup mieux. »
- le parent Housseinatou : « Je ne peux qu'encourager ce programme parce que grâce à lui mon enfant est plus docile », « Nos relations sont plus amicales, », « les consignes il les comprend et les effectue déjà mieux qu'avant. », « Avec ses camarades tout va mieux, même quand on est en public il est moins agité, son comportement a vraiment changé, »
- le parent Alain : « mais depuis que j'ai intégré le programme, nous sortons déjà sans souci, il coopère déjà bien avec les autres et participe aux activités. Je suis satisfait. », « Il cause moins de problèmes maintenant, nos relations se sont améliorées, que ce soit avec moi, ses frères et sœurs ou ses amis.»
- le parent Christine : « elle respecte déjà les consignes et fait même déjà des travaux ménagers » « Dans l'ensemble le programme m'a aidé à améliorer le comportement de ma petite fille, on est très complice, même avec ses frères et camarades tout va mieux ».

Compte tenu de ce qui précède, nous pouvons dire que le programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) améliore les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire, par conséquent HR1 est vérifiée.

6.2. INTERPRETATION PAR L'HYPOTHESE DE RECHERCHE 2.

Notre seconde hypothèse est la suivante :

HR2 : l'ABA (Analyse appliquée du comportement) améliore les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire.

Le but de l'ABA est d'enseigner de nouveaux comportements utiles pour la vie quotidienne, de diminuer les comportements problèmes et améliorer ceux qui sont socialement significatifs en se servant des principes du conditionnement opérant dont le principe est de modifier un comportement en fonction des conséquences données à celui-ci à travers les techniques de renforcement. Mais encore, son application permet d'apprendre des compétences dans les

domaines de la communication, de l'attention, de l'intégration sociale, des jeux, des capacités motrices, de l'imitation ou de l'autonomie. Elle permet également d'éliminer les comportements problématiques qui existent. L'analyse appliquée du comportement est opérante dans l'autisme et également adaptée pour le TDAH.

Au cours de notre recherche, nous avons constaté que le programme ABA est fait sur mesure. En effet, il est établi en tenant compte des compétences, des besoins, des préférences, de l'âge, de l'environnement et de la situation familiale de chaque enfant. C'est le programme qui s'adapte à l'enfant.

Nous pouvons retenir ces propos avec les éléments que nous avons recueillis auprès de certains des participants :

- le parent Céline : « Quand on fait quelque chose à la maison on doit faire avec elle »,
 - le parent Bernadette : « Je me lavais avec elle et je lui montrais sur moi ce qu'elle devait faire et comment elle devait le faire. Il n'y a pas de tabou », « Donc quand tu fais une chose tu dois la faire participer activement et même de façon répétitive parce que les enfants à besoins spécifiques ont besoin qu'on leur répète plusieurs fois les mêmes choses pour qu'ils comprennent. », « Pendant le programme on nous a montré comment canaliser son hyperactivité et son impulsivité. On doit tracer deux cercles sur la table, lui demander de mettre ses mains dans les cercles pendant un moment même 30mn, bien-sûr en la surveillant, parce que ce n'est pas chose facile, il faut parfois l'y obliger. Puis tu lui demande de mettre ses mains sur les cuisses un moment et puis elle les remet dans les cercles. »
 - le parent Jean : « On nous apprend à utiliser des renforçateurs, on commence par des récompenses artificielles qu'on accompagne d'encouragements », « Avec les méthodes d'apprentissage éducatives on apprend aux enfants des gestes simples ».
- enseignante Pascaline : « On utilise énormément le conditionnement ici avec les punitions et les récompenses », « Le triage des perles les aide beaucoup à se concentrer, les jeux comme le remplissage des bouteilles d'eau les met en compétition et leur permet d'interagir en équipe avec les autres et d'établir des liens », « Le triage des perles les aide beaucoup à se concentrer, les jeux comme le remplissage des bouteilles d'eau les met en compétition et leur permet d'interagir en équipe avec les autres et d'établir des liens »,

- enseignant Magellan : « Pour que l'enfant apprenne un comportement on le segmente en petits apprentissages. », « Il faut être patient et ne pas attendre le résultat immédiatement. »
- enseignant Lionel : « L'enseignement ne se passe pas seulement à l'école, mais aussi par les sorties extrascolaires, Ce qui nous permet de faire découvrir de nouveaux environnements à l'enfant et de voir comment il se comporte ailleurs qu'à l'école», « Souvent les enfants TDAH sont très impulsifs et alors on va utiliser le conditionnement, c'est-à-dire qu'à chaque fois qu'il est violent envers un de ses camarades je vais le punir, par exemple en le mettant au coin ou en le privant de la petite récréation, mais le conditionnement n'est pas seulement négatif mais aussi positif. »
- enseignant Cédric : « Pour l'enseignement en classe, il y a un programme annuel que nous utilisons, sauf que ce programme s'adresse aux enfants normaux, donc on devra adapter les enseignements en fonction des enfants et de leurs besoins »,
- enseignant Pauline : « Pour travailler sur l'attention des enfants, j'utilise le triage des objets (sutting object or grains) c'est à dire que je mets les graines de maïs ou de soja, puis je demande à l'enfant de trier et de ranger en fonction des graines. Comme ça je lui apprend en même temps à comprendre et respecter une consigne. », « En classe et même partout le conditionnement est la base »
- enseignant Juliette : « Pour les enfants qui n'ont pas d'attention, première des choses on dessine leur main sur la table pour attirer leur attention. », « Pour ceux qui sont turbulents, leur donne une tâche », « Pour qu'il se concentre c'est comme le jeu mais il apprend. »
- enseignant Elvis : « Dans l'analyse appliquée du Comportement je me sers beaucoup du conditionnement », « J'ai mis sur pied un jeu où je faisais participer tous les enfants. Un enfant jouait le rôle de la maîtresse et moi et les autres on était les élèves.», « Avec le temps et progressivement il a commencé à apprendre par imitation, et à chaque fois qu'il faisait un effort je lui permettais de jouer avec les jeux de construction à la fin de l'activité.», « Les enseignements se font également hors de l'établissement grâce aux activités extra scolaires on apprend à l'enfant comment se comporter en public », «Le conditionnement nous aide beaucoup, quand il fait une bonne action on le félicite, et quand il se comporte mal on le punit ou on le blâme.».

Nous constatons qu'il y a une cohérence entre les résultats que nous avons obtenus sur l'hypothèse concernant l'ABA (Analyse appliquée du comportement) et les données théoriques

concernant les TCC et les conduites sociales. En ce qui concerne l'amélioration des conduites sociales, ces résultats montrent que l'ABA (Analyse appliquée du comportement) grâce à sa capacité à mettre sur pied des stratégies efficaces et des techniques prenant en compte les particularités de chaque enfant permis aux parents et aux enseignants de mieux interagir avec les enfants, a donné au enseignants d'avoir la sensation du travail bien accompli, elle a également permis à ces enfants d'améliorer considérablement leurs conduites tant sur le plan des interactions avec l'altérité que sur celui de la participation aux activités sociales. Ces éléments de réponse peuvent nous permettre de renchérir nos propos.

- enseignant Cédric « Grâce à la routine des activités que nous mettons sur pied, le comportement des enfants déficients s'améliore nettement, que ce soit sur le plan familial ou amical, les parents sont plus joviaux, ils sont complices avec leurs enfants » « les relations avec les autres deviennent plus paisibles. », « Les comportements à problèmes diminuent »
- enseignant Pauline : L'interaction avec les autres camarades et les étrangers est plus fluide ils sont moins violents, plus accessibles » « Mais maintenant grâce aux techniques que nous utilisons, il est capable de s'asseoir c'est un grand progrès »
- enseignant Pascaline : « ça marche parce qu'aujourd'hui ils interagissent bien mieux avec les autres camarades. », « Mais au fur et à mesure qu'on mettait en application ces techniques, ils ont amélioré leur comportement » « Ces techniques leurs permettent d'interagir en équipe avec les autres et d'établir des liens »
- enseignant Lionel : « il devient moins agité, moins impulsif et prête plus attention aux autres. », « Cela nous permet aussi de constater que le travail que nous menons porte ses fruits, le comportement de l'enfant sur le plan social s'améliore considérablement, il joue déjà avec ses autres camarades, participe aux activités de groupe ».

Compte tenu de ce qui précède, nous pouvons dire que l'analyse appliquée du comportement (ABA) améliore les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire, par conséquent HR2 est vérifiée.

6.3. INTERPRETATION PAR L'HYPOTHESE DE RECHERCHE 3.

HR3 : le TEACCH améliore les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire.

Le TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped), que l'on peut traduire en français par (Traitement et éducation des enfants autistes ou

ayant des troubles de la communication), a pour but de développer l'autonomie de l'enfant dans sa vie quotidienne et sociale ; que ce soit à la maison, à l'école ou dans n'importe quel lieu public. Il a également pour but de développer les compétences de l'enfant de sorte à lui permettre d'adapter son comportement en fonction des situations auxquelles il fait face, de lui donner des moyens de communication qui lui permettront de mieux interagir avec son environnement et de se faire comprendre plus aisément. Avec des repères temporel et visuel, l'espace est aménagé pour aider les enfants à développer la confiance en eux et l'autonomie, en créant autour d'eux un environnement structuré, cadré et adapté à leurs besoins.

Les résultats que nous avons obtenus lors de nos entretiens avec les enseignants du CNRPH montrent l'importance du TEACCH dans l'amélioration des conduites chez les enfants TDAH par la mise en place d'un cadre propice comme peuvent l'attester les propos de nos participants.

- Enseignant Pascaline : « Quand on parle de l'aménagement du cadre, en effet on ne peut pas permettre aux enfants de s'asseoir n'importe où quand ils arrivent en salle. C'est à nous enseignants d'organiser la salle en fonction de nos multiples déplacements et des activités que nous allons mener. », « Le jour où les leçons sont uniquement produites sur le tableau, on va organiser la salle de telle sorte que leur champ visuel soit dirigé vers le tableau », « Le temps qu'on met pour chaque leçon est bien défini »
- Enseignant Magellan : « Généralement le TEACCH c'est en classe, dans notre déroulé il y a la partie éveil, donc on met l'enfant en confiance », « Bien que l'espace soit restreint, on a souvent certaines façons d'aménager notre classe. En fonction des activités on peut mettre les bancs soit en (V), en arc de cercle ou bien en (U) pour avoir une vue d'ensemble. », « Le timing dépend aussi de la capacité de l'enseignant de donner l'essentiel, parfois une activité peut être laissée de côté ou changée en fonction soit de l'humeur soit de la capacité d'acquisition »
- Enseignant Lionel : « on lui demande de mettre son sac à un lieu précis, c'est le coin sac, sa place assise doit être la même, la poubelle est toujours placée au même endroit. Quand on se comporte comme ça, l'enfant va intégrer certaines routines et même avec le temps il va apprendre de nouveaux comportements »
- Enseignant Cédric : « On commence par organiser l'espace, c'est à dire qu'on clarifie chaque environnement (le coin sac, le coin poubelle, le bureau de la maîtresse), cette clarification peut souvent être accompagnée d'images pour un meilleur repérage par les enfants. », « Le

temps de chaque activité est également bien défini mais il peut changer en fonction des besoins de chaque enfant. »

- Enseignant Pauline : « Le TEACCH nous aide énormément, surtout dans le management de la salle », « On fait en sorte d'avoir un contact visuel permanent sur les enfants qui ont un TDAH, donc on les met aux premiers bancs. »
- Enseignant Juliette : « La disposition de la salle c'est important, ceux qui sont hyperactifs là je les mets près de moi. Ils connaissent déjà l'emplacement des choses. La poubelle, la table des sacs, quand chacun vient il connaît que c'est là-bas que je dois mettre mon sac. Ils ne mettent pas les choses au hasard. »
- Enseignant Elvis : « pour le faire asseoir et éviter qu'il ne frappe ses autres camarades je l'ai mis à côté de moi, comme ça je pouvais avoir une vue directe sur lui et le contrôler », « Le temps et l'espace dédiés à chaque activité sont très importants. On aménage l'espace en fonction des activités, par exemple quand on fait une activité culturelle (la danse), on ne peut pas le faire avec les tables bancs qui prennent toute la salle, on va donc disposer les bancs le long des murs pour laisser de l'espace au centre afin de mener notre activité.», «On tiendra également compte du temps, parce qu'il y a certaines activités qui lorsqu'elles mettent long l'attention de l'enfant diminue.», « Sur le fait d'individualiser les apprentissages, c'est vrai que tous les enfants ne vont pas apprendre de la même façon et on ne va pas utiliser les mêmes techniques chez tous. Donc on doit d'abord comprendre les besoins de chacun et on observe les comportements à améliorer ».
- Enseignant Ruth : « Dans la salle il y a le coin sac, si je change l'emplacement d'un élément ça les déstabilise. Les plus turbulents restent devant moi. Pour le temps d'apprentissage ils ne restent pas concentrés longtemps, après 15mn ils sont déjà distraits, il faut changer d'activité si non ils ne seront plus intéressés »

Considérant ce qui a été précédemment dit, il est à noter que le TEACCH (Traitement et éducation des enfants autistes ou ayant des troubles de la communication) est représenté au même titre que le programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) et l'analyse appliquée du comportement (ABA), des moyens efficaces dans l'amélioration des conduites chez les enfants par la mise sur pied des stratégies adaptées, ciblées et individualisées. Ce qui a contribué à l'amélioration des conduites des enfants TDAH sur le plan des interactions avec l'altérité et celui de la participation aux activités sociales. Nous pouvons illustrer cela au travers de ces propos

- Enseignant Elvis : « Godwin respecte déjà les consignes », «, il est moins violent et un peu plus concentré », « Avec le temps et progressivement il a commencé à apprendre par imitation », « Même sur le plan familial les parents nous font comprendre qu'il s'améliore, il est capable de reconnaître les objets, de les identifier sans se tromper »
- Enseignant Magellan : «. Sa sociabilité avait quelques problèmes, mais aujourd'hui elle aide tous les autres », « J'ai appelé sa mère pour lui dire qu'elle a des compétences sociales énormes »

Compte tenu de ce qui précède, nous pouvons dire que le TEACCH (Traitement et éducation des enfants autistes ou ayant des troubles de la communication) améliore les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire, par conséquent HR3 est vérifiée.

L'opérationnalisation de notre hypothèse générale (HG) qui est la suivante : « les thérapies cognitivo-comportementales améliorent les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire » , nous a permis de tirer nos hypothèses de recherche qui sont les suivantes :

HR1 : le programme d'entraînement aux habiletés parentales améliore les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire.

HR2 : l'ABA (Analyse appliquée du comportement) améliore les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire.

HR3 : le TEACCH (Traitement et éducation des enfants autistes ou ayant des troubles de la communication) améliore les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire.

À l'issue de notre travail nous avons vérifié que le programme d'entraînement aux habiletés parentales, l'ABA (Analyse du comportement appliqué) et le TEACCH (Traitement et éducation des enfants autistes ou ayant des troubles de la communication), améliorent les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire. En d'autres termes, chacune de nos hypothèses de recherche a été vérifiée. Au regard de ces conclusions auxquelles nous sommes parvenus, nous pouvons dire que notre hypothèse générale (Les TCC améliorent les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire) est confirmée.

6.5. DISCUSSION

6.5.1. Discussion par rapport à l'hypothèse de recherche 1

Notre hypothèse de recherche 1 est la suivante : le programme d'entraînement aux habiletés parentales améliore les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire. Nous allons orienter notre travail par rapport à ceux de Suzane Lavigueur (2012).

Dans son « guide de survie » pour les parents, Lavigueur (2012) explique que plusieurs pressions et stress, vécus autant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la famille sont susceptibles de contribuer au déséquilibre des familles dont l'enfant ou un des enfants a un TDAH. Ces sources de stress viennent teinter négativement la relation parent-enfant et même affecter le couple. La présence d'un enfant TDAH peut mener au développement d'une relation parent-enfant conflictuelle et affecter le fonctionnement familial et développer auprès des parents un sentiment de compétence parentale plus faible et un niveau de dépression plus élevé que les parents d'enfant sans TDAH. Les études montrent que les parents d'un enfant ayant TDAH comparativement à ceux dont l'enfant n'a pas de difficulté ont tendance à utiliser des pratiques éducatives plus coercitives et moins adaptées, donnent plus d'ordre, font davantage de reproches, sont moins à l'écoute des demandes d'attention positive et offrent moins de renforcements pour les bons comportements (Nadeau, Normandeau, Massé, & Lessard, 2012). L'utilisation de pratiques éducatives inefficaces et coercitives dans la gestion des comportements de l'enfant peut ensuite contribuer à maintenir ou à amplifier les comportements problématiques de l'enfant (Johnston & Jassy, 2007).

Si l'on se réfère à ces travaux de Lavigueur (2012), nous pouvons dire que les problèmes de méconnaissance du handicap mental et particulièrement du TDAH par les parents et l'entourage de ceux-ci est un véritable frein. A ce propos, nous avons constaté dans notre travail que ce manque de connaissance du trouble est un énorme problème dans la prise en charge des enfants ayant un handicap mental. De plus, la probabilité que ces enfants aient une mauvaise prise en charge est davantage plus accentuée s'il n'y a qu'un seul parent qui se colle à la tâche. Il en était ainsi pour plusieurs enfants de notre étude. La méconnaissance du handicap mental représente de ce fait l'un des freins majeurs que rencontrent les familles des enfants en situation de handicap. Venir à bout de ce problème représente l'un des défis des TCC en ce qui concerne l'amélioration des conduites sociales des enfants TDAH à travers le programme d'entraînement aux habiletés parentales.

Pour résorber ce problème, Lavigueur (2012), propose qu'avant toute chose, les parents doivent reconnaître le diagnostic et bien comprendre la nature du TDAH, préserver la qualité de la

relation avec l'enfant en communiquant sa fierté à son enfant, en étant à l'écoute et en partageant avec lui le plaisir d'être ensemble. Bref à développer des habiletés pour pouvoir amorcer un retour à l'équilibre familial.

6.5.2. Discussion par rapport à l'hypothèse de recherche 2

Notre hypothèse de recherche 2 est la suivante : l'ABA (Analyse appliquée du comportement) améliore les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire. Nous allons orienter notre travail par rapport à ceux de Dominique Momiron (2022).

Selon Momiron (2022), le plus grand frein à l'inclusion scolaire, celui qui perturbe vraiment les enseignants dans les classes c'est l'écart entre les acquis de l'élève à besoin éducatifs particuliers et les objectifs d'enseignement proposés dans la classe où il est inscrit. Quand cet écart est très important, le principe d'universalité de la capacité d'apprendre et de progresser comme celui de la scolarisation inclusive de tous les enfants sans aucune distinction sont sérieusement ébranlés aux yeux des professeurs. La formation professionnelle initiale des enseignants est fortement imprégnée de principes qui ne favorisent pas l'inclusion. Dès lors l'introduction des idéaux de la démocratisation scolaire de la coopération et de l'éducation inclusive sans avoir préalablement discuté et accommodé la forme scolaire usuelle ne peut que confronter les enseignants à des situations d'injonction paradoxale, et même à une forme de doute moral. Le milieu scolaire a ses propres normes et évaluation des compétences dans lesquelles les enseignants ciblent beaucoup pour enseigner à leurs élèves.

Durant notre étude, nous avons pu nous rendre compte de ce manque d'inclusion. Les enseignants sont confrontés à un problème, composer entre le programme annuel officiel qui ne prend pas en compte les enfants à besoins spécifiques et en y intégrant les besoins des enfants spécifiques des enfants en situation de handicap. Pour ceux des enseignants qui ont des notions dans l'ABA, nous avons montré comment cette technique a pu intégrer les besoins des enfants à besoins spécifiques dans l'enseignement à travers les principes du conditionnement. Cependant, l'inclusion éducative des enfants à besoins spécifique reste un défi important dans nos établissements.

Momiron (2022) propose de former des enseignants spécialisés sur les besoins éducatifs particulier, et de les déployer sur le terrain. Pour ce qui concerne toutes les catégories professionnelles, dont évidemment les enseignants, il est fondamental que la formation professionnelle initiale et continue soit imprégnée du principe de l'éducation inclusive. Cela est

nécessaire à tous les niveaux et pour toutes les disciplines ou matières d'enseignement, faire connaître les principes de la conception universelle de l'apprentissage-enseignement à tous les enseignants.

Pour que l'analyse appliquée du comportement soit un peu plus impactant, il faudrait aménager adéquatement le milieu de vie scolaire pour qu'il soit en phase avec les besoins de ces enfants afin d'assurer la facilité de la vie scolaire pour ceux-ci mais également pour les enseignants. En dépit du fait que la généralisation des programmes annuels soient faite actuellement partie des préoccupations des pouvoirs publics au Cameroun, il est indispensable que la société civile puisse à son tour apporter un coup de main à travers la formation des enseignants pour ne citer que cela.

6.5.3. Discussion par rapport à l'hypothèse de recherche 3

Notre hypothèse de recherche 3 est la suivante : le TEACCH (Traitement et éducation des enfants autistes ou ayant des troubles de la communication) améliore les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire. Nous allons orienter notre travail par rapport à ceux de Marie-France Nadeau, Sylvie Normandeau et Line Massé (2015).

Selon Nadeau, Normandeau et Massé, (2015.) De façon générale, les enfants qui présentent un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) peuvent avoir de la difficulté à suivre le rythme d'apprentissage ou de productivité scolaire de la classe (Barry, Lyman et Klinger, 2002), ou encore présenter des difficultés sur les plans familial et social (Mrug et al., 2012). En raison des exigences du milieu scolaire et du niveau d'attention et de concentration qui y est demandé, l'enfant ayant un TDAH à l'école est plus à risque de subir des échecs et d'emprunter une trajectoire scolaire déviante (Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), 2007). Il a notamment trois fois plus de risque de subir une retenue par rapport aux enfants qui ne présentent pas ce trouble et il est plus susceptible de présenter un taux élevé d'absentéisme et de décrocher de l'école avant la fin du secondaire (Barbarese, Katusic, Colligan, Weaver et Jacobsen, 2007). Ces difficultés ont aussi des répercussions sur les enseignants de classe ordinaire, qui se sentent stressés et démunis quant à l'inclusion de l'enfant ayant un TDAH (Arcia, Frank, Sanchez-LaCay et Fernandez, 2000 ; Greene, Beszterczey, Katzenstein, Park et Goring, 2002 ; Kos, Richdale et Hay, 2006).

De ces difficultés de généralisation découle un autre problème par rapport aux interventions comportementales et à leur mise en œuvre par les enseignants de classe ordinaire : le passage de la recherche à la pratique (Barkley, 2006 ; Weisz, 2004). En effet, l'inclusion scolaire d'un enfant

ayant un TDAH se fonde sur le postulat que l'enseignant est en mesure d'appliquer des pratiques éducatives favorisant le fonctionnement scolaire de l'enfant, mais aussi qu'il est soutenu activement par les autres membres de l'école afin d'atteindre les objectifs ciblés pour aider l'enfant (Rousseau, Massé, Carignan, Bergeron et Lanaris, 2013). En d'autres termes, l'enseignant et l'équipe-école doivent avoir une connaissance des bonnes pratiques reliées au problème de l'enfant, ici le TDAH. Pourtant, des enseignants rapportent se sentir peu ou mal informés quant aux manifestations du TDAH et peu confiants quant à leur capacité à adapter leur enseignement aux besoins sous-jacents (Arcia et al., 2000 ; Greene et al., 2002 ; Kos et al., 2006). D'autres enseignants ont des croyances et des valeurs qui vont à l'encontre des stratégies probantes et refusent de les appliquer dans leur milieu (Couture, Royer, Potvin et Dupuis, 2003). D'autres encore rapportent avoir recours à une stratégie susceptible d'être efficace, mais seraient peu enclins à planifier et à mettre en œuvre une intervention de façon constante et cohérente (Noell, Duhon, Gatti et Connell, 2002).

Dans un contexte réaliste de mise en œuvre de l'intervention comportementale, son efficacité auprès de l'enfant ayant un TDAH devient donc dépendante de sa mise en œuvre par l'enseignant (Noell et al., 2002). Au cours de notre étude, nous avons pu percevoir cette difficulté des enseignants à aménager l'espace et le temps pour s'arrimer aux exigences que proposent les enfants à besoins spécifiques.

À la lumière de la complexité des manifestations du TDAH, des constats sur le plan scientifique et du contexte d'implantation des interventions dans un contexte de classe ordinaire, il apparaît nécessaire de mettre sur pied un programme qui doit permettre le transfert des interventions probantes vers une intervention intégrée dans le contexte d'une classe ordinaire.

Pour y remédier, Nadeau, Normandeau et Massé (2015.), proposent Un programme de consultation individuelle (PCI) visant à soutenir l'enseignant de classe ordinaire dans le processus d'inclusion scolaire des enfants ayant un TDAH au primaire. D'élaborer un programme d'intervention permettant de favoriser l'inclusion scolaire des enfants ayant un TDAH en classe ordinaire en s'appuyant sur les pratiques probantes (visant à modifier les conditions de l'environnement ayant une influence sur les manifestations de l'enfant. Elles peuvent donc être utilisées dans le contexte antécédent (stratégies proactives) ou conséquent (stratégies réactives) (DuPaul et al., 2012 ; Hoza et al., 2008 ; Pelham et Fabiano, 2008 ; Purdie, Hattie et Carroll, 2002).), Et de ; soutenir l'enseignant dans la planification et la mise en œuvre fidèle d'une

intervention adaptée aux besoins de l'enfant, l'intervention doit prendre place à l'intérieur de la classe. De cette façon, l'enseignant pourra assurer plus étroitement la supervision de l'enfant.

Au regard de tout ce qui précède, nous constatons que le handicap est une problématique qui interpelle tout le monde. Pour une société plus inclusive et qui se soucie du bien-être général, tous les acteurs qu'ils soient principaux (personnes en situation de handicap) ; secondaires (gouvernement) ou figurants (société), doivent s'impliquer. Car une situation de handicap est temporaire, et de ce fait toute personne dite normale pourrait se retrouver dans cette situation.

CONCLUSION

Notre travail était motivé par le désir de montrer que les Thérapies Cognitivo-Comportementales améliorent les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire. Il convenait d'appeler l'attention sur le problème de cette étude à savoir : déterminer l'impact des TCC sur les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire. A cet effet, une question de recherche (les TCC améliorent-elles les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire ?) et des questions spécifiques (le programme d'entraînement aux habiletés parentales améliore-t-il les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire ? l'analyse appliquée du comportement améliore-t-il les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire ? le Traitement et éducation des enfants autistes ou ayant des troubles de la communication améliore-t-il les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire ?), ont été formulées. A ces questions de recherche, nous avons apporté des réponses péremptoires sous forme d'hypothèses de la recherche. Pour éprouver ces recherches, nous avons dû descendre sur le terrain, dans lequel nous avons collecté des données par le biais de l'entretien.

Les résultats obtenus ont subi une analyse thématique. Nous avons été en mesure de démontrer que le programme d'entraînement aux habiletés parentales améliore les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire. Nous avons ensuite démontré que l'ABA (Analyse appliquée du comportement) améliore les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire. Et enfin que le TEACCH (Traitement et éducation des enfants autistes ou ayant des troubles de la communication) améliore les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire. Nous référent à ces résultats, nous pouvons affirmer que notre question principale de recherche à bien été répondue. Les Thérapies Cognitivo-Comportementales améliorent les conduites sociales chez les enfants TDAH d'âge scolaire.

Ainsi, lorsque nous nous penchons sur les moyens financiers, humains et matériels que requiert l'implémentation effective de ces différentes thérapies. Nous nous demandons eu égard à la situation économique qui n'est déjà pas suffisante pour subvenir aux besoins primaires des pays africains, s'il ne serait pas possible de trouver dans les traditions africaines des stratégies bien évidemment adaptées aux besoins de ces enfants mais qui permettrait de réduire son coût matériel et financier ?

BIBLIOGRAPHIE

- American Academy of Child and adolescent psychiatry, 2007
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual and mental disorders (5e ed)*. APA.
- Asmae, C. (2015). *Elaboration d'un programme psychoéducatif dans le trouble déficit de l'attention/hyperactivité adapté au contexte Marocain*.
- Bachler, L. (2021). *L'enfant et l'enfance, deux choses très différentes*, 13-22
- Bardin (1977). *L'analyse de contenu de L. Bardin*
- CADDRA (2011). *Thérapie cognitive comportementale*.
- Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL, 2012)
- Chaloult, L., Goulet, J. et Ngo, T-L. (2018). *Manuel d'accompagnement pour une thérapie cognitivo-comportementale*,
- Clément, C. et Hauth-Charlier, S. (2014). Articulation des programmes de formation aux habiletés parentales et des interventions en milieu scolaire dans le cadre du TDAH : vers une collaboration école-famille, 68, 71-84
- Colloque Nanterre (2012). *Trouble Déficit de l'Attention / Hyperactivité et interventions thérapeutiques*
- Convention des Nations Unies relatives aux droits de l'enfant (1989)
- Crawittz (2001). *Platelet-activating factor acety lhydrolose activity coronary artery disease independly of systémic inflammation: and other risk*, <https://doi.org/10.1161/01.CIR.00001564.57.35971.C8>
- Demeulenaere, P. (2003). *Les normes sociales, entre accords et désaccords*.
- Dictionnaire de français doctissimo (2010). studiidelingvistica.uoradea.ro
- Dictionnaire de français Larousse (2023).
- Dictionnaire du handicap (2020), dissem, illustration ISBN 2-859-52845-8
d'intervention multidimensionnel conçu pour les parents et leur enfant ayant un TDAH
- Ewondo Mbebi (2018). Les déterminants du travail des enfants au Cameroun : le rôle du milieu de résidence et du genre.
- Fabunmi M., Ajiboye T. & Dayamba A., (s.d). *Droits en matière d'éducation des enfants vivant avec un handicap (evh) en zones rurales au Cameroun*.

- Feldman, M. E. Charach, A., Bélanger, S. A. (2018). *Le TDAH chez les enfants et les adolescents, partie 2 : le traitement.*
- Ferreira D. (2019). Enjeux et fonctionnements familiaux dans le Trouble Déficitaire de l'Attention/Hyperactivité chez les enfants et les adolescents. *Revue de la littérature et illustrations cliniques.*
- GaGnon, Y-C. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche.*
- Généreux, R-M. (2015). *L'effet d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales sur le comportement d'enfants TDAH expliqué par l'amélioration de certaines pratiques éducatives parentales.*
- Goody, J. (2009). Conduite sociale et compétence écrite. *Intermédialités / Intermediality*, 13, 197–205. <https://doi.org/10.7202/044047ar>.
- Gramond, A. (2014). *Prises en charge non médicamenteuses du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité*
- Haute Autorité de santé (2023). *Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, HAS.* ISBN 978-2-10-057970-9.
- Hauth-Charlier, S. Clément, C. (2009). *Programmes de formation aux habiletés parentales pour les parents d'enfant avec un TDA/H : considérations pratiques et implications cliniques.*
- Inserm (2021). *Éthico as our compass for responsible biomedical and health research*
- Institut national de statistique du Cameroun INS, 2009 : 12-1
- Issa, H., & Abdou, O. (2020). *La problématique des droits fondamentaux de l'enfant en droit positif camerounais.*
- Jérôme, D., Jérôme, L. (2020). *Approche diagnostique et de prise en charge du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez l'enfant*
- Lantz, S. Fornwall, C. Loof, M. et Isaksson, J. (2021). *SKILLS – A psychoeducational group programme for children with ADHD*
- Laval, B. (2019). *La psychologie du développement, modèles et méthodes.*
- Lazaratou, H. et Golse, B. (2018). *L'hyperactivité entre biologie et culture, les variations géographiques temporelles et culturelles du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité.*

- Les réseaux provinciaux de santé mentale enfants ados (2017). *Options de prise en charge du TDA/H Recommandations de bonnes pratiques rédigées dans le cadre du projet TDA/H*
- Mbassa Menick (2015), Les représentations sociales et culturelles du handicap de l'enfant en Afrique noire Daniel.
- Mbassa Menick, D. (2014). *L'enfance abandonnée, indicateur d'une psychopathologie sociale inattendue au Cameroun*, 53.
- MINAS. (2018). *Conférence annuelle, La protection de l'enfant*
- Mor, C., & Giordana B. (2012). *Thérapies comportementales et cognitives*.
- Nadeau, M.-F., Normandeau, S. et Massé, L. (2015). TDAH et interventions scolaires efficaces : fondements et principes d'un programme de consultation individuelle ADHD and classroom-based interventions effectiveness : Rationale and principles of an individual consultation program.
- Ngo, T-L. (2017), *La thérapie cognitivo-comportementale : Théorie et pratique*.
- Nguimfack, L. (2016). *Psychothérapie des familles camerounaises confrontées à la sorcellerie Intervention systémique auprès de la famille d'un enfant délinquant*, 37, 293-305.
- Nkoa lebogo J. B. (2021). *Scolarisation des enfants déficients intellectuels et processus d'insertion social des personnes handicapées au Cameroun*, l'Harmattan.
- Purper-Ouakil, D., Wohl, M., Cortese, S., Michel, G., Mouren, M.-C. (2005). *Le trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité (TDAH) de l'enfant et de l'adolescent*
- Rector, N. A. (2010). *La thérapie cognitivo-comportementale Guide d'information*.
- Reniers, D. (2012). *Enfant et enfance. D'un discernement nécessaire... approche psychologique* 105-115
- Renou, S. (2023). *Programme d'entraînement aux habiletés parentales de Barkley*.
- Rioufreyt, T. (2016). *La transcription d'entretiens en sciences sociales : enjeux, conseils et manières de faire*.
- Roy-Potvin, C. (2022). *Efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale chez les jeunes souffrant de la comorbidité trouble anxieux et trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : Recension systématique*.
- Sauvayre, R. (2013). *Les méthodes de l'entretien en sciences sociales*. Dunod sur le stress parentalet la relation parent-enfant , 43(3), 150-160

UNICEF. (2005), *Rapport annuel UNICEF, 2006, la situation des enfants dans le monde*. Exclut et invisible.

UNICEF. (2012). *La situation des enfants dans le monde 2012. Les enfants dans un monde urbain*.

Vera, L., Leveau, J., Vera, L. P. (2009). *TCC chez l'enfant et l'adolescent*

Verrault, M, Verret, C., Massé , L., Lageix, P. & Guay, M.-C. (2011). Impacts d'un programme

ANNEXES

Annexe 1 : Autorisation de recherche

REPUBLICQUE DU CAMEROUN ***** Paix – Travail – Patrie ***** UNIVERSITE DE YAOUNDE I ***** FACULTE DES SCIENCES DE L'EDUCATION ***** DEPARTEMENT DE DIDACTIQUE DES DISCIPLINES		REPUBLIC OF CAMEROON ***** Peace – Work – Fatherland ***** THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I ***** THE FACULTY OF EDUCATION ***** DEPARTMENT OF SPECIALIZED EDUCATION
---	---	--

Le Doyen
The Dean
N°...../23/UYI/VDSSE/

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Professeur BELA Cyrille Bienvenu**, Doyen de la Faculté des Sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé I, certifie que l'étudiant **ENOBO ONDOUA Théodore Franck**, Matricule **21V3593**, est inscrit en Master II à la Faculté des Sciences de l'Education, Département d'Education Spécialisée, Option : **Handicap Mental Habileté Mentale et Conseils**

L'intéressé doit effectuer des travaux de recherche en vue de la préparation de son diplôme de Master. Il travaille sous la direction du **Pr BOULLA MEVA'A Alain Roger**. Son sujet est intitulé: « **Thérapie cognitivo-comportementale et amélioration des conduites sociales chez les enfants TDA/H d'âge scolaire** ».

Je vous saurai gré de bien vouloir le recevoir pour la recherche et mettre à sa disposition toutes les informations susceptibles de l'aider dans son travail.

En foi de quoi, cette autorisation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Yaoundé, le... **17 2 JAN 2023**

Pour le Doyen et Par Ordre



Annexe 2 : Autorisation de CNRPH

REPUBLICQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

CNRPH Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées - Cardinal Paul Emile LEGER
Cardinal Paul Emile LEGER National Centre for the Rehabilitation of Persons with Disabilities

DIRECTION GENERALE
LE CONSEILLER TECHNIQUE

GENERAL DIRECTORATE
THE TECHNICAL ADVISOR

Yaoundé, le **27 MARS 2023**

N°2023/309/IL/CNRPH/DG/CT/ya
VL du 20 mars 2023

**LE DIRECTEUR GENERAL
THE DIRECTOR GENERAL**
A /to
**Monsieur ENOBO ONDOUA
Théodore Franck**
Etudiant à la Faculté des
Sciences de l'Education de
l'Université de Yaoundé I
Tél : 656 593 011

Objet : Votre demande d'autorisation
de recherche

Monsieur,

J'accuse réception de votre lettre de référence dont l'objet est porté à la marge.

Y faisant suite, je marque mon accord pour vos travaux de recherche au Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile LEGER (CNRPH) pour une durée de **02 (deux) mois** allant du **27 mars** au **30 mai 2023**, dont le thème porte sur la «*thérapie cognitivo-comportementale et amélioration des conduites sociales chez les enfants TDA/H d'âge scolaire*»

Je vous salue gré de vous munir des objectifs de vos travaux de recherche et de prendre les dispositions suivantes :

- s'acquitter au préalable de la somme de **5.000** (cinq mille) francs CFA exigible, représentant les frais d'accompagnement et d'appui institutionnel par mois de recherche ;
- produire les originaux du résultat de votre examen diagnostique récent à l'infection à la pandémie de la COVID-19 datant d'au plus 48 heures avant le début effectif de votre recherche ;
- respecter, pendant votre séjour au CNRPH, les mesures barrières édictées par le Gouvernement face à cette pandémie ;
- respecter le Règlement Intérieur de l'Institution ;
- déposer, au terme de votre recherche, une copie de vos travaux validés par les encadreurs du CNRPH au Bureau de l'Accueil, de l'Orientation et du Courrier.

Lesdits travaux sont placés sous la coordination de la Direction de l'Education, de l'Apprentissage, et de la Formation Professionnelle et le suivi du Service de l'Education Spéciale et Inclusive et du Psychologue.

Veillez croire, **Monsieur**, à l'assurance de ma considération distinguée.

LE DIRECTEUR GENERAL

Maria Mwandira

CC/DCS
- DGA
- DT
- DRCR
- DEAR
- DCS
- le psychologue

117, P.O. BOX 1000 Yaoundé, Tél: (237) 02 22 01 41 - 0 1 1 1 1 1 1 1
Site: www.cnrph.cm - www.civip.org

TABLE DES MATIÈRES

DÉDICACE	i
SOMMAIRE	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABREVIATIONS	iv
RÉSUMÉ	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE	2
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE	3
1.1. Contexte et justification	3
1.1.1. Contexte.....	3
1.1.2. Justification.....	5
1.2. Objet de l'Étude	6
1.3. Le problÈme	7
1.3.1. Observations théoriques	7
1.3.2. Observations empiriques	9
1.3.3. Formulation du problème	10
1.4. Les questions de l'Étude.....	10
1.4.1. La question principale	10
1.4.2. Questions de recherche spécifiques	10
1.5. Les hypothÈses de la recherche.....	11
1.5.1. L'hypothÈse générale	11
1.5.2. Les hypothÈses de recherche	11
1.6. Les objectifs de la recherche	11
1.6.1. L'objectif général.....	11
1.6.2. Les objectifs spécifiques.....	11
1.7. IntÉRÊt de l'Étude.....	12
1.7.1. Intérêt scientifique.....	12
1.7.2. Intérêt social.....	12
1.7.3. Intérêt thérapeutique.....	12

1.7.4. Intérêt professionnel.....	13
1.8. DÉlimitation	13
1.8.1. Délimitation temporelle.....	13
1.8.2. Délimitation spatiale	13
1.8.3. Pertinence de l'étude	13
1.9. Quelques concepts et explications	13
1.9.1. Age scolaire	13
1.9.2. Conduite sociale.....	15
1.9.3. Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC).....	16
1.9.4. Trouble Déficit d'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H).....	17
CHAPITRE 2 : ENFANCE ET TDAH AU CAMEROUN.....	18
2.1. L'enfance, l'enfant au Cameroun	18
2.1.1. Définition de l'enfance	18
2.1.3. Les courants et les théories du développement de l'enfant	19
2.1.3.2 le point de vue de Piaget.....	20
2.1.3.3 Le point de vue de Wallon.....	20
2.3. Politique de l'enfance au Cameroun	21
2.3.1. La protection de l'enfant.....	21
2.3.2. Les actions du gouvernement en faveur de l'enfance	23
2.3.3. La promotion de l'enfant.....	25
2.3.4. Perspectives d'actions en faveur des enfants : les domaines prioritaires d'intervention.....	27
2.4. Statistiques mondiales, africaines et camerounaises sur les enfants (selon leurs catégories socioprofessionnelles).....	27
2.5. Les problèmes et problématique de l'enfance au Cameroun.....	28
2.5.1. L'enfant au Cameroun dans la littérature scientifique	30
2.2. Le trouble déficitaire d'attention avec ou sans hyperactivité	35
2.2.2. Approches théoriques	35
2.2.2.1. Le DSM5	35
2.2.3. Réalité des TDAH dans le monde, en Afrique et au Cameroun.....	37
2.2.3.1. Données épidémiologiques internationales	37

2.2.4. Modèle de prise en charge des enfants TDAH dans le monde, en Afrique et au Cameroun	40
CHAPITRE 3 : TCC ET PRISE EN CHARGE DES TDA/H.....	46
3.1. Théories cognitivo-comportementales	47
3.1.2. Les modèles de la théorie de l'apprentissage.....	48
3.2. Le modèle cognitif fondé sur le traitement de l'information.....	49
3.3. Les modèles de Thérapies Cognitivo-comportementales dans la prise en charge des TDA/H	50
3.3.1. La psychoéducation.....	51
3.1.3.2. L'Analyse Appliquée du comportement (ABA)	57
3.1.3.3. Le Traitement et éducation des enfants autistes ou ayant des troubles de la communication (TEACCH).....	59
3.2. Prise en charge TCC des TDA/H au Cameroun	61
3.3. Quelques extraits de la littérature scientifique sur les TCC dans la prise en charge des enfants TDA/H	65
DEUXIÈME PARTIE : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE	73
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE	74
4.1. Rappel de la question DE RECHERCHE	74
4.2. DESCRIPTION et opérationnalisation de l'hypothèse générale	75
4.2.1. La VI et sa description.....	75
4.2.3. Le tableau synoptique.....	77
4.3. LES HYPOTHESES DE RECHERCHE	79
4.4. LA DEMARCHE DE L'ETUDE.....	79
4.4.1. La méthode de la recherche : l'étude de cas	79
4.4.2. L'entretien semi-directif	80
4.5. Déroulement de la collecte	82
4.5.1. Le temps requis	82
4.5.2. Méthode de traitement des données et analyse des résultats	82
4.5.2.1. La transcription des données des entretiens.....	83
4.5.2.2. Le traitement des données.....	84
4.5.2.3. Le dépouillement des données	85

4.6. Population et échantillon de l'étude.	85
4.6.1. La population cible.....	85
4.6.2. Échantillon de l'étude.....	86
4.7. Site de l'étude.....	86
4.7.1. La localisation.....	87
4.7.2. Description de la structure.....	87
4.7.3. Historique de la structure.....	87
4.7.4. Evolution de la structure.....	88
4.7.5. Mission de la structure	88
4.7.6. Organisation administrative	90
4.8. Les données en rapport avec l'éthique de la recherche	96
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	97
5.1.1. Kennedy.....	97
5.1.2. Awaou	98
5.1.3. Marianne.....	98
5.1.4. Godwin	99
5.1.5. Anne	99
5.1.6. Christiane.....	100
5.1.7. Brenda	100
5.1.8. Abigaël	101
5.2. ANALYSE THEMATIQUE DES CONTENUS DES ENTRETIENS	101
5.2. analyse des résultats par rapport à la VI.....	103
5.2.1. Thème 1 : Le programme d'entraînement aux habiletés parentales.	103
5.2.2. Thème 2 : Analyse Appliquée du Comportement.....	107
5.2.3. Thème 3 : Traitement et éducation des enfants autistes ou ayant des troubles de la communication	110
5.2.4. Thème 4 : Analyse de la VD « conduites sociales »	112
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSION	116
6.1. INTERPRETATION PAR L'HYPOTHESE DE RECHERCHE 1.	116
6.2. INTERPRETATION PAR L'HYPOTHESE DE RECHERCHE 2.	118
6.3. INTERPRETATION PAR L'HYPOTHESE DE RECHERCHE 3.	121

6.5. DISCUSSION.....	125
6.5.1. Discussion par rapport à l'hypothèse de recherche 1	125
6.5.2. Discussion par rapport à l'hypothèse de recherche 2	126
6.5.3. Discussion par rapport à l'hypothèse de recherche 3	127
CONCLUSION	130
BIBLIOGRAPHIE	131
ANNEXES	135
TABLE DES MATIÈRES	137