

MEMOIRE DE RECHERCHE

Troubles de l'attention, dépression masquée et échec scolaire

Le repérage de trouble de l'attention ou de la concentration et de difficultés scolaires par les enseignants chez des élèves de 3^{ème} cycle seraient-ils indicateurs de dépression masquée ?

| | |
|--|----|
| POUR INTRODUIRE NOTRE OBJET D'ÉTUDE | 4 |
| A/ ANCRAGE ET REFLEXIONS THÉORIQUES | 5 |
| I. LES TROUBLES DEPRESSIFS CHEZ L'ENFANT. | 5 |
| 1) Définition générale et manifestations cliniques de la dépression. | 5 |
| 2) Nosographie de la dépression. | 7 |
| a. Dans le DSM-IV. | 7 |
| b. Dans la CIM-10. | 8 |
| c. Dans la CFTMEA. | 8 |
| 3) Fréquence des symptômes dépressifs dans la dépression majeure et dans la dysthymie. | 8 |
| 4) Épidémiologie. | 10 |
| 5) Dépression et autres troubles associés. | 12 |
| 6) Hypothèses étiologiques. | 14 |
| a. Les théories psychanalytiques. | 14 |
| b. Les théories comportementales et cognitives. | 16 |
| 7) Évolution de la dépression. | 18 |
| II. LES EFFETS DES TROUBLES DEPRESSIFS SUR L'EFFICACITÉ INTELLECTUELLE ET LES PERFORMANCES SCOLAIRES | 19 |
| 1) Les conséquences de l'incompétence scolaire. | 20 |
| 2) Les effets des troubles dépressifs sur les compétences scolaires et l'efficacité intellectuelle de l'enfant et de l'adolescent. | 28 |
| B/ EMERGENCE D UN QUESTIONNEMENT ET HYPOTHÈSES | 41 |
| I. QUESTIONNEMENT | 41 |
| II. HYPOTHÈSES | 41 |
| C/ EXPÉRIMENTATION | 41 |
| I. MÉTHODES DE RECUEIL DES DONNÉES ET POPULATION | 41 |
| 1) OUTILS ET MATÉRIEL UTILISÉS | 42 |
| a. Questionnaire de Connors pour les enseignants : | 42 |
| b. CDI ou IDE: Inventaire de dépression chez l'enfant | 42 |
| c. WISC IV : Wechsler Intelligence Scale for Children | 43 |
| d. TAT : Thematic Aperception Test | 43 |
| e. Grille d'observation de l'élève et de l'interaction avec l'enseignant en classe. | 43 |
| 2) OPERATIONNALISATION DES HYPOTHESES | 46 |
| 3) PRÉSENTATION DES SUJETS | 49 |
| Tom | 49 |
| Léa | 49 |
| Mathieu | 49 |
| Jean | 50 |
| Olivier | 50 |
| Tina | 50 |

| | | |
|------|--|----|
| II. | PRÉSENTATION QUANTITATIVE DES RÉSULTATS | 51 |
| 1) | Analyse des résultats quantitativement outils par outils | 51 |
| a. | Questionnaire de Connors pour les enseignants :..... | 51 |
| b. | CDI ou IDE: Inventaire de dépression chez l'enfant | 52 |
| c. | WISC IV Wechsler Intelligence Scale for Children: | 53 |
| d. | TAT Thematic Aperception Test : | 54 |
| e. | Grille d'observation en classe | 55 |
| 2) | Multi-intégration des résultats..... | 57 |
| | D/ DISCUSSION | 59 |
| 1) | Aspects centraux de notre problématique et retour théorique..... | 59 |
| 2) | Discussion de cas | 64 |
| | Tom | 64 |
| | Léa..... | 65 |
| | Mathieu..... | 66 |
| | Jean..... | 68 |
| | Olivier..... | 70 |
| | Tina..... | 72 |
| 3) | Rapport au savoir et retour sur la situation d'apprentissage | 73 |
| 4) | Validité et perspectives d'action futures | 78 |
| | BIBLIOGRAPHIE | 80 |
| | ANNEXES | 85 |
| I. | ANNEXE 1 : Grille de Connors CTRS-R (L) par C. Keith Connors, Ph.D..... | 85 |
| II. | ANNEXE 2 : CDI (Child Depression Inventory) ou IDE..... | 87 |
| III. | ANNEXE 3 : Planches utilisées dans le TAT | 90 |
| IV. | ANNEXE 4 : Exemples de protocoles de réponses Connors et CDI (Protocoles d'Olivier)..... | 92 |
| | ANNEXE 5 : Grille d'observation par échantillon de temps : exemple d'Olivier | 96 |

POUR INTRODUIRE NOTRE OBJET D'ÉTUDE

Ce n'est que depuis 1970 que l'on admet que la dépression peut toucher les enfants. Avant cette date, la dépression n'était décrite que chez l'adulte, et seulement quelques psychanalystes (Abraham, Klein et Spitz) soutenaient l'idée que la dépression concerne aussi les enfants. C'est au congrès de Stockholm (1971) que les psychologues et les psychiatres reconnaissent la dépression comme une entité clinique à part entière de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent.

Parallèlement à ces avancées nosologiques, les publications sur l'échec scolaire tentent de faire le lien entre les difficultés scolaires et une éventuelle pathologie. En 1976, Eric Plaisance cite trois catégories qui rendent compte à ce moment là des échecs scolaires : « les débiles mentaux, les caractériels et les dyslexiques-dysorthographiques » (p.62). C'est seulement en 1980, à la journée de pédo-psychiatrie de Bichat, sur le thème de l'enfant face à l'échec scolaire que Geissman cite les névroses comme l'une des causes de l'échec scolaire. Pour lui, l'inhibition intellectuelle observée dans certaines névroses « peut être considérée comme un trouble cognitif dans lequel il y a une impossibilité pour le sujet de se livrer à une activité intellectuelle efficace », mais il ne va pas plus loin.

Ces dernières années, si les débats se sont multipliés autour de l'efficacité du redoublement en cas d'échec scolaire, c'est bien parce que les aptitudes individuelles au travail, à la compréhension et à l'acquisition de connaissances nouvelles, ne suffisent pas pour justifier la réussite ou l'échec d'un enfant sur le plan scolaire. Il est bien évident que l'échec persistant d'un élève après un redoublement doit pouvoir s'expliquer par d'autres voies, dont celles de la psychopathologie.

Ainsi, ces vingt dernières années, de nombreuses recherches font l'hypothèse que des troubles psychopathologiques tels que les troubles anxieux, les troubles dépressifs ou les troubles hyperactifs pourraient avoir des effets sur le fonctionnement cognitif et sur les performances

scolaires. En effet, certains enfants ont du mal à apprendre pour des raisons d'ordre affectif qui influencent souvent leur potentiel cognitif.

Dans cette recherche, nous nous intéresserons aux troubles de l'attention et de la concentration comme indicateurs de troubles dépressifs ou de dépression masquée, et nous tenterons de voir dans quelles mesures ces troubles peuvent être liés à l'échec scolaire d'un enfant.

A/ ANCRAGE ET REFLEXIONS THÉORIQUES

I. LES TROUBLES DEPRESSIFS CHEZ L'ENFANT.

1) Définition générale et manifestations cliniques de la dépression.

La dépression est un trouble qui se caractérise par une modification profonde de l'état thymique dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et qui s'accompagne de nombreux symptômes somatiques.

La dépression se manifeste premièrement par une tristesse dite pathologique car elle est durable et intense et peut désorganiser de façon plus ou moins importante la capacité d'adaptation du sujet, ses relations aux autres ou l'estime qu'il a de lui-même. Cette tristesse s'accompagne souvent de cognitions pessimistes qui se traduisent par des plaintes relatives au fait d'être seul, au sentiment de ne pas être aimé ou d'être rejeté. Cependant elle n'est pas forcément exprimée au travers de plaintes verbales directes et se repère alors par des traits du visage peu mobiles, des pleurs, des soupirs, une irritabilité importante. Chez certains enfants ou adolescents, à défaut de l'humeur dépressive, ce sont les manifestations d'irritabilité dans un contexte d'intolérance à la frustration qui dominant le tableau clinique. Dans ce cas, c'est l'intensité et la fréquence des manifestations de colères et d'agressivité telles que les

hurlements, les insultes, les coups, etc. en réponse à une contrariété qui doivent alerter l'entourage.

On relève également une perte d'intérêt et de plaisir : l'enfant s'ennuie et désinvestit les activités scolaires et les jeux. Cette asthénie est plus évidente lorsque l'enfant est grand, l'entourage repère alors une grande indifférence, et quand l'enfant est plus jeune, elle peut être remplacée par une grande irritabilité dans les jeux ou encore par une agitation et une instabilité inhabituelle.

Les sentiments d'indignité, la dévalorisation et la perte d'estime de soi sont importants et se traduisent chez l'enfant par les expressions suivantes : « je suis nul », « j'suis bon à rien », « mes parents ne m'aiment pas »... Ils sont plus facilement mis en évidence lors d'un examen psychologique que pendant un entretien.

Les idées à thématiques de mort ou de maladies sont également fréquentes, elles concernent principalement le cercle familial proche (parents, frères et sœurs) et/ou l'enfant lui-même et sont liées à une charge anxieuse importante. Toute maladie, même banale, les événements dramatiques ou l'actualité quotidienne peuvent alimenter cette imagination inquiète. Chez l'enfant, ces idées se manifestent dans des contextes d'angoisse de séparation, le moindre retard étant vécu comme une perte définitive.

On peut relever, mais un peu moins fréquemment, des sentiments de culpabilité ou de honte. L'enfant dira « je suis méchant », « c'est à cause de moi », « j'ai honte ». C'est lors d'évènements dramatiques, d'accidents, qu'émergent ces sentiments car il les interprète de façon déformée et s'en attribue la responsabilité.

L'enfant peut aussi exprimer des idées de suicide voire qu'il passe à l'acte. C'est un risque difficile à détecter pour le clinicien : l'enfant peut quelque fois l'orienter au travers de propos tels que « ça ne sert à rien de vivre », « qu'est-ce que je fais sur terre » mais la plupart du temps c'est l'examen psychologique qui permet d'en rendre compte.

Les troubles de l'attention, de la concentration et de la mémorisation sont très fréquents dans la dépression, l'enfant pourra aussi dire « je ne comprends rien », « je n'y arrive pas ». Ils affectent les performances scolaires de manière importante, et peuvent expliquer les échecs relatifs aux tests d'intelligence. A cela peut s'ajouter, mais c'est plutôt rare chez l'enfant, un ralentissement psychomoteur : il exécute les tâches lentement, a des difficultés à répondre aux questions posées, parle peu. Tout effort mental ou physique semble difficile.

Enfin, on peut énumérer les nombreux symptômes somatiques qui accompagnent le tableau de dépression : des troubles du sommeil plus souvent sur un versant d'insomnies d'endormissement et de réveils matinaux que d'hypersomnie chez l'enfant, des troubles de l'appétit (perte d'appétit ou au contraire hyperphagie) entraînant des variations de poids importantes, surtout chez les adolescents, quelques fois une grande agitation motrice. Tous ces symptômes relevés ici font l'objet d'un consensus scientifique puisqu'ils sont repris dans le DSM IV (APA, 1994).

2) Nosographie de la dépression.

a. Dans le DSM-IV.

L'ouvrage consacre un chapitre aux troubles de l'humeur et celui-ci concerne aussi bien les adultes, les adolescents que les enfants. La première partie décrit les épisodes thymiques (épisode dépressif majeur, épisode maniaque, épisode mixte et épisode hypomaniaque). Ces épisodes ne sont pas des entités autonomes, ils serviront de cadre de référence pour diagnostiquer les troubles de l'humeur. On peut alors distinguer les troubles dépressifs, constitués du trouble dépressif majeur, isolé ou récurrent, (MDD : Major Depressive Disorder) et du trouble dysthymique (DD : Dysthymic Disorder) et les troubles bipolaires (de type I ou II).

Le DSM-IV décrit également deux autres types de dépression (l'une induite par une affection médicale, l'autre par une substance) qui ne feront à priori pas l'objet de notre étude.

b. Dans la CIM-10.

La CIM-10 (Organisation Mondiale de la Santé, 1992) consacre elle aussi un chapitre aux troubles de l'humeur, dans lequel on retrouve à peu près les mêmes catégories que dans le DSM-IV et s'adresse elle aussi à toutes les classes d'âge. L'épisode maniaque et le trouble affectif bipolaire se rapportent aux troubles bipolaires de type I et II du DSM-IV, l'épisode dépressif et le trouble dépressif récurrent correspondent au diagnostic de trouble dépressif majeur du DSM-IV et enfin les troubles de l'humeur [affectifs] persistants renvoient au trouble dysthymique du DSM-IV. Deux autres catégories sont également décrites : autres troubles de l'humeur [affectifs] et trouble de l'humeur [affectif], sans précision.

c. Dans la CFTMEA.

La classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (Misès, 1993) est la seule à situer franchement les troubles de l'humeur dans le champ de la névrose puisque dans le chapitre consacré aux troubles névrotiques, la cinquième catégorie s'intitule « dépression névrotique » et inclut les troubles dépressifs majeurs et la dysthymie. Elle exclut par ailleurs les dépressions réactionnelles, celles appartenant au registre psychotique, les états dépressifs appartenant à une pathologie limite et les variations à la normale.

3) Fréquence des symptômes dépressifs dans la dépression majeure et dans la dysthymie

De nombreuses études portant sur la dépression dont celle de Kovacs et de son équipe (1994), différencient la dépression majeure de la dysthymie que ce soit pour en étudier la prévalence,

l'évolution, la comorbidité ou l'impact. Ces études ont mis en évidence des différences très importantes entre ces troubles, suffisamment en tout cas pour qu'il nous semble pertinent de bien les différencier alors qu'ils peuvent contenir les même symptômes.

L'étude de Kovacs (1994) rend compte sous forme d'un tableau de la prévalence des troubles dépressifs et des autres troubles chez des enfants atteints de dépression majeure ou de dysthymie.

| Symptômes | Dysthymie | Dépression majeure |
|-------------------------------|-----------|--------------------|
| Humeur triste ou dépressive | 91.7% | 80.0% |
| Sentiment de ne pas être aimé | 55.6% | 48.9% |
| Sentiment de solitude | 41.7% | 40.0% |
| Irritabilité | 55.6% | 71.1% |
| Colère | 63.9% | 62.2% |
| Auto-dépréciation | 55.6% | 64.4% |
| Anhédonie | 5.6% | 71.1% |
| Culpabilité | 13.9% | 31.1% |
| Retrait social | 8.3% | 53.3% |
| Baisse de la concentration | 41.7% | 67.4% |
| Pensée relative à la mort | 16.7% | 42.2% |
| Réduction du sommeil | 22.2% | 62.2% |
| Réduction de l'appétit | 5.6% | 46.7% |
| Fatigue | 22.2% | 64.4% |
| Humeur colérique | 44.4% | 28.9% |
| Pessimisme/ désespoir | 36.1% | 42.2% |
| Idéation suicidaire | 16.7% | 22.2% |
| Augmentation du sommeil | 11.1% | 22.2% |
| Augmentation de l'appétit | 16.7% | 13.3% |
| Excès d'énergie | 8.3% | 8.9% |
| Plaintes somatiques | 36.1% | 66.7% |
| Anxiété généralisée | 28.6% | 43.2% |
| Angoisse de séparation | 36.1% | 40.0% |
| Désobéissance | 58.3% | 43.2% |
| Bagarre physique | 19.4% | 20.0% |
| Mensonges | 13.9% | 22.2% |

La dépression majeure semble a priori plus grave que la dysthymie. Or, cela ne va pas de soi notamment en ce qui concerne l'évolution et la rémission de la dysthymie. Si l'on se réfère au DSM-IV (APA, 1994) pour diagnostiquer un épisode dépressif majeur, les troubles doivent

être présents depuis au moins deux semaines tandis que les troubles permettant de diagnostiquer une dysthymie doivent être présents depuis au moins un an chez l'enfant et l'adolescent.

4) Epidémiologie.

Les revues de Guillaud-Bataille et Cialdella (1993) et de Fleming et Offord (1990) présentent de nombreuses études faites sur l'épidémiologie des troubles dépressifs chez les enfants et les adolescents, dont nous présenterons les principaux résultats sous forme d'un tableau. A ces études, nous ajouterons celle de Fombonne (1994) puisque c'est la seule étude récente qui porte sur la population française.

Ces études mettent en évidence que la prévalence des troubles dépressifs est plus importante chez les adolescents que chez les enfants et les pré-adolescents puisque les études 1, 2 et 3 sur les enfants donnent une prévalence entre 0 et 2.5% tous troubles confondus et dans les études 4, 5, 6, 7 et 8 portant sur les adolescents le taux varie de 0.4 à 8.3%. L'étude de Fleming et de son équipe montre également cette différence avec un taux de 0.6% pour l'enfant et de 1.8% pour l'adolescent.

| Auteurs et année de publication | Age | Source d'information (1) | Prévalence des troubles en % (2) | | | Prévalence des troubles selon le sexe | |
|---------------------------------|-------|--------------------------|----------------------------------|-----|--------|---------------------------------------|-------|
| | | | MDD | DD | Autres | Garçon | Fille |
| 1. Kashani et coll. (1983) | 9 | P, E, Pr. | 1.8 | | 2.5 | (=) | (=) |
| 2. Anderson et coll. (1987) | 11 | P, E, Pr. | 0.5 | 1.7 | | (+) | |
| 3. Costello et coll. (1988) | 7-11 | P | 0 | 0.6 | 0.2 | | (+) |
| | | E | 0.4 | 0.6 | 0.4 | | |
| 4. McGee et Williams (1988) | 13 | P, E, Pr. | 0.4 | 1.6 | | (+) | |
| 5. Schoenbach | 12-16 | E | 2.9 | | | | (+) |

| | | | | | | | |
|-----------------------------|-------|-----------|-----------|-----|--|-----|-----|
| et coll. (1982) | | | | | | | |
| 6. Garrison et coll. (1989) | 11-17 | E | 4.4 | | | | (+) |
| 7. Kashani et coll. (1987) | 14-16 | P, E | 4.7 | 8.0 | | | (+) |
| 8. Deykin et coll. (1987) | 16-19 | E | 8.3 | | | | (+) |
| 9. Bird et coll. (1988) | 4-16 | P, E | 5.9 | | | | (+) |
| 10. Fleming et coll. (1989) | 6-11 | P, E, Pr. | 0.6 | | | (=) | (=) |
| | 11-16 | P, E, Pr | 1.8 | | | 1.2 | 2.3 |
| 11. Kashani et coll. (1989) | 8, 12 | P, E | 1.4 | | | | (+) |
| | 17 | P, E | 5.7 | | | | |
| 12. Velez et coll. (1989) | 9-18 | P, E | 2.5 à 3.5 | | | (=) | (=) |

(1) P : parents ; E : enfants (ou adolescents) ; Pr : professeur.

(2) MDD : épisode dépressif majeur ; DD : trouble dysthymique.

L'étude de Breton et son équipe (1999) intitulée *Enquête québécoise sur la santé mentale de l'enfant* montre que le taux de prévalence estimé à partir d'entretiens est très différent selon que l'on interroge les parents ou les enfants. Ainsi, lorsqu'on s'en réfère aux parents, le taux de prévalence est d'environ 1,1% et il passe à 3,5% lorsqu'on s'en réfère aux enfants. L'enquête de Costello et de son équipe (1988) dégage également ce phénomène, mais dans des proportions différentes : les parents et les enfants évaluent de la même façon les troubles dysthymiques (0.6%). Cependant pour l'épisode dépressif majeur les parents l'évaluent à 0% et les enfants à 0.4%. Pour les autres troubles dépressifs les parents les évaluent à 0.2% et les enfants à 0.4%.

Concernant la prévalence selon le sexe, seule l'étude de McGee et Williams (1988) trouve une prévalence de la dépression plus importante chez les garçons de 13 ans. Les études donnent d'une manière générale une prévalence égale ou plus importante chez les filles. L'étude de Fleming et de son équipe trouve une prévalence de 1.2% chez les garçons contre 2.3% chez les filles.

L'étude de Mary et collaborateurs (2007 in *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*) suggère des différences de genres dans l'expression des symptômes dépressifs avec un mode davantage internalisé chez les filles avec estime de soi négative contrairement à des manifestations externalisées chez les garçons ayant aussi plus de problèmes scolaires et de comportements.

Nous pouvons noter la grande disparité des taux de prévalence de l'épisode dépressif majeur au sein de ces études puisqu'ils varient de 0% à 8.3% toutes sources d'informations confondues. Il est donc bien difficile de donner une prévalence de la dépression dans la population générale.

Enfin, cette revue d'étude nous laisse penser qu'à priori, les troubles dysthymiques seraient plus prévalent que l'épisode dépressif majeur puisque les taux vont respectivement de 0.6% à 8.0% pour le premier 0 à 4.7% pour le second, dans les études qui portent sur les deux troubles.

L'étude de Fombonne (1994) porte sur 2441 enfants d'âge scolaire (8-11 ans), provenant d'écoles publiques et d'écoles privées de Chartres et Auneau. La source d'information pour l'évaluation des troubles se constitue des parents et des professeurs. Les résultats montrent une prévalence des troubles psychiatriques de 12.4% (15% chez les garçons et 9.5% chez les filles), les troubles affectifs touchant 5.9% de la population de cet âge (5.6% de garçons et 6.3% de filles). On remarque dans cette étude que les taux de dépression sont plus importants que la majorité des taux relevés dans les études précédentes alors que la source d'information n'est pas l'enfant, ce qui peut s'expliquer par le matériel utilisé ici (CBCL : Child Behaviour Check List, Achenbach & Edelbrock, 1983) qui permet peut-être une évaluation différente puisque l'on fait appel aux parents.

5) Dépression et autres troubles associés.

Kovacs (1994) fait une revue de la littérature des études portant sur la comorbidité de la dépression avec d'autres troubles. Pour ce qui est de la double dépression, c'est-à-dire la co-survenue d'une dépression majeure et d'une dysthymie, on apprend que chez les patients ayant une dépression majeure, la fréquence moyenne des dysthymies est de 21,5% et que dans 35,4% des cas de dépression majeure les patients souffraient de dysthymie dans les douze mois précédents.

Concernant la coexistence de troubles dépressifs et des troubles des conduites, cinq études ont établi que chez les enfants dépressifs, 16,1% en moyenne souffraient également de troubles des conduites et lorsqu'on regroupe le déficit de l'attention/hyperactivité, le trouble des conduites et le trouble oppositionnel sous la catégorie « trouble du comportement perturbateur », 10,8% des enfants déprimés ont des antécédents de trouble du comportement perturbateur.

La comorbidité des troubles anxieux et dépressifs est l'une des plus importantes : les résultats des études montrent que chez les enfants et les adolescents suivis pour dépression majeure la fréquence moyenne globale de troubles anxieux est de 39,4%

Une autre étude de Kovacs (1989), nous informe de cette comorbidité et la confirme. Les résultats qui portent sur 104 patients souffrant d'un trouble de l'ajustement avec humeur dépressive, d'un épisode dépressif majeur ou d'un trouble dysthymique, montrent que 41% d'entre eux souffrent également d'un trouble anxieux (30% souffrent d'une angoisse de séparation, 16% souffrent d'hyperanxiété).

Une étude de Avenevoli et de son équipe en 2001 (citée par Djaouida Petot en 2003) nous informe de la comorbidité de la dépression avec d'autres troubles. Cette étude nord-américaine longitudinale portant sur 203 enfants de 7 à 17 ans nous apprend que 74% souffrent également de troubles anxieux mais aussi que 52% présentent des troubles du

comportement et dans 95% des cas on retrouve l'abus ou la dépendance à la drogue ou à l'alcool.

Si les chiffres de comorbidité de la dépression avec d'autres troubles varient d'une étude à l'autre, il est évident que ces taux sont considérablement plus élevés que les taux dûs au hasard, il convient donc lors de l'examen clinique d'en tenir compte et de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les détecter.

6) Hypothèses étiologiques.

a. Les théories psychanalytiques.

En 1915, Freud écrit *Deuil et Mélancolie*, qui reste le texte de référence sur la dépression pour les psychanalystes, dans lequel il compare la mélancolie au travail de deuil puisque le point commun entre ces deux pathologies est la perte d'objet. Cependant dans la dépression le moi s'identifie à l'objet perdu qui est introjecté, c'est pourquoi dans la mélancolie le patient peut exprimer une grande aversion à propos de lui-même et une grande dévalorisation. Mais cette théorie n'a jamais été appliquée à la dépression infantile et Freud n'a pas élaboré de théorie sur la dépression infantile, c'est donc dans l'œuvre de ses successeurs que nous devons rechercher les origines de la dépression chez l'enfant.

C'est dans cette ligne de travaux que Mélanie Klein (1934) introduit la notion de position dépressive dans *Contributions à la psychogenèse des états maniaco-dépressifs*. La position dépressive est consécutive à la position paranoïde, elle s'instaure au début du premier semestre lors du sevrage et est surmontée au cours de la première année. Elle se caractérise par le fait que l'enfant est désormais capable de rapporter au même objet les aspects « bon » et « mauvais », le clivage s'atténue et l'ambivalence s'installe. Les pulsions agressives et libidinales sont présentes au sein d'un même objet, l'enfant perçoit sa mère comme un objet total. Or, la frustration que le sevrage provoque chez l'enfant l'amène fantasmatiquement à

vouloir détruire cet objet qui lui échappe. A cet âge, l'enfant n'est pas capable de faire l'épreuve de la réalité, il craint alors d'avoir détruit sa mère et d'être responsable de sa perte. C'est cette angoisse qui fait suite à la perte d'objet et cette culpabilité que Mélanie Klein nomme la position dépressive. On remarquera que les caractéristiques de la position dépressive sont profondément analogues à celle de la dépression.

René Spitz, psychanalyste américain, décrit la dépression anaclitique qui survient lorsque l'enfant est séparé, pendant au moins trois mois consécutifs, de sa mère (ou de la personne dont il dépend pour sa survie) après avoir eu une relation normale avec elle lors des six premiers mois de vie. René Spitz dresse un tableau clinique très précis de la dépression anaclitique dans *La première année de la vie de l'enfant* (1953) : lors du premier mois l'enfant pleure, manifeste son déplaisir, au deuxième mois l'enfant se replie, refuse le contact, il perd du poids, le retard moteur se généralise et au troisième mois, la rigidité du visage est remarquable, le retard augmente, les pleurs ont cessé. Il précise qu'entre le troisième et le cinquième mois, si l'on restitue la mère à l'enfant ou qu'on lui trouve un substitut acceptable, le trouble disparaît rapidement. A l'inverse, si l'absence dure, le trouble s'aggrave, la vie organique se ralentit, se détériore, pouvant aller jusqu'à la mort, ce que Spitz a nommé l'hospitalisme.

On remarque que chez tous ces auteurs, la dépression est très souvent liée à une expérience de perte d'objet ou de séparation.

John Bowlby (1980) développe quant à lui une hypothèse originale sur la dépression infantile en intégrant les conceptions de Beck et de Seligman. Bowlby tient en premier lieu à différencier l'humeur dépressive (ou tristesse normale) et l'état dépressif. Pour lui, « la tristesse est une réaction normale et saine devant toute infortune ». Le sujet sait donc ce qu'il a perdu et attend son retour. Le plus important c'est qu'avec ou sans l'aide et le soutien d'une

tierce personne, l'espoir de se rétablir, le sentiment de compétence et de valeur personnelle demeurent. Bowlby explique que c'est quand les échanges actifs entre le sujet et le monde extérieur cessent que la dépression survient, les sentiments de désespoir et d'impuissance s'installent.

Ces sentiments d'impuissance et d'incapacité à établir et à maintenir des relations affectives chez les dépressifs, Bowlby en trouve l'origine dans les expériences infantiles. Ces expériences peuvent être de trois types : le sujet a été dans l'incapacité répétée à pouvoir atteindre une relation stable avec ses parents ; le sujet a enduré des discours dévalorisants portant sur son incapacité à susciter l'amour, son incompetence ou son insuffisance ; le sujet a vécu la perte effective d'un parent et a fait par-là même l'expérience de l'impuissance. Bowlby soulève également le fait que chez les individus ayant une propension à se déprimer, existe une tendance à ce que les sentiments tels que la tristesse, la nostalgie, la colère se détachent de la situation qui les a provoqués. Le dépressif porterait son attention ailleurs, comme une diversion. Cette déconnexion entre la réaction et la situation est « la conséquence d'une interdiction implicite ou explicite des parents à leur enfant qu'il envisage un mode d'interprétation vis-à-vis d'eux ou de lui-même autre que celui qui a été induit par eux. ». Ceci entraîne une incapacité du sujet à remettre en question les modèles de représentations inculqués et donc à rejeter des postulats dysfonctionnels. Ainsi, dans la lignée des travaux de Seligman et de Beck, Bowlby nous propose sa « théorie des prédispositions cognitives ».

b. Les théories comportementales et cognitives.

C'est dans les articles de Petot (1999, 2003) que nous avons pris connaissance des conceptions de Beck (1976) et de Seligman (1975) à propos de la dépression. Ces conceptions sont tout à fait intéressantes pour notre travail et méritent largement d'être introduites ici dans leur rapport à la cognition.

Pour Aaron T. Beck, « les déprimés ne sont pas pessimistes parce qu'ils sont tristes, ils sont tristes parce qu'ils sont pessimistes ». Par cette formule, il introduit l'idée que la production de l'humeur dépressive serait due à des erreurs systématiques de jugement qu'il appelle des distorsions cognitives. Beck développe cinq principales distorsions cognitives que l'on retrouve chez les déprimés. *L'abstraction sélective*, mécanisme par lequel le sujet fait abstraction de certains aspects de la réalité en ne sélectionnant que ceux auxquels il est sensible ; *l'inférence arbitraire*, raisonnement bref et arbitraire duquel le sujet tire des conclusions systématiquement négatives ; *la surgénéralisation*, qui est la généralisation systématique de ce qui est négatif ; *la personnalisation* est la conviction que les événements négatifs sont la faute du sujet ; *la pensée dichotomique*, c'est-à-dire la maximalisation des aspects négatifs et la minimalisation des aspects positifs de la réalité. Chez les dépressifs, ces distorsions cognitives porteront sur la personne elle-même, le monde extérieur et l'avenir. C'est ce que Beck appelle la triade cognitive.

De nombreuses études ont confirmé la présence de ses distorsions cognitives chez l'enfant et l'adolescent déprimé, principalement dans le domaine des compétences scolaires ou sportives.

Les travaux de Seligman et de son équipe vont dans le même sens que ceux de Beck. Ils portent sur le *style d'attribution pessimiste* qui se caractérise par l'attribution systématique des événements négatifs à des causes internes et l'attribution des événements heureux à des causes externes. Si Seligman et son équipe ont longtemps affirmé que ce *style d'attribution pessimiste* précédait les épisodes dépressifs, les études suivantes tendent à montrer qu'on ne retrouve ce style que pendant l'épisode dépressif. Même si ce modèle a ses limites, notamment au niveau de sa valeur prédictive, les travaux de Beck et de Seligman rendent peut-être mieux compte des retentissements de la dépression sur le sujet lui-même, ses compétences, ses motivations et la manière dont il perçoit le monde qui l'entoure.

7) Evolution de la dépression.

L'étude longitudinale de Kovacs et de son équipe (1984, I.) nous donne des informations précieuses sur l'évolution des différents types de dépression chez l'enfant. Elle a comparé les temps de rémission (du commencement des troubles jusqu'à leur guérison) de l'épisode dépressif majeur (MDD), du trouble dysthymique (DD) et du trouble de l'adaptation avec humeur dépressive (ADDM) chez respectivement 42, 28 et 11 enfants, âgés de 6 à 14 ans, diagnostiqués dépressifs à partir des critères du DSM-III (APA, 1980). L'étude montre que le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive est de très bon pronostic puisque le taux de rémission est de 90%, neuf mois après le début des troubles, ensuite vient l'épisode dépressif majeur avec 92% de rémission dix-huit mois après le début des troubles. Le trouble dysthymique est quant à lui beaucoup plus problématique puisque le taux de rémission n'est que d'environ 32% après 3 ½ ans de trouble et il faut attendre plus de six ans pour obtenir 89% de rémission.

Une autre étude de Kovacs et de son équipe (1984, II.) a pu mettre en évidence le risque de rechute pour ces trois types de dépression. Sur les 11 enfants souffrant d'un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, aucun n'a souffert d'un épisode dépressif majeur cinq ans et plus après le premier trouble. Dans la première année, 26% des enfants guéris d'une dépression majeure développaient un autre épisode. Les enfants ayant souffert d'un trouble dysthymique ou d'un épisode dépressif majeur sont plus de 69% à souffrir d'un (nouvel) épisode dépressif majeur dans les cinq ans.

Harrington (1997) fait quant à lui une revue de la littérature des études portant sur l'évolution de la dépression. Il en ressort que les enfants et les adolescents déprimés ont un risque élevé de dépression en tant que jeunes adultes. De plus les études ont observé une forte continuité de la dépression tout au long de la vie, par contre ils n'ont pas plus tendance à souffrir

d'autres troubles. Ces études ont également mis en évidence les conséquences de la dépression sur le plan social. Ainsi, les auteurs ont relevé l'altération des relations avec les pairs et à long terme un fort tabagisme, une participation plus marquée à des activités délinquantes et à des relations sexuelles insatisfaisantes, des problèmes conjugaux et des difficultés relationnelles globales. En ce qui concerne les troubles dépressifs et les comportements suicidaires, 60 à 65% des enfants et des adolescents dépressifs ont des idées suicidaires et 39% d'entre eux ont déjà fait une tentative de suicide. On apprend aussi que 50% des adolescents qui font une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse, remplissent les critères d'une dépression majeure. On retrouve ce même chiffre dans les études d'autopsie psychologique des jeunes suicidés. A long terme, il y a également un risque plus élevé de suicides réussis à l'âge adulte chez les enfants et les adolescents déprimés. La dépression infantile doit donc faire l'objet d'une attention toute particulière afin de prévenir le risque de rechute très important et de minimiser au maximum les risques liés à une dépression.

II. LES EFFETS DES TROUBLES DEPRESSIFS SUR L'EFFICIENCE INTELLECTUELLE ET LES PERFORMANCES SCOLAIRES

L'étude de Papazian et de son équipe (1992) sur des enfants de 6 à 12 ans consultant au Service Médico-pédagogique de Genève montre que la forme névrotique de la dépression est associée dans 70% des cas à des difficultés scolaires. Par ailleurs, dans 60% des cas de psychonévrose déprimée, le motif de signalement est la difficulté scolaire. Ainsi, il y a un lien évident entre la dépression et l'échec scolaire, cependant il est bien difficile de dire quel est le sens de cette relation causale. La revue de la littérature sur les liens unissant l'échec scolaire et la dépression reflète assez bien les désaccords que soulève la question : certaines études

établissent que l'échec scolaire a des effets sur la dépression tandis que d'autres tendent à prouver que la dépression participe au développement de l'incompétence scolaire.

1) Les conséquences de l'incompétence scolaire.

Bleschman et son équipe en 1986 ont repris la théorie behavioriste de la dépression de l'adulte à partir de laquelle ils ont émis l'hypothèse que l'enfant avec des capacités scolaires et sociales déficientes est plus déprimé que ses pairs plus compétents que lui. Au travers de leur étude, ils cherchent donc à savoir si les enfants incompétents socialement et scolairement présentent un niveau plus élevé de dépression (évalué par eux-mêmes et par leurs pairs), si ces niveaux de dépression permettent de distinguer les enfants compétents scolairement des enfants compétents socialement et enfin si les enfants incompétents scolairement sont plus déprimés que les enfants incompétents socialement.

Les auteurs ont sélectionné 169 enfants (82 garçons et 87 filles) du 3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} grade de quatre écoles élémentaires, soit des enfants d'environ 8-11 ans. Ils mesurent les compétences scolaires à partir des résultats à un test de mathématiques : le Stanford Achievement Test pour 89% d'entre eux ou un test construit par un enseignant du deuxième grade pour les 11% restant. La compétence sociale de l'enfant est mesurée à partir de l'évaluation de ses pairs. Les pairs devaient également remplir l'échelle de Lefkowitz et Tessigny de 1980, pour estimer le niveau de dépression des autres élèves. Les auteurs ont aussi recueilli l'estimation personnelle de dépression des enfants grâce à une version modifiée à 20 items de la CDI (Kovacs, 1981) la MCDI et la perception de leur compétence propre avec la Perceived Competence Scale for Children (Harter 1981 et 1982) avec comme sous-échelles les compétences cognitive, sociale, physique et générale.

Pour l'analyse des résultats, quatre groupes sont constitués : les enfants compétents, les enfants incompetents scolairement, les enfants incompetents socialement et les enfants incompetents socialement et scolairement.

Les résultats de cette étude montrent que les pairs évaluent un niveau plus élevé de dépression chez les enfants incompetents socialement et scolairement. Ces enfants-là s'évaluent eux-mêmes plus déprimés que les enfants des trois autres groupes. Par contre, les enfants incompetents scolairement ne s'évaluent pas plus déprimés que les enfants compétents ou incompetents socialement alors qu'ils sont évalués par leurs pairs comme moins heureux que les enfants incompetents socialement et pas plus heureux que les enfants incompetents dans les deux domaines. Les résultats des auto-évaluations de la dépression montrent qu'il n'y a pas seulement des facteurs d'ordre scolaire qui entrent en jeu mais également des facteurs d'ordre sociaux puisque les incompetents dans les deux domaines s'évaluent plus déprimés que les incompetents scolairement.

Si cette étude met en évidence que la dépression et le déficit en aptitudes sont corrélés, on ne sait rien de la direction de cette relation causale. Les auteurs s'en réfèrent donc au modèle comportemental pour expliquer cette relation selon lequel l'incompétence serait à l'origine de la dépression. Bleschman et son équipe expliquent leurs résultats par le fait que les enfants incompetents sont moins récompensés et plus souvent punis et c'est pour cela qu'ils sont plus déprimés que leurs pairs plus compétents. Nous notons par contre ici que les auteurs ne se réfèrent qu'à leur choix théorique pour expliquer le sens de la relation causale entre dépression et incompétence et qu'ils n'approfondissent pas pour autant d'autres hypothèses explicatives.

Cole (1990) fait une étude assez similaire à celle de Bleschman, mais il va plus loin puisqu'il pose le fait qu'il y a bien une corrélation entre la dépression et l'incompétence scolaire et/ou

sociale et son objectif est de savoir si l'incompétence dans de multiples domaines (ici dans les domaines scolaires et sociaux) a un effet cumulatif sur certains aspects de la dépression.

Son étude porte sur 750 enfants du 4^{ème} grade, de moyenne d'âge de 9 ans et 8 mois, 51% des enfants de l'échantillon étant des garçons et 49% des filles, de 22 écoles élémentaires. Les enseignants des enfants participent également à l'étude.

Trois domaines sont évalués : la dépression, la compétence scolaire et la compétence sociale, à partir de trois sources d'information qui sont les enfants eux-mêmes, les pairs et les professeurs.

Les enfants répondent à la CDI (Kovacs, 1982) ; au Children's Loneliness Questionnaire (Asher, Hymel et Renshaw, 1984) qui évaluent la perception des enfants de leur popularité ou leur rejet social, en répondant à des questions selon cinq degrés de sévérité allant de « toujours vrai » à « jamais vrai »; à la sous-échelle de compétence scolaire du Self-Perception Profile For Children (Harter, 1985). Les pairs répondent au Peer Nomination Inventory ou PNID (Lefkowitz et Tesiny, 1980), auxquels sont ajoutés des items permettant d'évaluer le rejet social et les compétences scolaires. Les enseignants remplissent quant à eux des grilles d'estimation de la dépression et des compétences scolaires (Tesiny et Lefkowitz, 1982) auxquelles est ajoutée une échelle d'évaluation du rejet social.

Les questionnaires sont administrés à chaque classe pendant une heure, pendant laquelle enfants et enseignants remplissent les grilles, pendant 8 à 12 semaines.

Les résultats montrent que les enfants incompétents scolairement et socialement ont un niveau de dépression plus élevé que les enfants incompétents dans un seul domaine, eux-mêmes ayant un niveau de dépression plus élevé que les enfants plutôt compétents dans les deux domaines. Ainsi, l'étude confirme la corrélation entre dépression et incompétence scolaire et/ou sociale mais elle démontre également l'effet cumulatif de l'incompétence scolaire et sociale sur les symptômes dépressifs. Cependant, Cole précise que les symptômes dépressifs

peuvent être un effet de l'incompétence dans un ou plusieurs domaines mais également une cause de cette incompétence, puisqu'en dehors de tout déficit cognitif, la dépression peut inhiber les compétences sociales ou scolaires.

Cole, Martin, Powers et Truglio (1996) réalisent une seconde étude visant à évaluer la corrélation et la stabilité de la dépression, de la compétence scolaire et de la compétence sociale. Cette étude porte sur 490 enfants du 3^{ème} grade (environ 8 ans) et 455 enfants du 6^{ème} grade (environ 11 ans), les enseignants et les parents y participent également.

L'étude se déroule en deux parties : la première partie porte sur l'ensemble des enfants, la seconde qui a lieu six mois après porte sur 945 enfants des 1011 enfants du début dont 49.2% de filles et 50.8% de garçons ; 49 enseignants et 565 parents participent aux deux parties de l'étude.

Les enfants remplissent la CDI (Kovacs, 1982) et le Self-Perception Profil for Children (Harter, 1985). Les pairs répondent au Peer Nomination Inventory of Depression ou PNID (Lefkovitz et Tesiny, 1980) et aux sous-échelles évaluant les compétences sociales et les compétences scolaires du Peer Nomination Measure of Competence ou PNMC (Cole 1990, 1991 ; Cole et White, 1993) qui est un questionnaire d'évaluation des enfants sur les compétences de leurs camarades. Les enseignants remplissent le Teacher's Rating Index of Depression ou TRID qui est une version adaptée aux professeurs du PNID et la Teacher's Rating Scale of Child's Actual Behavior ou TRS (Harter, 1985) qui permet de mesurer les compétences des enfants. Enfin, les parents répondent à une forme parentale de la CDI (Kovacs, 1982) et à la forme parentale du TRS le Parent Report Scale ou PRS.

La première partie se déroule sur 6 à 10 semaines durant l'automne 1993 et la seconde partie à lieu six mois plus tard pendant 6 à 8 semaines.

Les résultats confirment que la dépression est corrélée avec l'incompétence scolaire et sociale mais ce que n'avait pas montré l'étude de 1991 c'est que la dépression est plus fortement

corrélée avec l'incompétence sociale. On apprend également avec cette étude en deux parties que ces corrélations sont stables à six mois. Par ailleurs, les auteurs notent que l'incompétence sociale et la dépression sont nettement plus corrélées chez les enfants du 6^{ème} grade que chez les enfants du 3^{ème} grade. L'âge aurait donc également un rôle dans cette corrélation. Les auteurs pensent que chez les enfants du 3^{ème} grade l'influence de la famille est plus importante que les relations avec les pairs alors que les enfants plus grands se situent plus dans la comparaison sociale.

Comment expliquer que l'incompétence sociale est plus corrélée à la dépression que l'incompétence scolaire ? Les auteurs avancent deux possibilités : l'une est que d'autres domaines de compétences ou d'incompétences peuvent être liés là où la compétence scolaire ne l'est pas, l'autre est que l'incompétence scolaire affecte la dépression indirectement, peut-être à travers son impact sur les compétences sociales.

Au total, ces deux études démontrent que l'incompétence scolaire et/ou sociale est un facteur de risque de dépression chez l'enfant et l'adolescent et montrent que l'incompétence sociale est un facteur de risque encore plus important dans la survenue d'une dépression.

En 2001, Mariage et David ont voulu savoir si le statut scolaire des élèves pouvait avoir une influence sur la sévérité des troubles dépressifs et anxieux ou au moins sur leurs manifestations, selon le sexe de l'enfant. Leur hypothèse générale est que les élèves scolarisés en classe spécialisée et/ou ceux en retard mais en classe normale présentent une pathologie dépressive ou anxieuse plus sévère que ceux sans retard et en classe normale ou des manifestations spécifiques à leur scolarisation ou à leur sexe.

Les auteurs ont sélectionné 197 enfants de 8 à 12 ans (87 filles et 110 garçons) et ont formé trois groupes. Le groupe normal : 124 enfants (52% de filles) suivant un cursus normal sans retard ; le groupe retard : 28 enfants (42% de filles) scolarisés en classe ordinaire et présentant

un retard de un ou deux ans ; enfin le groupe spécialisé composé de 45 enfants (24% de filles) de classes d'enseignement spécialisé, c'est-à-dire des Classes d'Intégration Scolaire (CLIS) ou de Perfectionnement. Deux instruments d'évaluation sont utilisés. Le premier est la MDI-C : Echelle Composite de Dépression pour Enfant (Berndt & Kaiser, 1996) pour les sujets de 8 à 17 ans, qui est une auto-évaluation de la dépression et de ses caractéristiques associées. Le second est la R-CMAS : Echelle Révisée d'Anxiété Manifeste pour Enfant (Reynolds & Richmond, 1985) pour les sujets de 6 à 19 ans, qui est une auto-évaluation du niveau et de la nature de l'anxiété.

Les résultats montrent que les groupes retard et spécialisé présentent un sentiment d'impuissance et d'introversion sociale plus marqué que le groupe normal. Le groupe retard a une estime de soi plus perturbée et plus de difficultés à se faire apprécier des autres que les groupes spécialisés et normaux, ce qui peut paraître étonnant mais qui s'explique par le fait que chez les enfants en échec scolaire, se sont ceux qui sont le moins confrontés à l'échec (groupe spécialisé) qui montrent un degré d'estime de soi et de satisfaction face à leur compétence scolaire plus élevé. Ceci explique que les élèves du groupe retard s'évaluent plus déprimés que les enfants du groupe normal. Nous ne développerons pas ici les résultats concernant l'anxiété bien que nous en tiendrons compte pour l'analyse des résultats selon le sexe. L'analyse par groupe et par sexe indique que les filles des classes spécialisées sont celles qui présentent globalement plus que les autres enfants les symptômes habituels de la dépression (tristesse, repli social, ralentissement psychomoteur, opposition...) tandis que les filles du groupe retard présentent une estime de soi plus faible que les autres groupes. Les garçons des classes spécialisées, au travers de l'échelle de mensonge de la R-CMAS, semblent vouloir véhiculer « l'image d'un comportement idéal » et expriment un besoin élevé de désirabilité sociale. Les garçons des classes retard sont les plus débordés dans leurs tentatives pour soulager leur anxiété.

Cette étude confirme que le statut scolaire influence les manifestations de la dépression chez les enfants en échec scolaire. Nous retiendrons principalement une faible estime de soi chez les sujets en retard et maintenus dans un cursus normal (surtout les filles), et chez les enfants du groupe spécialisé, les filles présentent de nombreux symptômes de la pathologie dépressive tandis que les garçons ont un besoin élevé d'acceptation sociale. Ici aussi, on retrouve une forte corrélation entre les compétences scolaires (dont dépend inévitablement le statut scolaire) et la symptomatologie dépressive. Cependant, il apparaît évident, aux vues des résultats, que des facteurs d'ordre social influencent très nettement la pathologie dépressive. Ceci rejoint par ailleurs les résultats de Cole et de son équipe (1996).

Une autre étude de Masi et collaborateurs (2000 in *Child Psychiatry and Human Development*) analyse les relations entre l'estime académique et les symptômes dépressifs auto-évalués par des élèves adolescents selon la CDI. Les données de cette recherche indiquent une corrélation entre ces deux aspects avec un score plus élevé chez les filles en ce qui concerne les symptômes dépressifs et l'anxiété scolaire.

Kendall et son équipe (1990) pensent que le trouble cognitif des jeunes déprimés peut se caractériser par des distorsions de la pensée, comme chez les adultes. Ils vont donc tenter d'explorer la nature de ce trouble cognitif chez les enfants dépressifs, en mesurant la déficience cognitive et les distorsions cognitives, dans une large classe d'âge. Pour ce faire ils vont en fait procéder à trois études.

La première porte sur 47 enfants d'une moyenne d'âge de 12 ans. Dix-sept d'entre eux ont été diagnostiqués dépressifs selon les critères du DSM-III (APA, 1980). Trente-huit mères et trente-quatre pères (33 couples) participent aussi à l'étude. Les enfants passent le Matching Familiar Figures Test (MFFT ; Kagan, Rosman, Day, Albert, & Phillips, 1964) en 12 items

qui consiste à retrouver au sein de six dessins, le dessin standard et à partir duquel on obtient deux scores : le temps de latence pour la première réponse et le nombre total d'erreurs. Les enfants remplissent également la CDI (Kovacs, 1981), la section des troubles affectifs de la Schelude for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS ; Puig-Antich & Ryan, 1986) et le My Standards Questionnaire (Stark, Adam, & Best, 1990) qui consiste pour les enfants à évaluer leur performance dans certains domaines tels que l'école, la popularité et la réussite sportive. Les parents remplissent la version parent de la CDI (P-CDI ; Kovacs, 1985) et répondent à la K-SADS. Les résultats montrent qu'il n'y a pas de différence entre les enfants dépressifs et les non-dépressifs au MFFT, par contre les dépressifs s'évaluent moins favorablement que les non-dépressifs malgré des niveaux comparables. Les évaluations des mères et des pères avec la P-CDI ne sont pas significativement corrélées avec les résultats à la MFFT.

Dans la seconde étude, les auteurs souhaitent vérifier si ces résultats sont applicables et extensibles à des enfants plus jeunes. Ils sélectionnent 38 enfants d'une moyenne d'âge de 11 ans scolarisés dans le grade 3, 4, 5 ou 6, dont la moitié a un niveau significatif de dépression. Les enfants passent la CDI (pour distinguer les enfants dépressifs des non-dépressifs), la MFFT et le My Standards Questionnaire. Les résultats de la seconde étude sont relativement similaires à ceux de la première étude.

La troisième étude consiste à tester si la perception de soi chez les enfants dépressifs est réellement négative ou si elle est négativement déformée, par rapport à l'observation de leurs professeurs les concernant. Trente-six enfants d'environ 12 ans sont évalués. Ils remplissent une CDI et le My Standards Questionnaire. Ceux dont le score est supérieur à 16 à la CDI remplissent la section sur les désordres affectifs de la K-SADS. Les professeurs complètent le Child's Standards Questionnaire qui est une hétéro-évaluation parallèle au My Standard Questionnaire. On observe alors que les dépressifs s'évaluent plus négativement que les non-

dépressifs tandis que cette différence entre enfants n'apparaît pas au travers de l'évaluation faite par les enseignants. Les résultats confirment l'hypothèse que les dépressifs montrent un style de traitement de l'information déformé lorsqu'il s'agit de la perception de soi.

Le résultat principal de ces trois études est que le fonctionnement cognitif des enfants dépressifs se caractérise plus par une auto-évaluation négative de leur compétence alors que leur niveau est normal, que par des difficultés cognitives de traitement de l'information. Ceci va dans le sens de l'hypothèse que les distorsions cognitives et non pas la perturbation cognitive caractérisent la nature des troubles dépressifs chez l'enfant.

Si on reprend les résultats de Bleschman et son équipe, de Cole et son équipe et de Mariage et David, nous avons bien la confirmation qu'il y a une corrélation entre l'incompétence scolaire et les troubles dépressifs. Cependant, en aucun cas les résultats de ces études ne permettent de considérer l'incompétence scolaire seulement comme un facteur de risque ou d'aggravation de la symptomatologie dépressive. Cole (1990) n'exclue justement pas que la symptomatologie dépressive puisse être un effet mais également la cause de multiples incompétences.

2) Les effets des troubles dépressifs sur les compétences scolaires et l'efficacité intellectuelle de l'enfant et de l'adolescent.

Pour Papazian et son équipe (1992), « c'est très souvent à l'école que se cristallisent les troubles affectifs ». Le symptôme d'inhibition de la dépression rend compte des difficultés scolaires. Cette inhibition touche indifféremment la pensée intellectuelle, imaginative et mémorative, le langage et la motricité. Sur le plan relationnel, cette inhibition peut masquer de fortes avidité et agressivité. Ces symptômes vont en retour ternir l'image propre de l'enfant

et alimenter son vécu dépressif. Ici c'est bien la dépression qui est la cause de l'échec scolaire et cet échec scolaire peut alimenter en retour le vécu dépressif.

Les études suivantes serviront à prouver que le lien entre la dépression et l'échec scolaire va dans le sens de la dépression à l'origine de l'incompétence scolaire et ainsi démontrer l'exactitude du modèle de Papazian.

Ialongo et son équipe (1996) recherche les effets de la comorbidité des symptômes dépressifs et anxieux ou des symptômes seuls sur les performances sociales et cognitives.

Pour cela les auteurs vont d'abord vérifier l'existence d'une comorbidité entre anxiété et dépression. Ensuite ils vont mesurer le degré de perturbation cognitive et sociale associé aux symptômes anxieux seuls et feront la même chose pour les symptômes dépressifs seuls. Les auteurs compareront alors ces deux degrés de perturbation. Par ailleurs, ils vérifieront la véracité de l'hypothèse d'une perturbation de plus de domaines du fonctionnement adaptatif avec les symptômes dépressifs qu'avec des symptômes anxieux. Enfin, ils chercheront si la perturbation est plus importante dans le cas d'une comorbidité de symptômes plutôt qu'avec un seul type de symptômes.

L'étude porte sur 1197 enfants d'une moyenne d'âge de 6,6 ans, de 19 écoles primaires élémentaires de la ville de Baltimore, sélectionnées selon cinq zones sociodémographiques distinctes. Les classes d'éducation spécialisée et de surdoués ont été exclues.

Concernant l'évaluation, on a administré aux enfants la R-CMAS pour évaluer l'anxiété et la CDI pour évaluer la dépression. Les pairs ont rempli un Instrument d'Evaluation des Pairs (PAI ; Pekarik, Prinz, Leibert, Weintraub, & Neale, 1976) pour évaluer la timidité et la sympathie. Les professeurs répondent à une TOCA-R (Observation du Professeur sur l'Adaptation à la Classe-Révisée ; Werthamer-Larsson, Kellam, & Wheeler, 1991) qui évalue

six sous-échelles dont deux seulement ont été retenues pour l'étude : Concentration et timidité/participation sociale. Enfin, les enfants ont passé un CAT (Test de Réussite Californien ; Wardrop, 1989)) qui rend compte de leur réussite en mathématiques et en lecture.

Les enfants sont alors répartis en 4 classes : le groupe contrôle (sans symptôme anxieux ni dépressif), le groupe dépression seule, le groupe anxiété seule et le groupe symptômes comorbides. Pour chacun des groupes, on rendra compte de la réussite (mathématiques et lecture), de l'évaluation du professeur quant à la concentration et à la timidité et de l'évaluation des pairs (sympathie et timidité), en différenciant les résultats selon le sexe.

Les limites qui créent la dichotomie entre les élèves sont : le $\frac{1}{4}$ supérieur des scores des évaluations de la timidité par les pairs et les professeurs et l'évaluation de la concentration et le $\frac{1}{4}$ inférieur des scores de réussite au CAT et l'évaluation de la sympathie par les pairs.

Les résultats montrent premièrement que les garçons avec des symptômes anxieux seuls ou des symptômes dépressifs seuls montrent significativement une plus grande perturbation cognitive et sociale que ceux du groupe contrôle. Chez les filles avec l'un des troubles seul, on retrouve également cette différence avec le groupe contrôle mais cette différence n'est significative que dans la relation entre la dépression et les problèmes de concentration.

Les auteurs observent également que la dépression est associée à une perturbation cognitive et sociale plus importante que l'anxiété. En effet, les odds ratios (c'est-à-dire les risques relatifs) chez les garçons sont significatifs dans 4 des 5 domaines étudiés (tous sauf timidité évaluée par les pairs) alors qu'il n'y en a que 3 sur 5 chez les anxieux (réussite et sympathie ne sont pas significatifs). Chez les filles, seule la relation entre la dépression et les problèmes de concentration est significative.

Concernant la comorbidité des troubles anxieux et dépressifs chez les garçons, il apparaît que seule la dépression a plus d'effets négatifs que la comorbidité sur les performances cognitives

et sociales, les auteurs expliquent que dans le cas de la comorbidité se sont peut être seulement les symptômes dépressifs qui sont responsables de la perturbation cognitive et sociale. Chez les filles, seule la comorbidité des troubles est significativement liée à la réussite et à la timidité rapportée par le professeur et seuls les problèmes de concentration sont significativement liés aux symptômes dépressifs seuls.

Nous retiendrons donc que la dépression est à priori responsable d'une perturbation cognitive et sociale importante, touchant plus fortement la réussite scolaire chez les garçons et la concentration chez les filles que l'anxiété et la comorbidité des troubles. Cette étude est très intéressante pour nous puisqu'elle met en évidence le lien entre la dépression, les troubles de l'attention et l'échec scolaire, dans le sens de la dépression à l'origine de l'échec scolaire, cependant elle n'explique pas ce lien.

Hodges et Plow (1990) vont étudier les aptitudes intellectuelles et la réussite scolaire chez des enfants hospitalisés en service psychiatrique et diagnostiqués trouble du comportement, opposant, dépressif ou anxieux selon les critères diagnostiques du DSM-III.

Ils sélectionnent 76 enfants (50 garçons et 26 filles) admis en unité psychiatrique, d'une moyenne d'âge de 10 ans. A chacun des enfants est administré le WISC-R (Weschler, 1974) pour évaluer les aptitudes intellectuelles ; la deuxième partie du Woodcock-Johnson Psychoeducational Battery (Woodcock et Johnson, 1977) pour mesurer la réussite scolaire, qui comprend des épreuves de lecture, mathématiques, écriture et de culture générale ; le Child Assesment Schedule ou CAS (Hodges, Kline, Stern, Cytryn & McKnew, 1982 ; Hodges, McKnew, Burbach & Roebuck, 1987) qui est un entretien semi-structuré à visée diagnostique. Il s'organise autour de 11 domaines d'évaluation : scolarité, amis, activités et loisirs, famille, peurs, inquiétude et anxiété, image de soi, humeur, plaintes somatiques, expression de colère et examen symptomatologique. Le DSM-III est également utilisé, en

utilisant les informations recueillies avec le CAS, pour diagnostiquer les troubles des conduites, les troubles oppositionnels, les troubles dépressifs et les troubles anxieux. Seuls 9 enfants ne passent pas le WISC-R et le Woodcock-Johnson Psycho-Educational Battery, puisqu'ils ont récemment été testés dans le système scolaire.

L'analyse des résultats au WISC-R met en valeur une différence entre le QIP (Quotient Intellectuel de Performance) et le QIV (Quotient Intellectuel Verbal) chez les enfants présentant des troubles des conduites, en faveur du QIP. Pour les enfants opposants, il y a des différences entre le QIV et le QIP mais cette différence varie selon les sujets en faveur de l'un ou de l'autre des QI. Chez les enfants dépressifs, les résultats ne sont pas non plus significatifs : pour un enfant est observé une faiblesse du QIV et chez deux enfants les auteurs observent une faiblesse du QIP. Enfin, chez les enfants anxieux, ils trouvent un QIT (Quotient Intellectuel Total) plus faible (une moyenne de 91) que chez les enfants sans troubles anxieux. Les résultats de l'analyse de la dispersion ne sont significatifs que pour les enfants anxieux et les enfants avec des troubles des conduites.

Après l'analyse des résultats au Woodcock-Johnson Psychoeducational Battery seuls les résultats des enfants dépressifs sont significatifs, particulièrement à l'épreuve de mathématiques.

Ainsi, il résulte que les enfants avec des troubles des conduites ont une relative faiblesse quant à leurs aptitudes verbales, les enfants anxieux se caractérisent par une intelligence globale en dessous des enfants indemnes de troubles anxieux, les enfants dépressifs se manifestent par une réussite plus faible en mathématiques et dans les connaissances générales et pour les enfants opposants il n'y a pas de trouble cognitif qui ait été identifié.

Les résultats des enfants dépressifs aux épreuves de mathématiques s'expliquent par le fait que ce sont des épreuves qui nécessitent plus souvent d'apprendre de nouveaux concepts et

qu'elles requièrent une concentration intacte. Ceci soutient l'hypothèse d'aptitudes à la concentration fortement diminuées chez les enfants dépressifs.

Cette étude met donc bien en évidence que la dépression peut être posée en termes de cause de l'échec scolaire, notamment par les troubles de l'attention et de la concentration qu'elle provoque. Cependant, les résultats concernant le WISC-R mettent en relief les désaccords des chercheurs sur le fait que chez les enfants dépressifs on trouve ou non un écart important entre le QIV et le QIP en faveur du QIP.

Kovacs et Goldston (1991) font une revue de la littérature de la question du développement cognitif et social des enfants et des adolescents déprimés. Nous nous intéresserons particulièrement aux données traitant du développement cognitif. Le développement cognitif ici comprend trois aspects : les performances intellectuelles, l'aptitude à résoudre des problèmes et la réussite scolaire. Pour ces auteurs, ce sont certains symptômes de la dépression qui perturbent le fonctionnement cognitif, notamment les difficultés de concentration, l'anhédonie et le ralentissement psychomoteur. Les problèmes d'attention qui caractérisent souvent la dépression peuvent interférer avec les processus de maîtrise de tâches scolaires nouvelles, non familières ou complexes. La baisse de la motivation peut poser des difficultés lors des tâches d'apprentissage. Le ralentissement psychomoteur peut ralentir l'acquisition et la consolidation d'information dans la mémoire à long terme et peut expliquer les faibles résultats aux épreuves chronométrées. L'échec scolaire peut à son tour provoquer une baisse de l'estime de soi et des expériences liées aux apprentissages négatives. Pour Kovacs et Goldston, la dépression chez l'enfant et l'adolescent ralentit fortement les apprentissages (scolaires, intellectuels, sociaux...) qu'il aurait du faire pendant une période qui est normalement associée à des acquisitions nouvelles très rapides. Ainsi, un enfant de 11

ans qui a été dépressif pendant une année, lorsqu'il est remis de sa dépression a accumulé un retard très important dans ces domaines de développement.

Les auteurs citent deux études (Kaslow et al., 1983 ;1984) comparant des enfants dépressifs à des non-dépressifs. Les résultats montrent que les symptômes dépressifs s'associent à des performances faibles aux tâches qui nécessitent de l'attention, de la coordination et de la rapidité psychomotrice. En revanche, la dépression n'affecterait pas les compétences verbales et la performance intellectuelle verbale. Les résultats de ces études vont tout à fait dans le sens de ceux de Hodges et Plow. Cependant, les résultats d'autres études montrent que les enfants déprimés réussissent aussi bien aux tâches verbales ou présentent une tendance à un QIV plus faible que le QIP. Le désaccord reste donc présent. Concernant les relations entre la dépression et les performances scolaires, une grande partie des études montre qu'un enfant dépressif réussit peu à l'école et à des difficultés scolaires variées. La dépression est également associée à des performances pauvres aux tests standardisés de réussite.

Au total, il ressort que bien sûr la dépression a des effets fortement négatifs sur les aptitudes et les performances scolaires, qu'elle peut donner lieu à une faiblesse du QIV en faveur du QIP mais que cette différence entre les deux QI ne se retrouve pas dans tous les cas.

Les auteurs questionnent le fait que les problèmes scolaires et sociaux puissent précéder la dépression, si ces troubles sont présents uniquement pendant la dépression, s'ils disparaissent en même temps qu'elle et quelles en sont les conséquences à long terme. Pour répondre, au moins partiellement à ces questions, ils ont recours aux études longitudinales. Kovacs cite deux de ses études (Kovacs, 1984 ; Kovacs et Gatsonis, 1989) sur des enfants de 8 à 13 ans auxquels on administrait tous les ans les parties vocabulaire et cubes de Kohs du WISC-R (Weschler, 1974) et dont on recevait les résultats scolaires. Les résultats montrent que la

dépression majeure est fortement associée à des performances perturbées. Les enfants présentent des résultats plus faibles aux épreuves non-verbales pendant un épisode dépressif qu'en dehors de tout épisode dépressif, alors que les performances verbales ne sont pas perturbées. Les enfants dysthymiques ne présentent pas de différence de performances pendant ou en dehors de l'épisode dépressif. Cependant, les analyses longitudinales révèlent un déclin modéré des performances verbales en quelques années chez les enfants atteints d'une dépression majeure ou de dysthymie, qui reflèterait une perturbation de l'acquisition des aptitudes verbales.

Au travers de cette revue de la littérature, on apprend que la dépression a un impact négatif sur certains aspects cognitifs et sociaux. Les études longitudinales mettent également en évidence une perturbation des performances cognitives et intellectuelles non-verbales en association avec la dépression, mais que cette perturbation est temporaire ; en revanche la perturbation du fonctionnement verbal semble quant à elle croissante. Les auteurs concluent sur le fait que la dépression peut avoir des effets négatifs à long terme puisqu'elle perturbe et interfère significativement avec les processus d'apprentissage et l'adaptation sociale.

Petot (1994) fait une étude portant sur l'évaluation des troubles cognitifs des enfants anxieux et/ou dépressifs avec le K-ABC (Kaufman-Assessment Battery for Children, Kaufman & Kaufman, 1983). C'est une batterie pour les enfants de deux ans et demi à douze ans et demi, permettant l'évaluation de l'intelligence et des connaissances. Son originalité est sa distinction entre les processus séquentiels (c'est le traitement des informations les unes après les autres) et les processus simultanés (la totalité des éléments est saisie de manière instantanée). Cette batterie se compose de dix subtests qui sont répartis ensuite en cinq échelles globales : échelle de processus séquentiels, échelle de processus simultanés, processus mentaux composites ou PMC (c'est l'addition des notes aux deux premières

échelles qui permet de l'obtenir), échelle de connaissances et échelle non-verbale. Des études ont mis en évidence une corrélation élevée entre le QIT du WISC-R et les PMC, il en est de même entre le QIP du WISC-R, et les PMC et une corrélation modérée entre le QIV et les PMC.

L'auteur part du fait que « les troubles anxieux et/ou dépressifs s'accompagnent souvent de troubles de l'attention et de la concentration, de distractibilité et d'agitation » (p.171), pour tester l'hypothèse que chez ces enfants, les processus séquentiels sont plus perturbés que les processus simultanés. Ceci permettra sans doute d'apporter de nouvelles informations sur leur fonctionnement cognitif.

Trente-six enfants (7 filles et 29 garçons), d'une moyenne d'âge de 8 ans et 6 mois, correspondant aux critères diagnostiques du DSM-III-R (APA, 1987) pour les troubles dépressifs et/ou le trouble « angoisse de séparation » et ayant un QIP et un QIT au WISC-R ou à la WPPSI supérieur à 80, sont retenus pour l'étude. Cet échantillon se compose de 13 enfants qui associent une dépression majeure et une angoisse de séparation, 15 enfants atteint de dysthymie et de 8 enfants présentant un tableau d'angoisse de séparation.

L'ensemble de l'échantillon passe le K-ABC, le WISC-R ou la WPPSI, le Rorschach et le Hand Test. Les parents remplissent la CBCL (Fombonne & coll., 1988). Seuls les résultats obtenus au K-ABC seront présentés.

Il apparaît que les enfants de l'échantillon réussissent moins bien que les enfants normaux à pratiquement l'ensemble des subtests (huit sur dix). On ne peut donc pas attribuer ces résultats à une perturbation spécifique de l'un ou de l'autre type de traitement de l'information. En revanche on remarque que les trois subtests séquentiels sont nettement moins bien réussis par les enfants anxieux et/ou dépressifs. Cependant, on note qu'une épreuve de traitement simultané (« série de photos ») est encore moins bien réussie. D'autres subtests de traitement simultané ne sont pas mieux réussis que les subtests séquentiels. Les enfants de l'échantillon

ne réussissent donc pas mieux aux subtests de traitement simultané de l'information. Aux subtests de connaissances les auteurs relèvent également des notes plus faibles chez les enfants de l'échantillon par rapport à la population de référence. Au total, il ressort que les performances à chacune des cinq échelles globales sont plus faibles que celles de la population de l'étalonnage.

Cependant, l'auteur ne veut pas négliger la signification psychologique des échecs aux trois subtests séquentiels. L'analyse qualitative des résultats met en évidence que quatre des cinq subtests de processus mentaux les moins réussis sont sensibles à la concentration tandis que les trois subtests les mieux réussis n'y sont pas sensibles. Les troubles de la concentration que l'on trouve souvent chez les enfants anxieux et/ou dépressifs expliqueraient donc les échecs à certains subtests. L'auteur relève également que deux autres subtests sont également moins bien réussis (« devinettes » et « série de photos ») ce qui s'expliquerait par le fait que ce sont des épreuves plus difficiles pour les enfants dont le style cognitif est impulsif, ce qui est assez fréquent chez les enfants anxio-dépressifs. Les résultats de cette étude « paraissent explicables par des perturbations de l'attention et de la concentration, dont le lien avec les perturbations affectives, l'anxiété et la dépression ou l'excitation est évident. » (p.178).

Lauer et son équipe (1994) ont étudié le fonctionnement de la mémoire et les performances de la méta-mémoire chez les enfants souffrant d'une dépression majeure ou de dysthymie. L'hypothèse est que les enfants dépressifs montrent une perturbation dans les tâches requérant un effort de traitement de l'information et seront plus faibles dans les aptitudes cognitives pour l'utilisation de stratégies de mémoire. Ce degré de difficulté devrait refléter la sévérité de la dépression.

Les auteurs sélectionnent 21 enfants dépressifs (12 garçons et 9 filles) et 21 enfants non-dépressifs (12 garçons et 9 filles). Les sujets dépressifs sont évalués avec les critères

diagnostics du DSM-III-R et des entretiens formels. Les sujets non-dépressifs sont des volontaires de la communauté locale et de l'école élémentaire. Tous les sujets passent un WISC-R (Wechsler, 1974) : en plus des QI du WISC-R sont calculés les scores aux facteurs de compréhension verbale, d'organisation perceptive et le facteur III : Freedom from Distractibility ; le Basic Skills Screen du Woodcock-Johnson Tests of Achievement ou WJ-R (Woodcock-Johnson, 1989) qui permet de relever les difficultés d'apprentissage. Sont exclus de l'étude, les enfants qui obtiennent un score inférieur à 85 au WISC-R ou au Basic Skills Screen du WJ-R, ainsi que les enfants qui présentent un second diagnostic du DSM-III-R. L'évaluation pour l'étude se déroule en une seule fois. Le degré de dépression est évalué à partir de la Children's Depression Rating Scale-Revised ou CDRS-R (Poznanski et al., 1979) et la CDI (Kovacs, 1981).

On administre aux enfants trois épreuves évaluant la mémoire. La première est la Frequency of Occurrence Task (Hasher & Chromiak, 1977) qui évalue les capacités automatiques de traitement : est présentée aux sujets une série d'images familières (animaux, vêtements...) dans une brochure, chaque image leur est présentée pendant trois secondes et on leur annonce qu'ils verront plus d'une fois certaines images. En fait, ces images appelées « critiques » sont présentées entre une et quatre fois. Après la visualisation des 70 images, une tâche de jugement relatif et une tâche de jugement absolu sont administrées. La tâche de jugement relatif consiste à dire combien de fois ils ont vu chacune des images critiques ou à essayer de deviner quand ils ne savent pas. Le score maximal est de vingt. Lors de la tâche de jugement absolu, les enfants doivent entourer dans chaque paire d'images qui leur sont présentées (il y a dix paires en tout), l'image qu'ils ont le plus vue. Le score maximal est de dix.

La seconde épreuve de mémoire est le Children's Auditory Verbal Learning Test ou CAVLT (Talley, 1990) qui évalue les capacités individuelles à apprendre une liste de 16 mots familiers au cours de cinq essais. Une seconde liste de 16 mots qui fait interférence est alors présentée

une fois et le sujet doit donner les mots de la première liste. Puis après 20 minutes, un rappel libre de la première liste est de nouveau demandé. Il y a donc trois phases : apprentissage, rappel immédiat et rappel différé.

La troisième épreuve est la Metamemory Battery (Belmont & Borkowski, 1988) qui évalue les connaissances et les aptitudes de mémorisation. Le score total est obtenu à partir des compétences du sujet à comprendre la catégorisation qui facilite l'apprentissage, la flexibilité à apprendre, l'aptitude à juger ses capacités de mémoire et à prévoir le temps que prendra l'apprentissage.

Pour l'analyse des résultats, les enfants sont répartis en trois groupes selon les scores à la CDI : les enfants avec un degré élevé de dépression, les moyennement dépressifs et les peu ou non-dépressifs. Les enfants sont ensuite répartis en sous-groupe selon la variable sexe.

Il n'y a pas de différence significative entre groupe ou entre sexe au score de la Frequency of Occurrence Task. Au CAVLT, les auteurs trouvent une différence significative entre les trois groupes pour le rappel immédiat : les enfants moyennement déprimés réussissent le mieux la tâche suivis des enfants peu ou non-dépressifs puis des enfants fortement dépressifs. A la Metamemory Battery, les deux groupes de dépressifs réussissent légèrement moins bien que les non-dépressifs.

Les enfants dépressifs montrent une perturbation des performances cognitives sélective, notamment en ce qui concerne les tâches de rappel immédiat dont la réussite est corrélée à la sévérité de la dépression. Si les enfants moyennement déprimés réussissent mieux cette épreuve que les enfants non-dépressifs on peut l'expliquer par le fait qu'il faut peut-être un certain degré de dépression avant que les capacités de rappel immédiat soient perturbées. A la Metamemory Battery, les enfants dépressifs ont tendance à surestimer leur capacité de mémoire. Les auteurs font l'hypothèse que cette surestimation sert à compenser les sentiments d'infériorité qui fait suite à l'autocritique négative des dépressifs. Le problème est qu'ils se

placent eux-mêmes en situation d'échec puisque, quand ils surestiment leur capacité ils ne mettent pas en œuvre la stratégie appropriée pour résoudre un problème dont ils sous-évaluent la difficulté. Enfin, on notera qu'il n'existe pas de différence significative dans les résultats entre les enfants souffrant de dépression majeure et ceux souffrant de troubles dysthymiques.

Au total, on retiendra que la dépression est responsable d'une perturbation cognitive et sociale importante, touchant particulièrement la réussite scolaire chez les garçons et la concentration chez les filles.

Les enfants dépressifs se manifestent aussi par une réussite plus faible en mathématiques et dans les connaissances générales.

Il n'y a pas en revanche de consensus sur la réussite ou l'échec électif aux épreuves du QIV ou du QIP chez les enfants dépressifs. Cependant, de nombreuses études tendent à démontrer que le QIP est plus fortement touché dans le cas de dépression, mais de façon temporaire alors que le QIV est légèrement perturbé après quelques années.

L'étude à partir du K-ABC montre une réussite globale plus faible des enfants anxieux et/ou dépressifs, et l'analyse qualitative met en évidence un échec global aux épreuves sensibles à la concentration.

Enfin, les enfants déprimés montrent des capacités de rappel immédiat et ont des capacités de mémoire moins bonnes, ce qui est imputable aux perturbations de l'attention et de la concentration.

B/ EMERGENCE D UN QUESTIONNEMENT ET HYPOTHÈSES

I. QUESTIONNEMENT

Nous sommes partie d'une réflexion et d'observations pratiques au sein de notre lieu de stage pour nous rendre compte que sous le signalement d'enseignants d'enfants « pré-diagnostiqué » avec trouble de l'attention ou de la concentration ou repérés en échec pouvait se cacher d'autres symptômes plus masqués allant jusqu'à révéler une dépression chez ces même enfants.

En effet, les troubles de l'attention et de la concentration sont fortement corrélés avec des symptômes dépressifs et sont souvent confondus. Il convient donc, en temps que psychologue, de ne pas se focaliser uniquement sur les symptômes externalisés dérangeants et pointés comme tels par les enseignants pour reconnaître une éventuelle dépression chez l'enfant.

II. HYPOTHÈSES

Nous faisons l'hypothèse que des enfants repérés par les enseignants en échec et présentant des troubles de l'attention et de la concentration présenteront aussi un indice de dépression.

Nous faisons l'hypothèse que l'intensité de l'indice de dépression perturbe :

- l'attention et la concentration
- le fonctionnement intellectuel et le rendement scolaire

C/ EXPÉRIMENTATION

I. MÉTHODES DE RECUEIL DES DONNÉES ET POPULATION

Nous nous sommes entretenue avec 3 enseignants de 3^{ème} cycle du primaire (5^{ème} année) d'une même école afin de déceler les enfants en échec et présentant des difficultés d'attention

et de concentration en classe tout en nous assurant qu'ils ne répondaient pas non plus aux critères de TDAH.

1) OUTILS ET MATÉRIAUX UTILISÉS

Nous avons utilisé du matériel standardisé déjà existant et nous avons également construit notre propre matériel d'observation d'élèves en classe selon plusieurs critères répondant à notre recherche.

a. Questionnaire de Conners pour les enseignants :

Ici, nous utiliserons la version à 48 items (cf. : Annexe 1). Le questionnaire est rempli par l'enseignant et permet l'évaluation des comportements de l'enfant. Chaque item est coté de 0 à 3 selon quatre degrés différents de sévérité « pas du tout », « un petit peu », « beaucoup », « énormément ». Ce questionnaire dégage cinq sous-échelles : troubles de conduites, problèmes d'apprentissage, troubles psychosomatiques, impulsivité-hyperactivité et anxiété. Un score supérieur au seuil de 15 serait significatif.

Nous détaillerons dans l'analyse des résultats les difficultés en orthographe, lecture et mathématiques estimées par l'enseignante sur une échelle de 0 à 3.

Nous utilisons ce questionnaire afin de compléter par un matériel standardisé l'observation du comportement de l'enfant par l'enseignant qui viendrait souligner les troubles de la concentration et de l'attention ainsi que les difficultés scolaire tout en écartant un TDAH.

b. CDI ou IDE: Inventaire de dépression chez l'enfant

La CDI (Child Depression Inventory, cf. Annexe 2) est un auto-questionnaire de 27 items destiné aux enfants et aux adolescents de 7 à 17 ans. Chaque item est coté de 0 à 2 suivant

trois degrés différents de sévérité allant de « de temps en temps », « très souvent » à « tout le temps ». Un score supérieur à 19 serait significatif d'une dépression. Les notes brutes sont transformées en notes standards dont la moyenne est 50 et l'écart type 10.

c. WISC IV : Wechsler Intelligence Scale for Children

Le WISC IV est une échelle administrée aux enfants de 6 ans à 16 ans 11 mois et 30 jours permettant de connaître leur fonctionnement intellectuel et d'écarter l'hypothèse d'une déficience dans le cas d'un échec scolaire.

d. TAT : Thematic Aperception Test

Le TAT (cf. Annexe 3) est un test projectif élaboré par Murray (1935) et repris d'une manière davantage psychanalytique par Schentoub (1953) se penchant sur le style du récit, les procédés utilisés et la manière même de répondre à la consigne et aux stimuli.

Le fonctionnement psychique du sujet est finalement analysé en tant qu'il est une suite d'oscillations entre un pôle de contrôle (raconter une histoire à partir de la planche) et un pôle de laisser-aller (imaginer cette histoire). Les procédés de défenses ou de dégagement témoignent de ces oscillations sollicitées en partie par le différentiel entre contenus latents et contenus manifestes. Sur le plan technique, Shentoub modifiera les conditions de passation de Murray ainsi que l'utilisation du matériel puisqu'elle réduira le nombre de planches de 31 à 18.

e. Grille d'observation de l'élève et de l'interaction avec l'enseignant en classe

Nous consacrerons une demi-journée par classe afin de nous interroger non seulement sur le développement interne au sujet mais aussi sur des aspects développementaux externes des apprentissages.

Une grille d'observation nous permettra de compléter et de mesurer le rendement et comportement scolaire non seulement par ce que dit l'institution de l'élève (ici, l'enseignant à travers la grille de Connors) mais aussi par mes propres observations des comportements, attitudes, type de rapport de l'élève à l'objet de savoir et de l'interaction qu'il a avec l'enseignant. Nous tenterons alors de voir si le discours que l'enseignant a posé sur l'élève correspond à nos observations et nous observerons aussi certains comportements pouvant être indicateurs de symptômes dépressifs.

Nous éviterons alors de nous fier uniquement au discours de l'enseignant et nos observations standardisées nous permettront aussi d'objectiver les jugements et de contrôler l'effet de la variable « comportement pédagogique », « rapport à l'objet de savoir » et « type de contrat didactique » sur l'échec de l'enfant.

Nous tenterons aussi de structurer l'observation afin d'en assurer la plus grande objectivité possible.

Plusieurs auteurs se sont intéressés à l'observation systématique et à son application à l'école. Parmi ceux-ci, Goupil (1985) et Côté et Plante (1979) présentent des exemples et proposent des exercices qui aident à maîtriser les techniques décrites.

Nous nous sommes inspirés de ces auteurs ainsi que de références théoriques puisées au sein de classifications internationales telles que la CIM 10 ou le DSM 4 afin de créer notre propre grille d'observation (cf. annexe 5).

Nous consacrerons une observation de 50 minutes en situation individuelle impliquant l'enseignement d'une matière avec demande de participation des élèves pendant la séance et

une autre en activité de groupe mettant en scène la lecture en binôme avec un élève lecteur et l'autre tuteur.

Nous avons observé différentes tâches répondant à divers objectifs en fonction de l'enseignant en situation individuelle puisque nous avons 3 groupes classes différents :

- Au sein de notre 1^{er} groupe, la tâche est de reconnaître et d'effectuer des manipulations sur de l'argent avec comme objectif d'appliquer des notions de soustraction et de manipulation numérique sur du matériel et des situations concrètes.
- La tâche du 2^{ème} groupe consistait à la lecture de définition et d'illustration en images avec comme objectif de comprendre des définitions et d'être capable d'élaborer une définition avec ses propres mots et selon des exemples personnels.
- Le 3^{ème} groupe était face à une situation de lecture et de résolution de problèmes arithmétiques à l'oral avec comme objectif d'être capable de retenir des informations verbales et de les réaliser mentalement sans support écrit.

Quant à la situation d'observation en groupe, la tâche choisie à observer était uniforme : situation de lecture en tutorat mais les objectifs affichés par les enseignants différaient. Celui des 2 premiers groupes classe étant de développer une fluidité dans la lecture, être compréhensible par l'autre et par soi même et de développer une capacité à s'écouter, de repérer les erreurs de l'autre, d'accepter ses propres erreurs et de se faire corriger tandis que celui du 3^{ème} groupe classe était davantage de s'impliquer dans une situation d'évaluation par un élève de même niveau et d'accepter les remarques d'un pair.

2) OPERATIONNALISATION DES HYPOTHESES

Le **Conners** nous permettra d'écarter ou non les troubles et indices TDAH avec un score au dessus de 15 significatif de même qu'il nous permettra de mettre en évidence les problèmes cognitifs et d'inattention. Nous choisirons d'éliminer de notre échantillon les élèves répondant à un score significativement supérieur à 15 à l'échelle composée TDAH.

Au **CDI** un score compris entre 19 et 54 est significatif d'une dépression.

Nous porterons également une attention particulière à l'ensemble des sous-échelles en particulier celles reliés à l'incompétence scolaire.

La CDI est composé de 5 sous-échelles : humeur dépressive que nous regrouperons avec anhédonie (items 1, 2, 6, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 19), problèmes interpersonnels (12, 20, 21, 22, 26, 27) incompétence (3, 13, 15, 23) et estime de soi négative (4, 5, 7, 8, 14, 24, 25).

Ainsi les 27 items de la CDI rendent compte des aspects affectifs, cognitifs, relationnels et comportementaux de la dépression. De plus certains items sont relatifs aux conséquences de la dépression comme les difficultés scolaires.

Au niveau du **WISC IV**, nous nous pencherons davantage sur le domaine VERBAL et sur l'aptitude de l'enfant à résoudre des problèmes en repérant des notes significativement basses aux épreuves reliées au domaine scolaire.

En effet, le sous test « *Connaissances* » y est particulièrement corrélé en évaluant l'aptitude de l'enfant à acquérir, retenir et récupérer des connaissances factuelles générales provenant de l'école ou de l'environnement et impliquant aussi la mémoire à long terme.

Nous porterons une attention particulière aux épreuves reliées à la *MEMOIRE DE TRAVAIL* impliquant attention, concentration et contrôle mental a travers les sous-tests :

- « *Séquence de chiffres* », « *Séquence lettres chiffres* » consistant à évoquer des chiffres et des lettres en rappel immédiat. Ces sous-tests évaluent la mémoire auditive à court terme, l'aptitude à faire des séquences, l'apprentissage par cœur, le traitement auditif, l'encodage, l'attention et la concentration ainsi qu'il implique la mémoire de travail, l'aptitude à transformer et à manipuler mentalement de l'information et l'imagerie visuo-spaciale.
- « *Arithmétique* » (composante essentielle de la triade scolaire) évaluant les aptitudes de manipulation mentale, la concentration, l'attention, la mémoire à court et à long terme, le raisonnement numérique et la vivacité d'esprit. Il sollicite aussi l'aptitude à faire des séquences, le raisonnement fluide et le raisonnement logique et est corrélé avec la réussite scolaire.

En ce qui concerne le TRAITEMENT DE L'INFORMATION, le sous test « Codes » implique la mémoire à court terme, l'aptitude d'apprentissage, la perception visuelle, la coordination visuo-motrice, le balayage visuel, la flexibilité cognitive, l'attention et la motivation ainsi que les processus visuels et séquentiels.

Au TAT, les récits des sujets dépressifs sont courts, pauvres et descriptifs ce qui traduit une inhibition créative et les thèmes sont souvent morbides, notamment aux planches 3, 5. Cependant les thématiques morbides aux planches qui s'y prêtent le moins sont d'autant plus significatives du vécu dépressif. Nous nous centrerons alors davantage sur le repérage d'éléments dépressifs et leur fréquence d'apparition. Les procédés d'évitement à la planche 3 nous apparaîtrons significatifs d'une incapacité à élaborer un contenu latent dépressif.

Nous porterons également attention aux planches 1, 13 et 16 dont les contenus latents sont liés respectivement à une problématique de solitude et à l'angoisse d'abandon, à une position dépressive, à une angoisse de perte d'amour d'objet, à la capacité à rester seul et enfin, à la

capacité d'imagination et de projection du sujet et à sa capacité à négocier la séparation (cf. annexe III).

La **grille d'observation de l'élève en classe** nous permettra de définir le comportement de façon opérationnelle pour le rendre observable et mesurable. Nous faisons le choix d'observer par échantillon de temps, cette méthode ayant comme principe de base d'observer brièvement un comportement à des moments précis et d'assumer que ces moments sont représentatifs du temps total.

L'observation par échantillon de temps s'est fait en divisant d'abord une période de temps en plusieurs parties égales. Deux cours de cinquante minutes ont été divisés en périodes de dix minutes. À la fin de chacune de ces périodes, nous notons si le comportement cible se manifeste à ce moment précis.

Nous observons les comportements suivants (cf. annexe 5) :

- Type de contrat didactique et rapports aux savoirs
- Activités motrices ou psycho-motrices (agitation, déplacements)
- Tristesse ou apparence déprimée ((humeur dépressive, effacement, inhibition, renfermement, apathie ou ralentissement psycho-moteur)
- Niveau d'attention, de plaisir et d'intérêt à la tâche
- Type de relation avec l'enseignant et avec les pairs (interactions positives ou négatives, retrait ou entraide)
- Plaintes (somatiques ou d'incapacité)
- Fatigabilité ou perte d'énergie
- Rendement scolaire (échec ou réussite à la tâche)

3) PRÉSENTATION DES SUJETS

Nous nous sommes fondée tout d'abord sur le discours des enseignants pour choisir nos sujets répondants aux caractéristiques recherchées : difficultés d'attention et échec scolaire.

Pour conserver la confidentialité des données et des situations, nous avons modifié les prénoms des sujets dont il est question.

Tom

Tom est un enfant âgé de 10 ans et demi. L'enseignante témoigne de difficultés d'attention, elle à l'impression qu'il n'écoute pas, qu'il est toujours ailleurs et qu'il ne comprend pas et ne retiens pas les consignes. Ses difficultés se situent surtout en français en particulier en orthographe et en expression écrite.

Léa

Léa a 11 ans, elle n'est pas attentive en classe et ne se concentre pas. Pour autant, elle ne parle pas et ne dérange pas la classe, elle reste dans son coin et semble rêveuse. Au niveau scolaire, elle est faible au point que l'enseignante et l'équipe école envisage une reprise de la 5^{ème} année. Elle est depuis peu suivie en orthopédagogie une fois par semaine pour travailler ses difficultés en mathématiques et sa motivation scolaire.

Mathieu

Mathieu est un enfant de 12 ans qui reprend sa 5^{ème} année mais l'enseignant n'observe pas d'amélioration en particulier en mathématiques et en orthographe. Il le décrit comme « dans son monde » et déconnecté de ce qu'il se passe au sein de la classe ce qui le pénalise lorsqu'il se retrouve face à une tâche à laquelle il n'a pas écouté la consigne. Par ailleurs, il décrit Mathieu comme un enfant assez isolé qui est nouveau dans l'établissement mais qui, depuis le début d'année, n'a pas initié d'amitié particulière avec d'autres enfants. Mathieu semble conscient de ses difficultés scolaires et se décourage rapidement.

Jean

Jean a 12 ans et a repris sa 3^{ème} année. L'enseignant mentionne de l'inattention et un faible rendement scolaire. Il présente des difficultés en mathématiques et en français et Jean est décrit également comme anxieux et sensible à l'échec. Lorsqu'il est devant un travail ou une consigne dépassant ses capacités, il décroche et fait autre chose et n'essaie pas d'aller au-delà de sa difficulté.

Olivier

Olivier est un élève de 11 ans qui, selon l'enseignante, n'arrive pas à écouter de lui-même, elle doit sans arrêt le reprendre et le refocaliser sur la tâche et si elle n'est pas derrière lui, il perd la concentration selon ses dires. Elle pense que ses difficultés scolaires en français et en mathématiques vont l'amener à demander une reprise ce que les parents approuvent car ils ont eux même de la difficulté à accrocher Olivier sur le scolaire et sur ses devoirs. D'autre part, l'enseignante précise qu'Olivier est un enfant assez introverti et renfermé et qu'il ne participe jamais en classe.

Tina

Tina est une enfant de 12 ans qui reprend également sa 5^{ème} année. L'enseignante mentionne des difficultés d'attention et de concentration et un manque d'écoute, elle la décrit comme une élève dissipée et pas motivée, qui refuse souvent le travail et les tâches scolaires notamment devant la difficulté.

Si nous comparons de manière « chiffrée » nos sujets aux autres élèves considérés comme "ayant un rapport institutionnel aux savoirs conforme aux attentes de l'enseignant", nous remarquons qu'ils se situent tous au niveau scolaire en dessous de la moyenne générale de leur classe aux évaluations du 1^{er} trimestre mise à part pour Tina dont les résultats sont faibles mais dans la moyenne considérant le fait qu'elle reprend son année scolaire.

II. PRÉSENTATION QUANTITATIVE DES RÉSULTATS

Nous avons choisi pour l'analyse de nos résultats, d'opter pour une analyse descriptive des résultats quantitatifs aux tests et de nous pencher plus en détails sur une analyse davantage intégrée de nos cas dans une partie discussion.

1) Analyse des résultats quantitativement outils par outils

Nous allons tout d'abord présenter les résultats de nos 6 sujets pour chacun des tests administrés et ensuite traduire et vérifier notre seconde hypothèse sous la forme d'un tableau intégrant nos différents résultats.

a. Questionnaire de Conners pour les enseignants :

| | Tom | Léa | Mat | Jean | Oliv | Tina |
|---------------------------------------|-----|-----|-----|------|------|------|
| Opposition | 2 | 2 | 3 | 1 | 0 | 8 |
| Problèmes cognitifs- Inattention | 15 | 19 | 18 | 21 | 18 | 18 |
| Hyperactivité | 4 | 3 | 2 | 4 | 2 | 4 |
| Anxiété-Retrait | 7 | 8 | 4 | 3 | 11 | 4 |
| Perfectionnisme | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 |
| Problèmes sociaux | 5 | 5 | 9 | 0 | 6 | 3 |
| Index TDAH Conners | 14 | 14 | 12 | 12 | 14 | 15 |
| Index global agité- impulsivité | 7 | 7 | 4 | 7 | 5 | 7 |
| Index global labilité émotionnelle | 2 | 2 | 4 | 0 | 2 | 4 |
| Index global total | 9 | 9 | 8 | 7 | 7 | 11 |
| DSM 4 Inattentif | 15 | 16 | 17 | 16 | 21 | 17 |
| DSM 4 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 3 |

| | | | | | | |
|---|----|----|----|----|----|----|
| Inattentif- Impulsif | | | | | | |
| DSM 4 Total | 17 | 18 | 20 | 19 | 22 | 20 |
| Difficultés en orthographe (de 0 à 3) | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Difficultés en lecture (de 0 à 3) | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 |
| Difficultés en mathématiques (de 0 à 3) | 1 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 |

Nous avons relevés chez nos 6 sujets évalués des problèmes cognitifs et d'inattention (score significativement supérieur à 15 à l'échelle de Conners version enseignants). En effet, tous nos sujets répondent aux critères du DSM IV élaborés par le Conners pour diagnostiquer un trouble de l'attention et des symptômes inattention (scores inférieurs à 6 sur 9 pour tous nos sujets) mais aucun ne montrent de l'hyperactivité et de l'impulsivité significative.

D'autre part, nous relevons des difficultés scolaires chez tous nos sujets signalés comme tel.

L'exemple du calcul du protocole d'Olivier est disponible en annexe 4.

b. CDI ou IDE: Inventaire de dépression chez l'enfant

| | Tom | Léa | Mat | Jean | Oliv | Tina |
|---|-----|-----|-----|------|------|------|
| Echelle globale | 15 | 21 | 20 | 25 | 34 | 12 |
| Humeur dépressive- anhédonie (score max : 20) | 2 | 7 | 6 | 8 | 12 | 2 |
| Problèmes interpersonnels (score max : 12) | 4 | 5 | 6 | 5 | 5 | 4 |
| Incompétence- Domaine scolaire (score max : 8) | 6 | 5 | 4 | 6 | 7 | 4 |
| Estime de soi négative (score max : 14) | 3 | 4 | 4 | 6 | 10 | 2 |

Nous avons émis comme première hypothèse que des enfants repérés par les enseignants en échec et présentant des troubles de l'attention et de la concentration présenteront aussi un indice de dépression.

Nos résultats vont dans ce sens puisque sur nos 6 enfants évalués, 4 présentent des indices de dépression au CDI avec une échelle générale significativement supérieure à 19. L'exemple du calcul du protocole d'Olivier est disponible en annexe 4.

c. WISC IV Wechsler Intelligence Scale for Children:

| | Tom | Léa | Mat | Jean | Oliv | Tina |
|--|-----|-----|-----|------|------|------|
| QI Global | 91 | 77 | 95 | 80 | 88 | 97 |
| QI Verbal | 81 | 81 | 91 | 84 | 87 | 95 |
| QI Raisonnement Perceptif | 91 | 83 | 107 | 85 | 111 | 102 |
| Vitesse de traitement de l'information | 92 | 85 | 96 | 89 | 94 | 100 |
| Mémoire de travail | 90 | 80 | 87 | 83 | 88 | 97 |
| Sous-test Connaissances | 7 | 5 | 7 | 5 | 6 | 10 |
| Sous-test Code | 7 | 8 | 7 | 7 | 9 | 10 |
| Sous test Séquences des chiffres | 8 | 5 | 6 | 5 | 5 | 8 |
| Sous test Arithmétique | 12 | 4 | 7 | 5 | 8 | 14 |

Nous ne relevons pas de déficit cognitif chez aucun de nos sujets se situant entre la zone frontière haute et une intelligence moyenne.

Nous observons une différence significative entre le raisonnement verbal et le performance et une hétérogénéité des résultats chez deux de nos sujets.

Les résultats aux sous-tests évalués sont globalement en deçà d'une moyenne générale de la population et témoignent de difficultés spécifiques de nos élèves dans ces épreuves avec des notes significativement basses aux épreuves testées reliées au domaine scolaire en particulier chez nos 4 sujets présentant des indices de dépression (Léa, Mathieu, Jean et Olivier) obtenant un score entre 4 et 9 selon les sous-tests.

d. TAT Thematic Aperception Test :

Les réponses à chaque planche utilisées sont disponibles en annexe 3. Nous pouvons remarquer qu'il n'y a pas de réelles tentatives d'élaboration chez nos sujets et que les discours sont plutôt pauvres et descriptifs ce qui peut venir signaler un vécu dépressif.

| | Tom | Léa | Mat | Jean | Oliv | Tina |
|-------------|-----------------------------------|---|--|---------------------------------|--|-----------------------------|
| Planche 1 | Apparition d'éléments dépressifs | Apparition d'éléments dépressifs : Immaturité de l'enfant et absence de plaisir | Rêve et fantasme mais reconnexion à la réalité | Pas de motivation et incapacité | Apparition d'éléments dépressifs : reconnaissance de l'immaturité de l'enfant et incapacité scolaire | Pas de volonté |
| Planche 3 M | Problématique relative à la perte | | Peur | Processus défensifs | Réflexion, introspection | |
| Planche 5 | Intrusion | Problématique relative à la perte et à l'intrusion | Solitude, vieillesse | Vérification | Problématique relative à la perte | Intrusion disparition fuite |
| Planche 13 | Ennui, solitude | Abandon | Reconnaissance mais refus de la solitude | Evitement | Solitude, exclusion, perte d'intérêt pour le jeu | Rejet |
| Planche 16 | Processus d'évitement | Le néant | Reconnaissance de la séparation | Processus défensifs et anxiété | Vide, néant | Elaborat |

Le premier sujet ne présentant pas d'indice de dépression au CDI (Tom) témoigne cependant de procédés défensifs au TAT tandis que le second (Tina) ne répond pas à nos critères posés

au travers de cette hypothèse et nous ne voyons pas non plus l'apparition d'éléments dépressifs ou de processus défensifs au TAT.

La nature de l'angoisse repérée chez les autres sujets à travers nos protocoles va globalement dans le sens d'une angoisse de perte de l'amour de l'objet, de séparation, d'incapacité ou d'impuissance pouvant révéler la présence d'aspects dépressifs (Shentoub et al, 1990).

D'autre part, nous observons chez 2 de nos sujets un processus massif d'évitement à la planche 3 significatif de position dépressive ou d'une incapacité à élaborer un contenu latent dépressif.

e. Grille d'observation en classe

| Situation d'observation en Individuel | | | | | | | Situation d'observation en Groupe | | | | | |
|---|---------|---------|---------|----------|---------|----------|--|---------|---------|----------|----------|----------|
| <p>Analyse de la tâche effectivement réalisée:</p> <p>1- Reconnaître et faire des manipulations sur de l'argent 2- Lecture de définition et illustration en image 3- Lecture et résolution de problèmes arithmétiques à l'oral</p> <p>Objectif de l'enseignante :</p> <p>1- Appliquer des notions de soustraction et de manipulation numérique sur du matériel et des situations concrètes.</p> <p>2- Comprendre des définitions Etre capable d'élaborer une définition avec ses propres mots et selon des exemples personnels</p> <p>3- Etre capable de retenir des informations verbales et de les réaliser mentalement sans support écrit impliquant donc calcul mental et mémoire de travail</p> | | | | | | | <p>Analyse de la tâche effectivement réalisée:</p> <p>1-2-3 : Situation de lecture en tutorat</p> <p>Objectif de l'enseignante :</p> <p>1-2-3 : Développer une fluidité dans la lecture, être compréhensible par l'autre et par soi même et échanger sur ce qui vient d'être lu ainsi que d'être capable de s'écouter, de repérer les erreurs de l'autre, d'accepter ses propres erreurs et de se faire corriger</p> <p>3- S'impliquer dans une situation d'évaluation par un élève de même niveau</p> | | | | | |
| Nombre de comportements observés en 50 minutes | Tom Gr1 | Léa Gr1 | Mat Gr2 | Jean Gr2 | Oli Gr3 | Tina Gr3 | Tom Gr1 | Léa Gr1 | Mat Gr2 | Jean Gr2 | Oli Gr 3 | Tina Gr3 |
| Réponse à la tâche | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 |
| Réponse aux objectifs de l'enseignant | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| Agitation psychomotrice (activités motrices, remue, | 2 | 1 | 0 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| bouge, se déplace) | | | | | | | | | | | | |
| Tristesse ou apparence déprimée (humeur dépressive, effacement, inhibition, renfermement, apathie ou ralentissement psycho-moteur) | 0 | 4 | 2 | 1 | 3 | 1 | 0 | 2 | 2 | 3 | 2 | 0 |
| Perte d'attention ou d'intérêt a la tâche | 3 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 |
| Retrait social | 1 | 3 | 3 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| Plaintes (somatiques, d'échec, d'incapacité) | 0 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 2 | 0 |
| Fatigabilité ou perte d'énergie | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| Rendement scolaire (échec a la tâche) | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 |
| Interaction négative avec l'enseignant (interpellations, se fait reprendre ou remarquer) | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Interaction négative avec les pairs (dérange, bavarde, bruits vocaux ou interpelle) | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Interaction positive avec l'enseignant (remarques positives, pose des questions, participation) | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| Interaction positive avec les pairs (entraide) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Plaisir et intérêt a la tâche | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| Rendement scolaire (succès a la tâche) | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |

Lors de nos observations en classe, nous avons pu recueillir un inventaire de comportements relatifs à nos différentes hypothèses concernant plusieurs domaines (symptômes dépressifs, attention et concentration, intérêt à la tâche et interactions).

Nous analyserons ces observations d'une façon davantage qualitative en revenant sur nos cas en partie discussion et en décrivant leurs comportements spécifiques re-contextualités au regard de leur problématique respective et intégrés à l'ensemble de leur fonctionnement observé à travers nos différents outils.

2) Multi-intégration des résultats

Quatre de nos sujets ont répondu à notre première hypothèse selon laquelle des enfants repérés par les enseignants en échec et présentant des troubles de l'attention et de la concentration présenteraient aussi un indice de dépression (résultats au CDI).

Nous avons émis la seconde hypothèse selon laquelle l'intensité de l'indice de dépression perturbait:

- l'attention et la concentration
- le fonctionnement intellectuel
- le rendement scolaire

Sur nos 4 élèves répondant à la première hypothèse, nous pouvons alors établir des corrélations entre :

- l'intensité d'indice de dépression (CDI, TAT et grille d'observation de l'élève en classe)
- attention et concentration (Conners)
- fonctionnement intellectuel (QI au WISC)
- fonctionnement cognitif et rendement scolaire (sous-tests choisi au WISC, questions du CDI et observations des comportements, attitudes et type de rapport de l'élève à l'objet de savoir en classe)

| | Items ou résultats des différentes échelles | Léa | Mathieu | Jean | Olivier |
|--|---|-----|---------|------|---------|
| Type de contrat didactique et rapports aux savoirs | Réponse à la tâche | 4 | 3 | 2 | 5 |
| | Réponse aux objectifs | 2 | 2 | 1 | 3 |

| | | | | | |
|--|--|---|-----|----|-----|
| Dépression | Intensité d'indice de dépression (CDI) | 21 | 20 | 25 | 34 |
| | Humeur dépressive-anhédonie (CDI) | 7 | 6 | 8 | 12 |
| | Tristesse ou aspect déprimé, retrait social, plaintes somatiques ou d'incapacité, fatigabilité ou perte d'énergie (grille d'observation) | 16 | 14 | 13 | 13 |
| | Apparition d'éléments dépressifs dans le TAT | 5 | 2 | 0 | 4 |
| | Thématique de rejet et d'incapacité dans le TAT (impuissance et évitement du conflit) | 1 | 0 | 1 | 1 |
| | Apparition d'éléments défensifs dans le TAT (refus des planches ou défaut d'ellaboration) | 0 | 1 | 5 | 0 |
| | Attention et concentration | Problèmes cognitifs et d'inattention significatifs au Connors | 19 | 18 | 21 |
| Perte d'attention ou d'intérêt à la tâche (grille d'observation) | | 7 | 3 | 5 | 4 |
| Fonctionnement intellectuel | QI Global | 77 | 95 | 80 | 88 |
| | QI performance | 83 | 107 | 85 | 111 |
| | QI verbal | 81 | 91 | 84 | 87 |
| | MDT | 80 | 87 | 83 | 88 |

| | | | | | |
|--------------------|---|----|----|----|----|
| | Vitesse de traitement | 85 | 96 | 89 | 94 |
| | Sous test Connaissances | 5 | 7 | 5 | 6 |
| | Sous test Codes | 8 | 7 | 7 | 9 |
| | Sous test Séquences de chiffres | 5 | 6 | 5 | 5 |
| | Sous test Arithmétique | 4 | 7 | 5 | 8 |
| Rendement scolaire | Difficultés en orthographe, lecture, mathématiques (Conners) | 9 | 8 | 9 | 8 |
| | Echecs (vs succès)observés à travers la grille d'observation | 2 | 0 | 0 | 0 |

D/ DISCUSSION

A partir de ces résultats, nous pouvons entamer une discussion de ceux-ci, les mettre en relations avec nos hypothèses et nos apports théoriques et y intégrer des aspects complémentaires relatifs aux variations de contrats didactiques et aux rapports aux savoirs.

1) Aspects centraux de notre problématique et retour théorique

1. Nous avons fait l'hypothèse que des enfants repérés par les enseignants en échec et présentant des troubles de l'attention et de la concentration présenteront aussi un indice de dépression.

| | Léa | Mat | Jean | Olivier |
|---|-----|-----|------|---------|
| Problèmes cognitifs-inattention Conners | 19 | 18 | 21 | 18 |

| | | | | |
|-----------------------------------|----|----|----|----|
| Echelle globale dépression CDI | 21 | 20 | 25 | 34 |
|-----------------------------------|----|----|----|----|

Quatre des six de nos sujets évalués par les enseignants en échec et présentant des troubles de l'attention et de la concentration (score significativement supérieur à 15 à l'échelle de Connors version enseignante) ont effectivement présenté un indice de dépression significatif selon l'auto-évaluation de la CDI avec une échelle générale significativement supérieure à 19. Nous avons repérés au cours de nos lectures bibliographiques que certaines recherches (Trowell et al. (2003) in *Journal of Child Psychotherapy*) considéraient un score significativement au CDI à 12-13 considérant une population jeune ce qui pourrait inclure Tom dans cette tranche mais nous avons décidé de nous tenir aux scores fournis par la CDI.

2. Nous avons fait l'hypothèse que l'intensité de l'indice de dépression perturbait :

a- l'attention et la concentration

| | Léa | Mat | Jean | Olivier |
|---|-----|-----|------|---------|
| Multi- intégration des résultats-volet dépression | 50 | 43 | 53 | 72 |
| Multi- intégration des résultats volet attention et concentration | 26 | 21 | 26 | 22 |

Léa et Jean ont le plus de difficultés d'attention et de concentration et présentent un indice de dépression plus élevé que Mathieu qui lui présente moins de difficulté d'attention et de concentration.

Par contre, si nous regardons proportionnellement, Olivier présente des difficultés d'attention et de concentration moindres au regard de son résultat beaucoup plus élevé au volet dépression.

Ainsi, nous pouvons dire que l'intensité de l'indice de dépression perturbe l'attention et la concentration pour 3 de nos sujets ou encore, que plus l'indice de dépression est élevé, plus l'attention et la concentration sont perturbés ce qui n'est cependant pas le cas pour Olivier.

b- le fonctionnement intellectuel et la réussite scolaire

| | Léa | Mat | Jean | Olivier |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Multi-intégration des résultats-volet dépression | 50 | 43 | 53 | 72 |
| QI Global | 77 (13 ^{ème} percentile) | 95 (37 ^{ème} percentile) | 80 (9 ^{ème} percentile) | 88 (21 ^{ème} percentile) |
| Multi-intégration des résultats difficultés scolaires | 9 | 8 | 9 | 8 |

En ce qui concerne le fonctionnement intellectuel, nous pouvons voir que tous nos sujets se situent à un potentiel relativement bas si nous les comparons à l'étalonnage sur une population générale.

Le sujet présentant l'indice de dépression le plus élevé (Olivier) n'est cependant pas celui présentant le QI le plus bas. Par contre, le sujet présentant le moins d'indice de dépression (Mat) obtient le QI le plus haut de même que Jean présente plus d'indice dépressif que Léa mais obtient un QI plus performant.

Ainsi, de notre échantillonnage, nous ne pouvons dire que l'intensité de l'indice de dépression affecte la performance intellectuelle ou que plus l'indice de dépression est élevé, plus bas sera le QI global mais nous pouvons cependant observer que notre échantillonnage obtient de plus faibles performances cognitives qu'une population générale.

Pour ce qui est de la corrélation indice de dépression- réussite scolaire, nous constatons que nos 4 sujets présentent des difficultés similaires mais nous ne pouvons confirmer l'hypothèse que l'intensité de l'indice de dépression affecte le fonctionnement scolaire dans la mesure où nos résultats présentent une faible dispersion et là encore, notre sujet présentant un indice le plus haut (Olivier) témoigne de difficultés moindres si nous le comparons à Jean ou à Léa qui eux obtiennent des indices de dépression plus faibles et moins d'échec scolaire.

3. Nous avons par ailleurs dégagé de nos recherches théoriques que des élèves présentant des indices de dépression seraient plus faibles en mathématiques et présenteraient au sous-test du WISC IV des difficultés spécifiques en arithmétique lié à des difficultés d'attention (cf. études de Hodges et Plow, 1990) et des difficultés à certaines épreuves verbales liées au scolaire et à l'épreuve « code » lié au traitement de l'information ainsi que de faibles performances en mémoire de travail en corrélation avec l'attention.

Il était également discuté dans certaines recherches la différence significative entre l'indice de QI verbal et celui de performance mais cette différence faisait l'objet de désaccords.

| | Léa | Mat | Jean | Olivier |
|---|-----|-----|------|---------|
| Multi-intégration des résultats-volet dépression | 50 | 43 | 53 | 72 |
| Difficultés en mathématiques selon Connors (de 0 à 3) | 3 | 3 | 3 | 2 |
| QI Raisonement Perceptif | 83 | 107 | 85 | 111 |
| QI Verbal | 81 | 91 | 84 | 87 |
| Vitesse de traitement de l'information | 85 | 96 | 89 | 94 |
| Mémoire de travail | 80 | 87 | 83 | 88 |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| Sous-test Connaissances | 5 | 7 | 5 | 6 |
| Sous-test Code | 8 | 7 | 7 | 9 |
| Sous test Séquences des chiffres | 5 | 6 | 5 | 5 |
| Sous test Arithmétique | 4 | 7 | 5 | 8 |

En ce qui concerne la faiblesse des élèves en mathématiques, elle est largement constatée par l'évaluation des enseignants de même que par les résultats scolaires des élèves bien que là encore, notre sujet présentant l'indice le plus élevé de dépression témoigne de difficultés moindres comparé aux autres élèves évalués.

Au WISC, l'épreuve « arithmétique » est effectivement en deçà de deux écarts type de la moyenne de nos sujets pour 2 d'entre eux (Léa et Jean) tandis que pour les 2 autres, bien que la côte soit faible au regard de la population générale, ce sous test reste dans la moyenne de nos sujets (Mathieu et Olivier).

Par contre, en ce qui concerne l'épreuve « séquences de chiffres », 3 de nos sujets présentant des indices de dépression sont en deçà de 2 écarts types de leur moyenne ce qui témoigne de difficultés spécifiques à ce sous-test (Léa, Jean et Olivier).

Si nous nous penchons sur l'épreuve « connaissances » relativement corrélée avec le scolaire, nous pouvons dresser la même constatation que ci-dessus puisqu'encore 3 de nos élèves s'éloignent de leur moyenne de plus de 2 écarts types ce qui vient signifier des difficultés spécifiques pour les mêmes élèves.

Les résultats au « traitement de l'information » de notre population répondant aux critères d'indices de dépression situent nos élèves au sein d'une intelligence dans la basse moyenne pour 2 d'entre eux (Léa et Jean) et dans la moyenne pour les 2 autres (Mathieu et Olivier).

Les résultats de nos 4 sujets à l'épreuve « code » ne sont pas significativement bas comparé à leur moyenne respective ce qui nous montre que notre population ne témoigne pas de difficultés spécifiques en traitement de l'information.

La « mémoire de travail » paraît quant à elle affectée puisque les résultats de nos 4 sujets les situent dans la basse moyenne.

Pour 2 de nos sujets, nous observons une hétérogénéité des résultats et une différence significative entre le verbal et le performance au profil de ce dernier avec comme différence un score significatif de 16 pour Mathieu et de 24 pour Olivier.

Les deux autres présentent une homogénéité verbal vs performance ce qui ne nous permet pas de venir nuancer les divergences théoriques concernant ce point spécifique.

2) Discussion de cas

Nous trouvons intéressant de dresser ici une analyse davantage qualitative analysant le fonctionnement de chaque sujet afin notamment de noter ce qui relève de l'endogène et de l'exogène, les facteurs dominants pouvant créer le manque d'attention, les éléments dépressifs alimentés ou aggravés par l'échec scolaire et comparer nos propres observations et résultats au discours enseignant et au test du Connors pour les enseignants.

Tom

Tom ne présente pas d'éléments dépressifs significatifs au CDI bien que l'analyse du Connors souligne des problèmes cognitifs et d'inattention mais plus dans le registre lié à l'anxiété.

Au niveau psycho-affectif, nous notons que Tom est défensif et évitant au TAT et nous nous sommes demandé si l'auto-évaluation de la CDI comportait aussi certains de ces aspects où Tom éviterait ou minorerait certains aspects convergeant vers un indice de dépression.

La motivation scolaire semble poser problème, il dit en entretien individuel ne pas aimé travailler et venir à l'école mais juste jouer. Par ailleurs, nos observations en classe nous poussent à penser que ses problèmes d'inattention seraient davantage à mettre en corrélation directement avec ses difficultés scolaires liées également à une peur de l'échec. Nos observations directes nous montrent par ailleurs une certaine agitation motrice lors des activités en groupe classe, une impression d'impatience avec perte d'intérêt et d'attention à la

tâche et une fatigabilité. Il se tient en équilibre sur sa chaise, les deux pieds de celle-ci levés et lui légèrement balancé vers l'arrière.

Il est repris pour ces raisons par l'enseignante de façon autoritaire pointant ces comportements négatifs et inappropriés selon elle. Un des facteurs créant le manque d'attention semble provenir d'une incompréhension des consignes et des situations scolaires groupales et nous nous interrogeons davantage sur une problématique langagière au niveau réceptif (de plus qu'il ne témoigne d'aucune difficulté en mathématiques) pour ce qui est de cet enfant n'ayant pas répondu à nos hypothèses. Pour autant, Tom ne témoigne pas de différences significatives entre le QI verbal et performance bien que ces épreuves testent le langage expressif et son potentiel intellectuel le situe au sein d'une intelligence moyenne. Dans le cas de Tom, l'influence du milieu exogène et l'échec scolaire pourrait venir alimenter de l'anxiété et certains éléments dépressifs cependant non reconnus par l'enfant.

Léa

Léa présente des résultats significatifs aux indices de dépression évalués par la CDI à l'échelle globale de même que les symptômes d'humeur dépressive et d'anhédonie sont mis en avant par l'enfant. Au niveau psycho-affectif, des éléments dépressifs apparaissent dans le TAT à travers l'absence de plaisir que nous notons aussi lors de nos observations en classe où elle fait preuve d'une apparence triste et déprimée, d'une inhibition marquée et de renfermement renforcé également par l'impression qu'elle fait plus jeune que son âge et qu'elle parle à mi-voix à peine audible. Elle témoigne par ailleurs d'une inattention à la tâche et d'un manque d'énergie avec un regard dans le vague (l'enseignante l'avait décrite comme rêveuse) et elle se fait reprendre dans le sens de l'écoute, de la concentration et de la motivation suite au fait qu'elle ne parvient pas à répondre à une question découlant de la démonstration préalable de l'enseignante. Léa ne semble pas non plus réceptive à l'aide de

l'une de ses camarades de classe et se montre indifférente à cette tentative. Elle semble pourtant éprouver plus d'intérêt et de plaisir en situation 2 de tutorat de lecture dans laquelle elle participe à la tâche et interagit avec sa partenaire choisie selon un critère amical. Il semble que cette autre élève soit sa seule « amie » et cette dernière présente aussi des difficultés scolaire et psychologique (syndrome Gilles de la Tourette). Lors de l'évaluation psychologique individuelle, Léa parlera de cette amie et elle mentionnera le fait qu'elle n'aime pas les moqueries de la part des autres. Notons qu'elle témoigne également d'un indice élevé aux symptômes anxiété-retrait au Conners. Le facteur dominant créant son manque d'attention semble être endogène lié hypothétiquement à un sentiment d'incapacité et d'échec avec une reconnaissance au CDI de son incompetence dans le domaine scolaire et les éléments dépressifs paraissent aggraver l'échec de même que les interventions de l'enseignante et le milieu exogène ont l'air d'exercer complémentirement une pression supplémentaire. Enfin, son potentiel intellectuel la situe au niveau de la zone frontière et ses différents résultats en particulier à la vitesse de traitement de l'information et en mémoire de travail témoigne d'un certain ralentissement de l'activité intellectuelle.

Nous pouvons alors établir un lien entre l'affectif et le cognitif puisque cet enfant ne semble pas avoir confiance en ses capacités, éléments repérables lors de nos observation mais également au regard de ses résultats aux épreuves « code » et « symboles ». Léa ne semble de plus pas étayée narcissiquement et nous pouvons nous poser la question de savoir si la situation scolaire et l'investissement (ou le défaut d'investissement) affectif et didactique entretient la mauvaise estime de soi et si cette dernière entraînerait à nouveau l'échec.

Mathieu

Mathieu répond significativement aux problèmes cognitifs et d'inattention au Conners ainsi qu'à l'échelle globale de la CDI indiquant des indices dépressifs avec prédominance de

problématiques interpersonnelles. En effet, Mathieu éprouve des difficultés à investir les relations sociales et scolaires selon les dires de l'enseignant, ses observations au Connors et nos propres observations en situation scolaire. Lors de mon observation en classe, il manifeste plusieurs formes de retrait social et témoigne également de signes dépressifs avec des comportements apathiques de renfermement et un ralentissement psycho-moteur. Mathieu se montre « particulier » puisque à la place de mettre sa tête entre ses bras sur la table et de retrouver le calme après la récréation, lui met directement sa joue sur la table et respire très fort. Il ne répond pas aux demandes de l'enseignant et les autres enfants rient de lui mais il ne semble pas y porter attention, continue et dit qu'il n'est pas capable d'arrêter. Pendant les 20 premières minutes, il n'écoute pas et ne manifeste aucun intérêt pour la tâche, laisse sa joue sur la table pendant que tous les autres enfants sont redressés. A un moment donné, l'enseignant exige personnellement sa concentration et il se montre alors capable de regarder le tableau et les images, sans pour autant participer à l'activité. La moitié de son bras est posé à l'intérieur de son pupitre refermé sur sa main, tandis qu'il se soutient la tête avec l'autre main et paraît fatigué. Lorsque le moment est venu de se mettre en binôme, il ne bouge pas de sa table, ne cherche pas de coéquipier et ne s'en préoccupe pas, il attend et l'enseignant lui assigne finalement une partenaire qui se déplace jusqu'à Mathieu, lui restant très passif. Cet enfant n'est pas un élève et ne sent pas concerné par ce qui se passe au niveau des interactions didactiques. Il y a sans doute quelque chose à creuser du côté du sens que peut avoir ce désinvestissement du savoir, peut-être du côté du désir.

Lorsque nous allons le chercher pour l'entretien, nous notons sa démarche particulière, il se traîne et marche comme si il avait beaucoup de poids sur les épaules. Il se dit fatigué, se plaint de difficultés d'endormissement et de réveils nocturnes qu'il met sur la faute de son frère dormant dans la même chambre que lui et ayant peur du noir.

Au niveau du fonctionnement intellectuel, Mathieu se situe au sein d'une intelligence moyenne mais ses résultats sont hétérogènes et il démontre une différence significative entre le domaine verbal et performance au profil de ce dernier. Il obtiendra des résultats nettement supérieurs à sa moyenne au niveau des sous-tests impliquant le raisonnement perceptif tels que les « cubes » (14) et les « matrices » (12) et son résultat en « traitement de l'information » s'en ressent. Cependant, c'est la « mémoire de travail » qui paraît davantage altérée puisque son résultat le situe dans la basse moyenne.

En ce qui concerne l'évaluation psycho-affective, les résultats au TAT nous livrent que peu d'informations et le contenu de ses réponses est pauvre et descriptif (comme celui de la plupart de nos sujets).

Les facteurs dominants pouvant créer le manque d'attention semble être un certain repli intérieur et un retrait scolaire et social dans le cas de Mathieu qui ne semble pas présent au sein du groupe classe. Des facteurs endogènes et la présence d'éléments dépressifs peuvent venir expliquer certains de ces comportements et nous avons noté lors de nos observations en classe que Mathieu présente une apparence déprimée dans le sens de l'inhibition, de renfermement et d'un comportement apathique.

Jean

Jean présente lui aussi un indice significatif de difficultés cognitives et d'inattention à la grille enseignante de Conners couplée à des indices dépressifs à l'auto-évaluation de la CDI.

Lors de nos observations en classe, nous avons relevés des éléments majeurs de perte d'intérêt et d'attention à la tâche et une fatigabilité importante ainsi qu'une tristesse apparente et des plaintes quant à un sentiment d'échec au vue d'échecs réels dans les tâches déclenchant aussi des plaintes somatiques et d'incapacité en particulier en situation de binôme où il refuse de s'impliquer en tant que lecteur prétextant un mal de ventre. Nous remarquons notamment les

difficultés de Jean au niveau de la lecture en tutorat et son niveau d'anxiété semble se manifester par le fait qu'il se mord fréquemment les doigts et qu'il refuse le travail. Cela concorde avec les dires de l'enseignant selon lesquels Jean ne cherche pas à dépasser sa difficulté et décroche dans ce cas. Pour autant, l'enseignant met en place des stratégies de motivation, Jean est assis au premier rang, il se fait tout de suite reprendre en cas d'inattention avec des interventions positive et des tentatives d'accrochage. Cependant, nous notons que durant l'explication de l'exercice, Jean semble s'impatienter, s'affalant sur la table, mordant son pouce ou son chandail ou encore jouant avec son bac à crayon. Ceci alterne alors avec des moments d'écoute où l'on observe un retour au calme après intervention de l'enseignant. En revanche, il ne participe pas du tout lorsque des questions sont posées. Alors qu'il est personnellement interrogé, il ne semble apparemment pas comprendre et ne retransfère pas ce qui vient juste d'être expliquer. Lors de l'exercice individuel, je m'aperçois qu'il ne l'a pas fait correctement, qu'il colle les images n'importe où sans s'être soucié de la consigne mais lorsqu'intervient une explication individualisée "un a un", il remet en question, s'auto-corrige, verbalise et exécute la tâche de la bonne façon. Il apprécie la valorisation, sourit et se motive lorsqu'il voit qu'il est capable. La question de la compréhension du contrat scolaire se pose ainsi pour lui. Il ne semble pas réagir aux injonctions didactiques, mais veut bien dans une relation particulière où il est interpellé comme un enfant plus qu'un élève, travailler. La question de l'étayage est sous jacente et c'est ici la capacité à être seul qui est interrogée d'un point de vue clinique.

En évaluation individuelle, une mobilisation constante est aussi nécessaire, il ne se force pas à aller au bout de ses réflexions, ne parle pas beaucoup et répond aux questions de manière brève. Il manifeste des signes d'agitation physique et d'hyperkinésie lors de la première séance en touchant et en jouant sans cesse avec le matériel (crayons) mais il ne répètera pas ces signes lors des deux séances suivantes. Ces signes viennent cependant confirmer par des

décharges motrices et somatiques que les contenants de pensée ne sont pas assez en place pour contenir les excitations internes. La fonction pare excitatrice est faite par l'adulte qui propose alors un "cadre à penser".

Ses résultats à l'évaluation intellectuelle sont homogènes et le situe dans la basse moyenne. Il présente de faibles performances à l'épreuve « arithmétique » ce qui concorde avec ses résultats scolaires, les dires de l'enseignant et les observations du Connors. Les éléments dépressifs dans le cas de Jean semblent être alimentés par l'échec et le sentiment d'incapacité semble présenter le facteur dominant créant le manque d'attention. Néanmoins, le milieu exogène tente une influence positive et un changement dans le comportement et l'évaluation négative de Jean quant à ses capacités, point que nous développerons par la suite lorsque nous nous pencherons sur la démarche enseignante dans la prochaine partie.

Olivier

Olivier est le cas présentant le plus d'indice de dépression à la CDI et répond aussi significativement à des difficultés cognitives et d'inattention au Connors. Il présente entre autre une humeur dépressive importante, une estime de soi négative et un sentiment d'incompétence par rapport au domaine scolaire. C'est un élève qui paraît plus jeune que son âge et la façon dont il s'exprime renforce cette impression (parle « bébé », très doucement et d'une intonation monocorde). Son apparence générale est déprimée et son allure est un peu apathique, il se tient courbé, le menton baissé avec un air triste et renfermé. Il manifeste plusieurs perte d'attention en classe par exemple lorsqu'il se replie ou s'efface (s'allonge sur sa table et met ses doigts dans sa bouche). Cependant, il répond à la tâche et l'exécute correctement et se tient aux objectifs de l'enseignante mais lorsqu'il est interrogé à l'oral, il répond de la tête pour oui ou non et par un haussement des épaules lorsqu'il ne sait pas. Il regarde le tableau et semble écouter avec attention mais ne semble pas comprendre les

consignes. Il semble difficile pour Olivier de retenir les consignes orale et de manipuler mentalement les informations. Il manque alors d'aptitude de manipulation mentale, de concentration et d'attention quant au raisonnement numérique et de vivacité d'esprit. L'enseignante lui redit personnellement et l'assiste (nécessité de lui remonter la bonne page et de contrôler où il en est pour lui dire personnellement de passer au prochain exercice). Il paraît être dépendant de l'adulte pour avancer. Lorsque je vais lui parler et lui poser des questions, je n'entends pas non plus le son de sa voix mais il répond avec sa tête. Pourtant, j'ai l'impression qu'il connaît les réponses mais qu'il a peur de les donner mais lui dit qu'il n'y arrive pas. Au niveau social, Olivier est très discret il ne se manifeste pas, en particulier en grand groupe où il reste dans son coin et il est décrit comme « effacé ». Lorsqu'il veut récupérer sa colle que son voisin lui a empruntée, il n'ose pas demander à l'autre enfant de se déplacer ce qui l'oblige à faire tout le tour.

Si nous nous penchons sur les résultats au WISC, ceux-ci situent Olivier dans la basse moyenne mais ses résultats sont hétérogènes avec une différence très significative entre le QI verbal et perceptif au profil de ce dernier. La vitesse de traitement de l'information est préservée mais la mémoire de travail pose plus de difficulté. Nous devons aussi dans nos résultats considérer le manque de confiance d'Olivier qui se replie lorsqu'il ne sait pas, se faisant moins bien comprendre en parlant plus doucement et de façon moins compréhensible. Lors de ces doutes, il me dit : « *Je suis pas capable* » ou « *peut être je ne serai pas capable* » ou encore manifeste des plaintes somatiques : « *J'ai mal à la tête, j'ai failli vomir ce matin* ». Il s'exprime sur le fait qu'il ne comprend pas en classe et que c'est difficile pour lui. L'analyse de l'estime de soi nous montre une très faible estime générale et sociale, une faible estime académique compensée par une haute estime parentale qui semble être préservée. En entretien individuel et en rencontre avec la famille, j'apprendrai qu'Olivier présente des

comportements similaires à la maison où il a du mal à trouver sa place parmi ses 7 frères et sœurs.

Au niveau psycho-affectif, les éléments dépressifs sont palpables aux planches du TAT avec l'apparition de problématiques relatives à l'incapacité, à l'immaturité, à la perte, à la solitude et à l'exclusion.

Dans le cas d'Olivier comme dans ceux de Jean et de Mathieu, nous pouvons effectuer un retour théorique sur l'étude de Cole (1990) les illustrant qui confirme la corrélation entre dépression et incompétence scolaire et ou sociale et démontre l'effet cumulatif de l'incompétence scolaire et sociale sur les symptômes dépressifs, cette incompétence étant perçut par cet auteur comme un facteur de risque de dépression.

Tina

La problématique de Tina ne relève pas du même ordre que celle de nos autres sujets. En effet, elle ne présente pas d'indices de dépression significatifs à la CDI mais démontre cependant de problème cognitifs et d'inattention couplée à de l'opposition.

Tina reprend son année scolaire et détient un rôle de « leader » au sein de son groupe de fille. Elle est plus âgée que les autres et a davantage l'apparence d'une adolescente.

L'observation de Tina en classe nous montre une certaine forme de provocation dans son comportement avec le sentiment qu'elle essaie de défier l'adulte et de se faire remarquer ce qui fait réagir le reste de la classe. De plus, Tina semble appuyer ses comportements de se faire remarquer lorsque je réalise mon observation en classe. Cependant, elle répond aux tâches scolaires mais défie les remarques de l'enseignante liées à son comportement. Elle fait preuve d'agitation en situation d'écoute passive mais participe et semble plus impliquée dans les situations de tutorat de lecture.

Au niveau de l'évaluation intellectuelle, Tina obtient des résultats la situant au sein d'une intelligence moyenne et présente de bonnes potentialités en arithmétique. Au niveau psycho-affectif, le contenu de son discours au TAT fait ressortir des éléments de rébellion et de provocation (thème de la fugue). Dans le cas de Tina, le manque d'attention est corrélée à des aspects comportementaux relevant d'une problématique davantage oppositionnelle avec hypothétiquement une influence réciproque milieu endogène-exogène.

Il est également a noté que quatre de nos élèves se trouvent en situation de retard scolaire et nous pouvons mettre ce fait en parallèle aux résultats de l'étude de Mariage et David (2001) démontrant que les enfants en retard d'un ou deux ans présentent davantage de symptômes anxieux et dépressifs.

Nous avons pu constater au regard de nos cas et de leur analyse que celle-ci est tri-partite, à la fois cognitive, clinique et affective puis pédagogique et didactique, ces différents pôles sont intimement liés et viennent s'influencer les uns les autres.

Nous nous sommes alors penchés sur une analyse davantage cognitive et affective et nous allons maintenant nous intéresser au pôle pédagogique.

3) Rapport au savoir et retour sur la situation d'apprentissage

Nous avons pu analyser que l'échec est alimenté par une corrélation de facteurs endogènes et également exogènes et que la situation d'apprentissage, la méthode et le comportement pédagogique mais aussi le contrat didactique peuvent venir aggraver l'échec et influencer l'estime de soi. Du côté de l'apprenant, il est nécessaire de mettre l'affectif et le cognitif en contact et du côté de l'intervenant, il est essentiel de planifier la tâche de façon à intervenir et

à adapter sa programmation en fonction de la complexité et de l'objectif de la tâche mais aussi en fonction du potentiel et des ressources motivationnelles de l'apprenant.

Nous devons prendre en compte au travers de cette étude l'aspect didactique de rapport au savoir de l'élève et de l'enseignant composé de plusieurs dimensions :

- l'acte d'apprendre par lequel nous voyons qu'il pose des difficultés à nos sujets,
- la situation d'apprentissage que nous avons pu analyser en partie à travers l'observation de la démarche enseignante à un temps T pour une tâche donnée.
- les produits (compétences scolaires) dont nous pouvons remarquer par la comparaison des résultats scolaires de nos élèves évalués et repérés en difficulté que certaines compétences demandées pour leur niveau scolaire ne sont pas acquises.

La motivation qu'a l'élève dépend à la fois de ses capacités, de la valeur qu'il donne à la tâche et de l'environnement. L'élève valorise ou non les savoirs en fonction du sens qu'il leur donne et donc se mobilise ou non pour les apprendre. Le rapport au savoir comporte 3 dimensions : épistémique (rapport à l'apprendre), identitaire (entrer en relation avec les autres : professeurs, amis) et sociale.

Si nous observons de plus près la mobilisation face aux apprentissages de nos sujets, nous remarquons qu'ils n'accordent pas de crédit au savoir, ni ne donnent de sens à l'école ou aux situations d'apprentissage. Si l'élève ne donne pas de sens et à l'apprendre (et bien que celui-ci dispose de capacités cognitives), il ne s'investira pas et le schéma motivationnel s'en ressentira :

$M = (C \text{ (Capacité)} * V \text{ (Valeur)}) + E \text{ (Environnement)}$

$M = (100 * 0) + E$

$M = 0 + E$

L'enseignant détient alors un rôle prédominant dans ce schéma et ses objectifs, sa pédagogie de même que sa personnalité sont essentielles à considérer en situation d'apprentissage.

Pour ce qui est des objectifs établis au sein de nos situations d'observation, ceux-ci s'avéraient davantage comportementaux mise à part pour le groupe 1 où l'enseignante mettait l'accent sur l'aspect réussite et acquisition du concept.

Pour ce qui est de la méthode pédagogique et de la personnalité des enseignants, notre expérimentation au sein des 3 groupes classes a donné lieu à des observations de styles pédagogiques très différents.

Dès lors qu'un comportement problématique surgit, l'enseignant ou l'enseignante réagit en fonction de ses attentes et de ses objectifs d'une part mais aussi du degré de dérangement que le comportement provoque pour l'enfant et pour l'entourage et, d'autre part, de son propre seuil de tolérance, qui varie d'un individu à l'autre selon la personnalité et l'expérience antérieure. Par exemple, pour l'enseignant ou l'enseignante d'une classe d'élèves qui présentent des troubles du comportement, la notion d'enfant agressif risque d'être différente que pour celui ou celle d'une classe ordinaire.

C'est le cas pour l'enseignant du groupe 2 qui a enseigné en classe DGA (Difficultés Graves d'Apprentissage) plus de dix ans et qui adapte ses interventions et objectifs en fonction de chaque élève. Il donne ses objectifs mais invite aussi l'élève à donner les siens et se centre sur le comment plutôt que sur le résultat. Lorsqu'il interpelle l'élève en difficulté, il le fait de manière discrète et appropriée le rendant acteur. Cet enseignant fait par ailleurs beaucoup appel à des moyens concrets et des exemples ce qui peut aider nos élèves en difficulté qui ont un

style d'apprentissage davantage non-verbal. Pour ce qui est de nos élèves évalués, cet enseignant considère leur problématique et adapte ses interventions en conséquence. Avec Mathieu qui n'investit ni les situations d'apprentissage, ni les relations sociales, il tente de le rendre actif et de l'inclure dans le groupe de même qu'il inclut son nom dans des exemples. Avec Jean, il utilise des stratégies de motivation et tente de l'accrocher en le plaçant au 1^{er} rang, en faisant intervenir l'affectif par des interventions positives d'implication lui posant personnellement des questions, le valorisant et le motivant avec une tentative d'étayage répondant bien à la problématique de cet enfant.

L'enseignante du groupe 3 interagit aussi beaucoup avec ses élèves et fonctionne sur un rapport affectif en leur donnant envie d'apprendre et de s'investir cognitivement en passant par un système d'émulation, de félicitation et de valorisation (celle-ci est enseignante habituellement en 1^{er} cycle et en remplacement sur l'année pour le 3^{ème}). Elle reconnecte l'élève en difficulté avec ses compétences et lui montre qu'il est capable et le met en situation de réussite. Elle se tient proche physiquement d'Olivier et l'assiste beaucoup ce qui peut aussi venir renforcer son comportement « bébé » dépendant à l'adulte pour exécuter une tâche mais elle prend aussi en compte son manque de confiance et vient contenir son anxiété et sa peur de l'échec en lui montrant ses capacités. Par rapport à Tina, le fait que cette enseignante parle doucement et calmement et agisse parfois comme avec ses élèves habituellement plus jeunes peut venir chercher cet enfant en voie d'adolescence en quête d'affirmation et en désir d'individualisation entrant alors en conflit et en opposition.

Quant à l'enseignante du groupe 1, celle-ci est davantage autoritaire et cassante en grand groupe lorsqu'elle reprend les élèves sous forme de désignation venant souligner leur faiblesse et supportant difficilement d'être contredite. Elle paraît concevoir l'apprentissage dans le sens de la transmission de connaissances plutôt qu'à travers l'interaction ce qui influe implicitement sur sa façon d'intervenir auprès des élèves et qui peut venir davantage bloquer

certains présentant des problématiques spécifiques relatives notamment à une mauvaise estime de soi ou mésestimation de leur compétences. Par ailleurs, cette enseignante est rigide et structurée dans les tâches et dans les consignes et fonctionne de manière séquentielle, par ordre et par étape selon un processus linéaire et cette méthode paraît bloquer Léa qui a utilisé un processus simultané, arrivant au bon résultat mais qui est amené à recommencer sa démarche alors qu'elle semble traiter l'information de façon plus simultanée. La démarche enseignante peut dans ce cas accentuer l'échec du sujet par non reconnaissance des problématiques spécifiques, du type d'apprentissage personnel et une prise en compte partielle d'éventuels indices de dépression masquée. Léa et Tom se font reprendre à plusieurs reprises de façon autoritaire pointant des comportements négatifs et cela paraît constituer une pression supplémentaire pour ces élèves manifestant de l'anxiété, un manque de motivation et une peur de l'échec dans le cas de Tom et un défaut d'étayage narcissique dans celui de Léa.

Il y a alors variations de contrat didactique puisque les objectifs de l'enseignante ne concordent pas nécessairement avec les besoins spécifiques de l'élève et que les exigences sont différentes, perçues et interprétées différemment selon chaque élève. Les attentes de cette enseignante par rapport au savoir et à la réussite sont très élevées, elle transmet le savoir et considère que c'est son engagement par rapport à l'institution et lorsqu'elle repère un élève en difficulté et qu'elle lui demande plus de concentration ou d'attention qu'aux autres, cela peut (et semble) venir accentuer ses difficultés d'une part et perturber son fonctionnement affectif d'autre part. Elle se montre alors exigeante et ces injonctions peuvent être contre-productives pour des élèves ayant une problématique clinique et un rapport erroné aux savoirs et à l'apprentissage.

En conclusion, nos outils nous donnent à voir des profils d'enfants présentant des symptômes dépressifs et nos observations cliniques viennent alimenter ces données objectives nous

permettant d'entrevoir une dépression masquée sous des comportements observés tels que manque d'attention ou de concentration et échec scolaire par les enseignants.

4) Validité et perspectives d'action futures

Nous avons pris partie de réaliser une analyse descriptive étant donné que nous disposions d'un petit échantillon de sujets répondant à nos critères mais nous avons conscience que pour des perspectives de recherches et d'actions futures, il serait préférable d'agrandir l'échantillon et de réaliser une analyse inférentielle (type Pearson) afin de prouver statistiquement les corrélations et de dépasser alors le stade descriptif. Les recherches ultérieures pourront ainsi disposer de base et favoriser dans ce sens une augmentation scientifique des résultats.

Par ailleurs, lors de nos observations en classe, nous avons établi nos grilles préalablement et nous nous sommes centrée sur l'observation de nos sujets signalés en difficulté bien qu'il aurait été intéressant de comparer ces résultats et observations avec des enfants "ordinaires" afin de voir s'ils présentaient des comportements significativement différents.

Il aurait été aussi essentiel de dépasser notre stricte grille d'observation et de pouvoir étayer celle-ci par la retranscription complètes d'interactions et de séquences (qu'il serait préférable d'enregistrer) afin d'illustrer nos résultats et notre analyse. En effet, nous ne pouvons intégralement retransmettre la réalité des situations et nous faisons appel à notre mémoire sélective ce qui peut venir questionner effectivement un aspect quelque peu réducteur et la pertinence d'une telle reconstruction. Ceci suppose aussi que nous avons fait appel à nos souvenirs et ressentis ressurgissant significativement ou non et que la sélection d'informations pertinentes (même à travers une grille) implique qu'il n'y a pas d'observation naïve.

Nous avons cependant évité de partir de l'impressionnisme clinique en utilisant une grille d'observation se présentant comme objectivante et nous avons ensuite compensé son aspect lacunaire et comportemental afin de donner un sens aux comportements observés et aux aspects complémentaires de nos observations.

Nous pouvons enfin questionner la validité externe de cette recherche et ses aspects éthiques et déontologiques en abordant les effets périphériques de notre étude et ses répercussions au sein d'une équipe de professionnels mais également dans le cadre de la prise en charge en réfléchissant à des perspectives permettant de poursuivre le travail auprès des enfants.

La rencontre clinique est une rencontre singulière et le cas clinique ne démontre rien sinon qu'il est unique mais il est également source de savoir général, de questionnements intellectuels, professionnels mais également personnels. En effet, chaque histoire est singulière mais elles ont également des points communs qui nous amènent à réfléchir sur les formes de comparaison ou de quantification qui permettent d'avancer dans la résolution des questionnements posés mais aussi sur la portée de nos interventions.

Au sein de l'école et à travers la retranscription aux enseignants, nous avons perçu l'intérêt de leur faire partager nos résultats afin que ceux-ci puissent s'approprier nos observations dans leur pratique. Par exemple, nous avons pu échanger avec l'enseignant d'Olivier sur la façon de travailler avec lui en prenant en compte sa crainte et sa sensibilité à l'échec.

A partir de nos outils d'évaluation, de nos observations et de la restitution des résultats pourrait se mettre en place un travail d'accompagnement dont les prolongements pourraient être source de réflexion au sein de l'équipe. Nous avons rencontré des enfants en souffrance et en difficulté, la prise en charge de celles-ci ne relevant pas de notre travail de recherche mais nous avons tenu également à rencontrer les parents de Léa, Mathieu et Olivier et de proposer un suivi à court ou à moyen terme.

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Traduction Française : Paris : Masson, 1996.
- Avenevoli, S., Stolar, M. & coll. (2001). *Comorbidity of Depression in Children and Adolescents: Models and Evidence a Prospective High-Risk Family Study*, *Biological Psychiatry*, 49, 1071-1081.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*, New York, International University Press.
- Blechman, E.A., McEnroe, M.J. & Carella, E.T. (1986). Childhood competence and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 223-227.
- Bowlby, J. (1980). *Attachement et perte: III. La perte. Tristesse et dépression*. Paris : Presses Universitaire de France, 1984.
- Breton, J.J., Bergeron, L., Valla, J.P. et coll. (1999). Quebec Child Mental Health Survey : Prevalence of DSM-III-R Mental Health Disorders . *Journal of Child Psychology and Psychiatry* ,40, 375-384.
- Chabert, C. ; Brelet-Foulard, F. (2005). *Nouveau manuel du TAT*, 2^{ème} édition. Paris, PUF.
- Cole, D.A. (1990). Relation of social and academic competence to depressive symptoms in childhood. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 422-429.
- Cole, D.A., Martin, J.M., Powers, B. & Truglio, R. (1996). Modeling causal relations between academic and social competence and depression: a multitrait-multimethod longitudinal study of children. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 258-270.
- Conférence de consensus: texte des experts (1997). *Les troubles dépressifs chez l'enfant*. Edition Frison-Roche.

- Côté, R. ; Plante, J. (1979). *Analyse et modification du comportement*. Montréal : Beauchemin.

- Exner, J.E. (1990). Manuel de cotation du Rorschach pour le système intégré. Editions Frison-Roche, 1993.

- Fleming, J.E. & Offord, D.R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 571-580.

- Fleming, J.E., Offord, D.R. & Boyle, M.H. (1989). Prevalence of childhood and adolescent depression in the community: Ontario child health study. *British Journal of Psychiatry*, 155, 647-654.

- Fombonne, E. (1994). The charters study: I. Prevalence of psychiatric disorders among French school-aged children. *British Journal of Psychiatry*, 164, 69-79.

- Freud, S. (1968). Deuil et Mélancolie. Métapsychologie. Paris : Gallimard, 147-174.

- Geissman, P. (1982). L'enfant face à l'échec scolaire. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 30 (9), 467-481.

- Goupil, G. (1985). *Observer en classe*. Brossard : Behaviora.

- Guelfi, J.D. et coll. (1996). *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie* (sous la direction de), Laval, Editions Médicales Pierre Fabre.

- Guillaud-Bataille, J.M. & Cialdella, PH. (1993). Epidémiologie des troubles dépressifs chez l'enfant et l'adolescent, revue de la littérature. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 41 (3-4), 175-184.

- Harrington, R.C. (1997). Evolution de la dépression. . In : M-C. Mouren-Siméoni & R.G. Klein. *Les dépressions chez l'enfant et l'adolescent : faits et questions*. Paris : Expansions Scientifiques Publications, p.177-186.

- Hodges, K. & Plow, J. (1990). Intellectual ability and achievement in psychiatrically hospitalized children with conduct, anxiety, and affective disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 589-595.

- Ialongo, N., Edelsohn, G., Werthamer-Larsson, L., Crockett, L., & Kellam, S. (1996). Social and cognitive impairment in first-grade children with anxious and depressive symptoms. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 15-24.

- Kendall, P.C., Stark, K.D. & Adam, T. (1990). Cognitive deficit or cognitive distortion in childhood depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 18, 255-270.

- Klein, M. (1934). Contributions à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs. In *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1968.

- Kovacs, M., Feinberg, T.L., Crouse-Novak, M.A., Paulauskas, S.L. & Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood: I. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry*, 41, 229-237.

- Kovacs, M., Feinberg, T.L., Crouse-Novak, M.A., Paulauskas, S.L., Pollock, M. & Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood: II. A longitudinal study of the risk for a subsequent major depression. *Archives of General Psychiatry*, 41, 643-649.

- Kovacs, M., Gatsonis, C., Paulauskas, S.L., & Richards, C. (1989). Depressive disorders in childhood: IV. A longitudinal study of comorbidity with risk for anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 46, 776-782.

- Kovacs, M. & Goldston, D. (1991). Cognitive and social cognitive development of depressed children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 388-392.

- Kovacs, M. (1997). Comorbidité dans la dépression de l'enfant et de l'adolescent. In : M-C. Mouren-Siméoni & R.G. Klein. *Les dépressions chez l'enfant et l'adolescent : faits et questions*. Paris : Expansions Scientifiques Publications.

- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la Psychanalyse*. PUF, 1998.

- Lauer, R.E., Giordani, B., Boivin, M.J., Halle, N., Glasgow, B., Alessi, N.E. & Berent, S. (1994). Effects of depression on memory performance and metamemory in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 679-685.

- Mariage, A. & David, K. (2001). Etude différentielle des manifestations dépressives et anxieuses chez des enfants de 8 à 12 ans scolarisés en milieu normal et spécialisé. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 51, 147-157.

- Mary, K. and all. (2007). Patterns of Depressive Symptoms in Children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20, 2. 86-95.

- Masi, G. and al. (2000). Depression and school functioning in non referred adolescents: a pilot study. *Child Psychiatry and Human Development*, 30,161,171.

- Moor, L. & Mack, C. (1982). Versions françaises d'échelles d'évaluation de la dépression, Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 30, 623-626.

- Misès, R. (1993). *Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent : présentation générale et mode d'utilisation*. Ministère des affaires sociales et de la solidarité.

- Organisation Mondiale de la Santé (1992). *CIM-10/ICD-10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*. Traduction Française : Masson, Paris, 1993.

- Papazian, B., Manzano, J. & Palacio, F. (1992). Les syndromes dépressifs chez l'enfant: Fonction de la source d'informations et du mode d'investigation. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 40, 1-12.

- Petot, D. (1995). Contributions du K-ABC à l'évaluation des troubles cognitifs des enfants anxieux et/ou dépressifs. In Kaufman, A.S. & coll. K-ABC Pratique et fondements théoriques, Grenoble, La pensée sauvage, pp. 163-181.

- Petot, D. (1999). Les dépressions. In Habimana, E., Esthier, L.S., Petot, D., & Toussignant, M. : *Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent. Approche intégrative*. Montréal, Gaëtan Morin, 111-137.

- Petot, D. (2003). *L'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant*. Paris, Dunod, 2003.

- Plaisance, E. (1972). De l'interprétation des échecs scolaires. In Groupe français d'éducation nouvelle : *L'échec scolaire, doué ou non doué ?*. Paris, Editions Sociales, 1976.

- Reynolds, C.R. & Richmond, B.O. (1997). *Revised Children's Manifest Anxiety Scale (R-CMAS)*, Los Angeles, Western Psychological Services; Trad. Fr. *Echelle révisée d'anxiété manifeste pour enfant (R-CMAS)*, Paris, Editions du Centre de Psychologie Appliquée, Paris, 1999.

- Schentoub, V. (2007). *Manuel d'utilisation du TAT; approche psychanalytique*. Paris, Dunod.

- Seligman, M.E.P. (1975). Depression and learned helplessness. In Fredman, R.J. et Katz (eds.): *The psychology of depression: the contemporary theory and research*, New York, Wiley.

- Spitz, R.A. (1958). *La première année de la vie de l'enfant : genèse des premières relations objectales*. Paris, PUF.

- Trowell, J. and al. (2003). Childhood depression: Work in progress, Individual child therapy and parent work. *Journal of Child Psychotherapy*, 29, 2, 147-169.

- Weschler, D. (1991). *Echelle d'intelligence pour enfants, WISC-III*, Paris, Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée, 1996.

ANNEXES

I. ANNEXE 1 : Grille de Conners **CTRS-R (L)** par C. Keith Conners, Ph.D.

Questions :

-
- 1 Est opposant
 - 2 A remuant, dans le sens de "se tortiller"
 - 3 Oublie ce qu'il a appris
 - 4 Ne semble pas être accepté par le groupe
 - 5 Est susceptible, se sent facilement blessé
-
- 6 Est perfectionniste
 - 7 Fait des crises de colère, a un comportement explosif, imprévisible
 - 8 Est excitable, impulsif
 - 9 Ne réussit pas à porter attention aux détails ou fait des fautes d'inattention dans ses travaux scolaires ou autres activités
 - 10 Est effronté
-
- 11 Est toujours en action ou agit comme s'il était poussé par un moteur
 - 12 Évite, exprime de la répugnance ou a de la difficulté à s'engager dans des tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (telles les travaux scolaires ou
 - 13 Est un des derniers à être choisi lors des jeux ou des travaux d'équipe
 - 14 Est émotif, sensible
 - 15 Tout doit toujours être fait de la même façon
-
- 16 Est agité ou trop actif
 - 17 Ne parvient pas à finir ce qu'il commence
 - 18 Ne semble pas écouter ce qu'on lui dit
 - 19 Défie ouvertement ou refuse de faire ce qu'un adulte lui demande
 - 20 Se lève en classe ou dans d'autres situations où on lui demande de rester assis
-
- 21 Est faible en orthographe
 - 22 N'a pas d'amis
 - 23 Est timide, facilement craintif
 - 24 Ne cesse pas de vérifier et de revérifier les choses
 - 25 Pleure souvent et facilement
-
- 26 Est inattentif, facilement distrait
 - 27 A de la difficulté à s'organiser dans les tâches ou les activités
 - 28 A de la difficulté à soutenir son attention dans des tâches ou dans des jeux
 - 29 A du mal à attendre son tour
 - 30 Est sous la moyenne en lecture
-
- 31 Ne sait pas comment se faire des amis
 - 32 Est sensible à la critique
 - 33 Semble porter trop attention aux détails
 - 34 Les choses doivent être faites de la même manière à chaque fois
 - 35 Dérange les autres enfants
-
- 36 Parle trop
 - 37 Argumente avec les adultes
 - 38 Ne peut pas demeurer clame, en place
 - 39 Court ou grimpe partout dans des situations où cela est inapproprié
 - 40 A peu d'intérêt pour le travail scolaire
-
- 41 A peu d'habiletés sociales
 - 42 A du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir
 - 43 Aime que tout soit propre et bien rangé
 - 44 Remue continuellement les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège

- 45 Ses demandes doivent être satisfaites immédiatement, il est facilement frustré
-
- 46 Répond à une question avant qu'elle soit complètement posée
- 47 Est rancunier ou vindicatif
- 48 A une courte capacité d'attention
- 49 Perd des choses nécessaires à ses tâches ou à ses activités (ex. agenda, crayons, livres, outils ou jouets)
-
- 50 Porte attention seulement à des choses qui l'intéressent
-
- 51 Est timide, retiré
- 52 Est distrait ou a une faible capacité d'attention
- 53 Les choses doivent être faites de la même manière à chaque fois
- 54 Change d'humeur de façon subite et radicale
-
- 55 Interrompt ou s'impose aux autres (ex.: intervient dans la conversation ou les jeux des autres)
-
- 56 A de faibles performances en mathématiques
Ne suit pas les consignes et ne réussit pas à finir ses travaux scolaires ou ses tâches quotidiennes (sans que cela soit dû à un comportement d'opposition
57 consignes)
-
- 58 Est facilement distrait par des stimulations extérieures
-
- 59 Est agité, toujours debout, en mouvement
-

Échelles de base

- A Opposition
- B Problèmes cognitifs/Inattention
- C Hyperactivité
- D Anxiété/Retrait
- E Perfectionnisme
- F Problèmes sociaux

Échelles composées

- H Index TDAH de Conners
- I Index global de Conners : Agité/Impulsif
- J Index global de Conners : Labilité émotionnelle
- K Index global de Conners : Total
- L DSM-4 : Inattentif
- M DSM-4 : Hyperactif/Impulsif
- N DSM-4 : Total

II. ANNEXE 2 : CDI (Child Depression Inventory) ou IDE

Consigne :

Parfois les enfants ont certaines idées, vivent certains sentiments. Dans ce questionnaire, les idées et les sentiments sont classés en groupes. A l'intérieur de chaque groupe, choisis une phrase qui décrit le mieux les idées et les sentiments que tu as depuis les deux dernières semaines.

Après avoir choisi une phrase dans le premier groupe, tu en choisis une dans le second et ainsi de suite jusqu'à la fin.

Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse. Choisis simplement la phrase qui décrit le mieux ce que tu ressens depuis quelques temps. Mets un "X" dans la case devant ta réponse.

Voici un exemple. Essaie-le. Met un "X" devant la phrase qui te décrit le mieux.

Exemple: Je lis des livres tout le temps.

Je lis livres de temps en temps.

Je ne lis jamais de livre.

Pense bien à choisir les phrases qui décrivent tes idées et tes sentiments **des deux dernières semaines.**

1. Je suis triste de temps en temps. 0
 Je suis triste souvent. 1
 Je suis triste tout le temps. 2
2. Y a jamais rien qui va bien aller pour moi. 2
 Je ne suis pas sûr (e) que ça va bien aller pour moi. 1
 Ça va bien aller pour moi. 0
3. D'habitude, je fais bien les choses. 0
 Il y a beaucoup de choses que je fais mal. 1
 Je fais tout mal. 2
4. Beaucoup de choses m'amuse. 0
 Certaines choses m'amuse. 1
 Rien ne m'amuse. 2
5. Je suis méchant (e) tout le temps. 2
 Je suis méchant(e) souvent. 1
 Je suis méchant(e) de temps en temps. 0
6. De temps en temps, je pense aux choses désagréables qui pourraient m'arriver 0
 J'ai peur qu'il m'arrive des choses désagréables. 1
 Je suis sûr(e) qu'il va m'arriver des choses désagréables.2
- 7 Je me déteste 2
 Je ne m'aime pas. 1
 Je m'aime bien. 0
8. Tout ce qui est mauvais est de ma faute. 2
 Beaucoup de choses mauvaises sont de ma faute. 1

- D'habitude, ce qui est mauvais n'est pas de 'ma faute. 0
9. Je ne pense pas à me tuer. 0
- Je pense à me tuer mais je ne le ferais pas. 1
- Je veux me tuer. 2
10. Tous les jours, j'ai envie de pleurer. 2
- Souvent, j'ai envie de pleurer. 1
- De temps en temps, j'ai envie de pleurer. 0
- 11 Il y a des choses qui me dérangent tout le temps. 2
- Il y a des choses qui me dérangent souvent. 1
- Il y a des choses qui me dérangent de temps en temps. 0
12. J'aime être avec les gens. 0
- Souvent, je n'aime pas être avec les gens. 1
- Je n'ai jamais envie d'être avec les gens. 2
13. Je suis incapable de me décider. 2
- J'ai de la difficulté à me décider. 1
- C'est facile pour moi de me décider. 0
14. J'ai une belle apparence physique. 0
- Mon apparence physique a quelques défauts. 1
- Je suis laid(e). 2
15. Je dois toujours me forcer pour faire mon travail scolaire. 2
- Je dois souvent me forcer pour faire mon travail scolaire 1
- Je n'ai pas à me forcer pour faire mon travail scolaire 0
16. Chaque nuit, j'ai de la difficulté à dormir 2
- Souvent, j'ai de la difficulté à dormir. 1
- Je dors assez bien. 0
17. Je suis fatigué(e) de temps en temps. 0
- Je suis souvent fatigué(e). 1
- Je suis toujours fatigué(e). 2
18. Je n'ai presque jamais envie de manger. 2
- Je n'ai pas souvent envie de manger. 1
- Je mange assez bien. 0
19. Je ne m'inquiète pas au sujet de mes bobos. 0
- Je m'inquiète souvent au sujet de mes bobos. 1
- Je m'inquiète tout le temps au sujet de mes bobos. 2
20. Je ne me sens pas seul(e). 0

- Je me sens souvent seul(e). 1
- Je me sens tout le temps seul(e). 2
21. Je ne m'amuse jamais à l'école. 2
- Je m'amuse à l'école seulement une fois de temps en temps. 1
- Je m'amuse souvent à l'école. 0
22. J'ai beaucoup d'amis. 0
- J'ai quelques amis mais j'aimerais en avoir plus 1
- Je n'ai pas d'amis 2
23. Mon travail scolaire est assez bon. 0
- Mon travail scolaire n'est pas aussi bon qu'avant. 1
- Je suis très faible dans des matières où j'étais bon avant. 2
24. Je ne peux jamais être aussi bon(ne) que les autres enfants. 2
- Je peux être aussi bon(ne) que les autres enfants, si je le veux. 1
- Je suis aussi bon(ne) que les autres enfants. 0
25. Personne ne m'aime vraiment. 2
- Je ne suis pas sûr(e) que quelqu'un m'aime. 1
- Je suis sûr(e) que quelqu'un m'aime. 0
26. Je fais habituellement ce qu'on me dit de faire. 0
- La plupart du temps, je ne fais pas ce qu'on me dit de faire. 1
- Je ne fais jamais ce qu'on me dit de faire. 2
27. Je m'entends bien avec les autres. 0
- Je me dispute souvent avec les autres, 1
- Je me dispute tout le temps avec les autres. 2

Merci d'avoir répondu à toutes les questions de ce questionnaire.

Correction de l'IDE

Pour chaque item, on a assigné à chacune des trois phrases une valeur numérique de 0, 1 ou 2. Plus la valeur numérique est élevée, plus le comportement évalué est identifié comme étant cliniquement sévère ou grave.

Pour corriger l'IDE, il suffit d'additionner la valeur numérique correspondant au choix de l'enfant. Les valeurs sont inscrites dans la case qui suit chaque item.

Par exemple, si au numéro 1, l'enfant a mis un "X" devant " Je suis souvent triste", la valeur numérique pour cette réponse est "1". Si pour un item, l'enfant a choisi plus d'une réponse, on doit choisir la réponse ayant la valeur numérique la plus élevée.

Le score final de l'IDE est la somme des valeurs numériques de chaque item. Ainsi, le score final peut varier de 0 à 54. Les résultats préliminaires suggèrent que les populations non psychiatriques ont un score total moyen de 9.

III. ANNEXE 3 : Planches utilisées dans le TAT

Planche 1 :

Contenu manifeste : jeune garçon tête dans les mains qui regardent un violon posé devant lui avec les partitions

Contenu latent : Immaturité avec expression d'une problématique liée à la solitude de l'enfant avec des angoisses éventuelles autour du fait de rester seul. Angoisse d'abandon.

Planche 3 : **B (Boys)**

Contenu manifeste : personnage appuyé à un canapé qui ne peut pas vraiment être identifié (femme ? homme ? âge ?...). Objet à terre pas vraiment identifié non plus (arme ? clés ?...).

Contenu latent : Planche qui renvoie à la position dépressive de M. KLEIN.

Planche 5 :

Contenu manifeste : femme dont la main est sur la poignée de la porte et regarde dans une pièce agencée avec des objets.

Contenu latent : Planche féminine maternelle.

Si dans un complexe œdipien, la mère est dans l'interdiction par rapport à la séduction.

Si dans angoisse de perte d'amour de l'objet, Registre dépressif grave.

Planche 13 :

Contenu manifeste : petit garçon assis sur le seuil d'une cabane dont les planches sont disjointes. Pieds nus

Contenu latent : Capacité à rester seul.

Planche 16 :

Contenu manifeste : Planche blanche. « Une carte blanche pour raconter une histoire ».

Contenu latent Capacité d'imaginaire du sujet.

Négociation de la séparation (on indique que c'est la dernière planche). Permet beaucoup de projections.

| | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|
| « C'est un enfant qui est devant son travail mais il peux pas le faire...C'est tout ». | « non, je sais pas...ça me dit rien... un petit garçon un violon ...il le regarde il boude...il n'aime pas, il ne veut pas jouer » | « Il rêve à ce qu'il pourrait bien faire d'autre mais il va se faire gronder si il continue à rien faire. » | « C'est noir, on voit presque rien, il veux pas travailler »... « un enfant qui ne peux pas travailler » | « C'est un petit garçon qui est triste car il n'arrive pas à faire ses devoirs de musique ». | « C'est un enfant il s'endort, il veut pas travailler alors il fait semblant de dormir ». |
| « Je ne sais pas, ça ne me dit rien du tout...peut être il a perdu quelque chose ». | | « On dirait quelqu'un qui a peur... » « Après, je sais pas ». | « Ben là je ne sais pas du tout...tousse ...c'est trop difficile, j'arrive pas à raconter d'histoires moi ! » | « C'est quelqu'un qui réfléchi à ce qu'il va faire...c'est tout ! » | |
| « Elle vient voir et espionne ce qui se passe parce qu'elle a entendu du bruit et après..., elle referme la porte » | « Peut être elle cherche quelque chose alors elle regarde partout mais elle trouve pas alors elle va voir dans la chambre de sa fille mais ce n'est pas là non plus » Intervention de ma part pour savoir ce qu'elle cherche : « un objet mais je sais pas c'est quoi ». Je lui demande d'imaginer... « un livre ». | « C'est une chambre mais y a personne dedans, elle cherche quelqu'un ou quelque chose la vieille madame ! » | « Y a du bruit dans la maison alors elle check...c'est tout ». | « Elle a perdu son enfant, elle le cherche partout mais il n'est pas là ». Intervention : « et ensuite, ça se finit comment ». « Elle continue à chercher mais elle ne le retrouve pas ». | « La maman est dans la chambre de la fille car elle a entendu du bruit mais en fait la fille a disparu, elle a fugué car elle en avait marre et la police la retrouve finalement 2 jours plus tard. » |
| « Il s'ennuie, il ne sait pas quoi faire, tout ses copains son parti en vacances et lui, il veut jouer quand même » | « C'est un garçon qui est à la campagne dans la maison de vacances de ses grands parents, il vient de se réveiller mais c'est le matin...ils sont tous partis ». Je lui demande de préciser : « faire des courses sûrement ». | « On dirait le chalet où je suis allé cet été ! Mais moi, j'étais avec mes frères, j'étais pas tout seul ! » | « Il se repose, il est calme, j'ai rien d'autre à dire...c'est bientôt fini ? C'est pas drôle je trouve ! » | « Il est tout seul, il pense, il s'ennuie. Peut être que les autres sont partis jouer mais lui, il reste tout seul ». | « Ca c'est le petit frère, il est déçu car personne veut jouer avec lui mais c'est normal car il est trop petit et pas intéressant. Il avait voulu à inviter ses amis lui aussi ! » |
| « Il n'y a rien, tu t'es trompé » | « C'est tout blanc. Tantôt il y avait des paysages et tout | « Y a pas d'histoires alors c'est fini ! » | « Je peux rien raconter, il y a rien du tout !!! » | « C'est vide...c'est plate...il n'y a rien à raconter ! » | « Ca représente couleur blanc alors ça peut être la neige ou la montagne |

IV. ANNEXE 4 : Exemples de protocoles de réponses Connors et CDI (Protocoles d'Olivier)

1. Je suis triste de temps en temps. 0
 Je suis triste souvent. 1 OUI
 Je suis triste tout le temps. 2
2. Y a jamais rien qui va bien aller pour moi. 2
 Je ne suis pas sûr (e) que ça va bien aller pour moi. 1 OUI
 Ça va bien aller pour moi. 0
3. D'habitude, je fais bien les choses. 0
 Il y a beaucoup de choses que je fais mal. 1
 Je fais tout mal. 2 OUI
4. Beaucoup de choses m'amuse. 0
 Certaines choses m'amuse. 1 OUI
 Rien ne m'amuse. 2
5. Je suis méchant (e) tout le temps. 2
 Je suis méchant(e) souvent. 1
 Je suis méchant(e) de temps en temps. 0 OUI
6. De temps en temps, je pense aux choses désagréables qui pourraient m'arriver 0
 J'ai peur qu'il m'arrive des choses désagréables. 1 OUI
 Je suis sûr(e) qu'il va m'arriver des choses désagréables. 2
- 7 Je me déteste 2
 Je ne m'aime pas. 1 OUI
 Je m'aime bien. 0
8. Tout ce qui est mauvais est de ma faute. 2
 Beaucoup de choses mauvaises sont de ma faute. 1 OUI
 D'habitude, ce qui est mauvais n'est pas de 'ma faute. 0
9. Je ne pense pas à me tuer. 0 OUI
 Je pense à me tuer mais je ne le ferais pas. 1
 Je veux me tuer. 2
10. Tous les jours, j'ai envie de pleurer. 2 OUI
 Souvent, j'ai envie de pleurer. 1
 De temps en temps, j'ai envie de pleurer. 0
- 11 Il y a des choses qui me dérangent tout le temps. 2 OUI

- Il y a des choses qui me dérangent souvent. 1
- Il y a des choses qui me dérangent de temps en temps. 0
12. J'aime être avec les gens. 0
- Souvent, je n'aime pas être avec les gens. 1 OUI
- Je n'ai jamais envie d'être avec les gens. 2
13. Je suis incapable de me décider. 2
- J'ai de la difficulté à me décider. 1 OUI
- C'est facile pour moi de me décider. 0
14. J'ai une belle apparence physique. 0
- Mon apparence physique a quelques défauts. 1
- Je suis laid(e). 2 OUI
15. Je dois toujours me forcer pour faire mon travail scolaire. 2 OUI
- Je dois souvent me forcer pour faire mon travail scolaire 1
- Je n'ai pas à me forcer pour faire mon travail scolaire 0
16. Chaque nuit, j'ai de la difficulté à dormir 2 OUI
- Souvent, j'ai de la difficulté à dormir. 1
- Je dors assez bien. 0
17. Je suis fatigué(e) de temps en temps. 0
- Je suis souvent fatigué(e). 1 OUI
- Je suis toujours fatigué(e). 2
18. Je n'ai presque jamais envie de manger. 2
- Je n'ai pas souvent envie de manger. 1 OUI
- Je mange assez bien. 0
19. Je ne m'inquiète pas au sujet de mes bobos. 0
- Je m'inquiète souvent au sujet de mes bobos. 1 OUI
- Je m'inquiète tout le temps au sujet de mes bobos. 2
20. Je ne me sens pas seul(e). 0
- Je me sens souvent seul(e). 1
- Je me sens tout le temps seul(e). 2 OUI
21. Je ne m'amuse jamais à l'école. 2 OUI
- Je m'amuse à l'école seulement une fois de temps en temps. 1
- Je m'amuse souvent à l'école. 0
22. J'ai beaucoup d'amis. 0
- J'ai quelques amis mais j'aimerais en avoir plus 1 OUI
- Je n'ai pas d'amis 2

23. Mon travail scolaire est assez bon. 0
 Mon travail scolaire n'est pas aussi bon qu'avant. 1
 Je suis très faible dans des matières où j'étais bon avant. 2 OUI
24. Je ne peux jamais être aussi bon(ne) que les autres enfants. 2 OUI
 Je peux être aussi bon(ne) que les autres enfants, si je le veux. 1
 Je suis aussi bon(ne) que les autres enfants. 0
25. Personne ne m'aime vraiment. 2 OUI
 Je ne suis pas sûr(e) que quelqu'un m'aime. 1
 Je suis sûr(e) que quelqu'un m'aime. 0
26. Je fais habituellement ce qu'on me dit de faire. 0
 La plupart du temps, je ne fais pas ce qu'on me dit de faire. 1 OUI
 Je ne fais jamais ce qu'on me dit de faire. 2
27. Je m'entends bien avec les autres. 0 OUI
 Je me dispute souvent avec les autres 1
 Je me dispute tout le temps avec les autres 2

ANNEXE 5 : Grille d'observation par échantillon de temps : exemple d'Olivier

| Type d'activités et intervalle d'échantillonnage | Situation d'observation en Individuel | | | | | Situation d'observation en Groupe | | | | | T o t a l |
|--|--|----|----|----|----|--|----|----|----|----|-----------------------|
| | Analyse de la tâche : Objectif de l'enseignante : | | | | | Analyse de la tâche : Objectif de l'enseignante : | | | | | |
| Fréquence des comportements (en temps minutes) | 10 min | 20 | 30 | 40 | 50 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | |
| Réponse à la tâche | | X | X | | | X | X | | | X | 5 |
| Réponse aux objectifs de l'enseignante | | X | X | | | X | | | | | 3 |
| Tristesse ou apparence déprimée (humeur dépressive, effacement, inhibition, renfermement, apathie ou ralentissement psycho-moteur) | X | | | X | X | | X | X | | | 5 |
| Perte d'attention ou d'intérêt a la tâche | | | | X | X | | X | | X | | 4 |
| Retrait social | X | | | | X | X | | | X | | 4 |
| Plaintes (somatiques, d'échec, d'incapacité) | X | | | | X | | | | | | 2 |
| Fatigabilité ou perte d'énergie | | | | X | X | | | | X | X | 4 |
| Rendement scolaire (échec a la tâche) | | | | X | | | | | X | | 2 |
| Interaction négative avec l'enseignant (interpellations, se fait reprendre ou remarquer) | | | | X | | | | | X | | 2 |
| Interaction négative avec les pairs (dérange, bavarde, bruits vocaux ou interpelle) | | | | | | | | | | | |
| Interaction positive avec l'enseignant (remarques positives, pose des questions, participation) | | X | X | | | | | | | X | 3 |
| Interaction positive avec les pairs (entraide) | | | | | | X | | | | X | 2 |
| Plaisir et intérêt a la tâche | | X | | | | | | | | X | 2 |
| Rendement scolaire (succès a la tâche) | | X | | | | X | | | | X | 3 |

